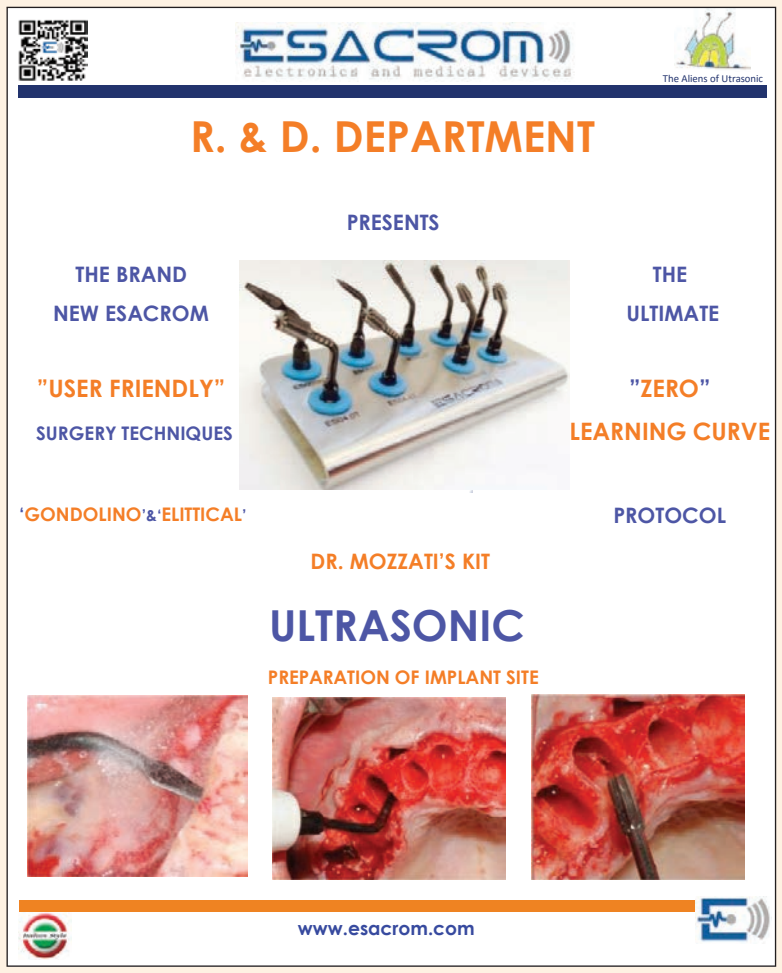
HYGIENE TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

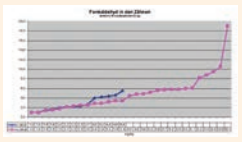
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Luglio+Agosto 2016 - anno XII n. 7+8

www.dental-tribune.com



TEKNOSCIENZA



Ottaviano Tapparo: gli aspetti da tener presenti nella terapia parodontale

Quali sono i vari aspetti che in terapia parodontale occorre tenere in considerazione? Batteri, genetica, materiali usati per ricostruire i denti, micosi, virus e formaldeide.

pagina 6

Scuole di specializzazione in Odontoiatria

Parla Gherlone

All'indomani della riapertura delle Scuole di specialità per Odontoiatria, *Dental Tribune* ha raccolto le dichiarazioni in merito del prof. Enrico Gherlone (in foto), presidente del Collegio Docenti.

Come ha accolto lei personalmente e il Collegio la notizia dell'apertura delle Scuola specialità?

Risposta ovvia. In maniera decisamente favorevole. Per inciso durante la mia attività in seno al Consiglio Superiore Sanità fui attore e fautore della loro approvazione ritenendole fondamentali soprattutto per ciò che riguarda la legislazione italiana in merito.

› pagina 2

NEW INERNAZIONALI
Nuovi regolamenti per i dispositivi medici 3

ODONTOIATRIA & DIRITTO
Caso clinico di odontoiatria forense 9

INFOPOINT
I prossimi appuntamenti 15

I professionisti, in particolare i medici, salveranno il sistema-Paese

Il tavolo presidenziale: G. Malagnino, G. Marcone, F. Basile, M. Buscema, D. Faraone, G. Pignataro, G. Renzo, A. Oliveti.

Formazione, lavoro e previdenza: Alberto Oliveti, Presidente Enpam e ADEPP, discute di progetti e proposte per il futuro di medici pensionati, professionisti e pazienti, in una società in evoluzione. I professionisti salveranno il Paese: questa la considerazione che emerge dal forum "Dalla formazione al lavoro per una previdenza sicura ed efficace", al VI Congresso Nazionale Odontostomatologico del Mediterraneo tenutosi lo scorso 11 giugno. «Non è più tempo di affrontare le questioni per compartimenti stagni», ha detto il Presidente CAO-Catania Giampaolo Marcone, componente della Consulta Libera Professione Enpam: un messaggio ambizioso che tocca le problematiche del settore dal punto di vista dell'Ente di Previdenza, baluardo economico della professione.

È stata un'occasione per discutere del futuro con i massimi esperti del settore: il Presidente Nazionale Enpam Alberto Oliveti e il Vicepresidente vicario Gianpiero Malagnino, il Presidente Nazionale CAO-FNOMCEO Giuseppe Renzo, il Sottosegretario al MIUR Davide Faraone, il Rettore dell'Università degli Studi di Catania Giacomo Pignataro, il Presidente della Scuola Facoltà di Medicina dell'Università di Catania Francesco Basile e il Presidente OMCEO di Catania Massimo Buscema.

› pagina 4

Gli over 50 tornano in studio

Con il contratto di reimpiego, disoccupati, inoccupati e over 50 riprendono a lavorare

M. Lama

Con l'entrata in vigore della Legge di Stabilità 2016, i professionisti/datori di lavoro che applicano ai propri dipendenti il contratto di lavoro (CCNL) per gli studi professionali possono ricorrere a un regime speciale di assunzioni a tempo indeterminato, definito «contratto di reimpiego».

› pagina 8

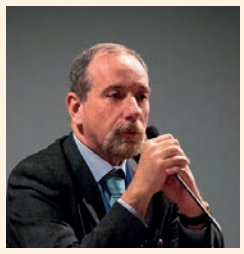
Editoriale

Formazione, lavoro e previdenza in 3D

Cari lettrici e lettori, negli ultimi due mesi, anche nel settore medico e dentale ci sono stati interventi su formazione-lavoro-previdenza: necessario da ora non vederli come tre aspetti separati del percorso della vita, bensì come un unico aspetto di un oggetto tridimensionale, che dalla formazione guarda alla sostenibilità pensionistica. Analisi approfondite sono state fatte a Cernobbio, al convegno del Centro Studi ANDI, recensito lo scorso mese.
In questo numero presentiamo la visione, le proposte e le azioni concrete (tra cui alcuni investimenti) dell'ente previdenziale Fondazione Enpam, la più grande cassa previdenziale privata. Investimenti che hanno molteplici scopi: un futuro previdenziale sostenibile che crei lavoro, e quindi contributi, che garantisca profitti alternativi agli scarsi rendimenti dell'investimento finanziario, e che promuova finalità etiche, laddove si investe per lo più nel benessere, di cui ricerca in medicina, ecologia, nanotecnologie fanno parte. Quello che più colpisce è che da questi anni difficili per i professionisti ne esce fuori una categoria, rappresentata da Alberto Oliveti nella duplice veste di Presidente Enpam e ADEPP (Associazione degli Enti Previdenziali Privati), che annovera circa 5 milioni di persone, vuole governare il futuro, indirizzare i giovani, salvare i propri interessi, quelli dei posteri e, ambiziosamente, quelli di tutto il sistema-Paese, a beneficio dei cittadini, riappropriandosi del ruolo di classe dirigente e diligente.

Patrizia Gatto

Scuole di specializzazione in Odontoiatria: parla Gherlone



‹ pagina 1

Da quanto tempo ci si è battuti con il Governo perché provvedesse in proposito?

Più che battuti il vero problema ha riguardato la cronica mancanza di fondi che non ha concesso al momento di potere partire con le borse e ha portato al rischio chiusura. Cosa intollerabile per diversi motivi, il principale dei quali quello che senza specialità in Italia non si può accedere a concorsi pubblici.

Com'è la situazione dei corsi di specialità all'estero?

A macchia di leopardo. In alcune nazioni europee esiste, in altre no ed è sostituita dai master. Come già detto è questione legata a un obiettivo oggettivo. Se le si considera una porta di ingresso ai concorsi è una cosa, se le si vede da un punto di vista di crescita culturale, è un'altra.

Le Scuole di specialità odontoiatrica sono solo tre. Sono sufficienti oltreché necessarie?

Mi ripeto, per il SSN certamente sì, anche se avrei preferito fosse rimasta anche la quarta Scuola in Odontoiatria generale con i vari indirizzi specialistici, dopo una piattaforma culturale iniziale. Io preferirei che ai master si affiancassero anche le specialità nelle varie branche odontoiatriche, come peraltro avviene già in alcuni Paesi. Ma questa è solo una mia considerazione personale.

A cosa attribuisce il successo? Tempi maturi, pressing della categoria, nuova sensibilità ministeriale?

Il successo non lo attribuisco a un unico aspetto, è multifattoriale: esigenze legislative, sbocco per i neolaureati in odontoiatria e per affinare comunque le loro competenze, tempi maturi nel senso che se si continuava così rischiavano la chiusura. Inoltre, rettori che resisi conto del problema con una mozione specifica hanno dato una mano. La riunione è avvenuta in marzo tra la Giunta di presidenza allargata e i tre coordinatori nazionali delle Scuole. Si decise

a) *di portare avanti l'aspetto che riguarda le borse di studio tra le specialità mediche con il relativo nuovo ordinamento;*
b) *di ritornare alle Scuole senza borsa (se momentaneamente non ci si riusciva) mantenendo però requisiti di docenza struttura e prestazioni. Ce lo richiese il rettore della CRUI, quando sollecitò la nostra mozione e che io trasmisi ai ministri competenti come presidente del collegio.*

Va ringraziata anche la CAO nella persona del suo presidente che ci è stata vicina e ha agito secondo le vie concordate. Oltre ai tre coordinatori delle scuole, inoltre, molti colleghi facenti parte del Collegio in varie forme hanno dato o cercato di dare il loro contributo e questo mi ha fatto molto piacere dimostrando, mai ce ne fosse stato bisogno, grande unità.

Questo nuovo avvio confermerà la fama di eccellenza dell'odontoiatria italiana nel mondo?

L'odontoiatria italiana non necessita di conferme. È tra le prime se non la prima anche senza le Scuole. I nostri relatori sono invidiati e chiamati dovunque, accademici e non. Questa era e resta un'esigenza formativa. Speriamo che in tempi brevi si riesca a implementare il progetto facendo arrivare le borse e riportando il tutto in area medica.

Dental Tribune Italia

Ulteriori approfondimenti sul sito www.dental-tribune.com leggendo l'articolo:
"Mozione Scuole di Specializzazione in Odontoiatria"
a cura del Collegio dei Docenti Universitari di discipline Odontostomatologiche

L'appropriatezza "taglierà la testa" agli emocomponenti autologhi a uso non trasfusionale (EUNT)?

In un precedente articolo pubblicato su *Dental Tribune*, avevamo commentato a caldo il contenuto del decreto Ministero Salute del 2 novembre 2015 (Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli e emocomponenti). In quella sede avevamo sollevato non poche perplessità sul fatto che alla base dell'erogazione delle convenzioni venisse posto il concetto di appropriatezza delle applicazioni cliniche.

Alla luce di tale norma, il problema giuridico più evidente riguarda il ruolo del medico o dell'odontoiatra nella scelta della terapia: posto che il responsabile dell'applicazione terapeutica è sempre il medico (e non può che essere così), che senso ha che la scelta sia imposta e non semplicemente suggerita – come avveniva in precedenza – da terzi (i SIMT)?

È evidente che l'aver voluto vincolare l'erogazione delle convenzioni autorizzative a una preventiva analisi di appropriatezza pagava dazio a un concetto di controllo da parte dei SIMT, che dalla qualità del prodotto (come giusto che sia) si è sempre più allargato verso l'idea del controllo sulla terapia, spossessando di tale legittimo ruolo il medico applicatore della terapia.

Il problema grosso, enorme, che nessuno ha visto prima come nessuno sul Titanic aveva avvistato l'iceberg, lo ha creato, purtroppo, proprio il termine "appropriatezza", già utilizzato nel DM del 9/12/2015 meglio conosciuto come Decreto Lorenzin sull'appropriatezza come condizione di erogabilità delle prestazioni sanitarie a carico del SSN. Semplificando concetti normativi un po' complessi, possiamo dire che se una prestazione è definita dalla legge come "appropriata", tale prestazione sarà a carico del SSN anche nell'ipotesi in cui venga erogata, facciamo un esempio, a un paziente che paga e che non richiede la copertura sanitaria del SSN.

Poiché condicio sine qua non per l'erogazione delle convenzioni è l'appropriatezza dell'utilizzo, è evidente che per contrarre la spesa pubblica le Regioni si vedranno costrette a limitare il numero delle prestazioni da considerarsi "appropriate" e, di conseguenza, si ridurrà in modo sostanziale il numero delle convenzioni rilasciate dalle ASL/SIMT per la produzione di questi prodotti. Fantadiritto? Non proprio.

La Regione Veneto, prima in Italia, con il DGR n. 546 del 26/4/2016 ha indicato quali sono le indicazioni appropriate su cui potranno essere rilasciate le convenzioni per la produzione e l'utilizzo degli EUNT, lasciando fuori tutte le applicazioni cutanee di ringiovanimento estetico, la tricologia e molte altre attuali applicazioni.

Se non si interviene a modificare il decreto, purtroppo, sarà solo l'inizio di un taglio sempre maggiore che porterà inevitabilmente a un inaridimento di questo interessante settore biomedicale.

Stefano Fiorentino, *www.studiolegalefiorentino.it*

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830
CLINICAL EDITOR - Magda Wojtkiewicz
ONLINE EDITOR/SOCIAL MEDIA MANAGER - Claudia Duschek
EDITORIAL ASSISTANTS - Anne Faulmann; Kristin Hübner
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek
JR. MANAGER BUSINESS DEVELOPMENT - Sarah Schubert
PROJECT MANAGER ONLINE - Tom Carvalho
EVENT MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION MANAGER - Christiane Ferret
INTERNATIONAL PR & PROJECT MANAGER - Marc Chalupsky
MARKETING & SALES SERVICES - Nicole Andrä
EVENT SERVICES - Esther Wodarski
ACCOUNTING SERVICES
Karen Hamatschek; Anja Maywald; Manuela Hunger
MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Antje Kahnt (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America); Maria Kaiser (North America); Hélène Carpentier (Europe); Barbora Solarova (Eastern Europe)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

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

©2016, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

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

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

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105–111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 7185

Anno XII Numero 7+8, Luglio+Agosto 2016

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]
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, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit. C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio
CONTRIBUTI
A. Abbinante, P. Bilanzone, L.G. Brancot, A. Butera, S. Fiorentino, P. Gatto, K. Hübner, M. Lama, L. Maselli, M. Mensi, G.M. Nardi, A. Pelliccia, R. Rosso, F. Scarano Catanzaro, O. Tapparo, I. Tosco, M. Turani
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)
STAMPA
RDierichs Druck+Media GmbH
Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Germany
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari *[alessia.murari@tueorservizi.it]*
Stefania Dibitonto *[s.dibitonto@dental-tribune.com]*
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 | Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00

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.

Nuovi regolamenti per i dispositivi medici

Strasbourg, Francia – La Commissione europea mette a punto la sua posizione riguardo alla riforma della legge circa i dispositivi medici. L'attuale presidenza olandese uscente dovrebbe mettere la parola fine ad anni di negoziati su questo tema. In questo modo tutti i dispositivi dovranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione della sicurezza e delle prestazioni prima che possano essere venduti sul mercato europeo. Il processo di monitoraggio sarà rafforzato drasticamente e saranno tenuti a garantire un rapido accesso a dispositivi innovativi e convenienti per i pazienti e per i consumatori europei.

Secondo l'Unione Europea, i produttori dovrebbero beneficiare di norme più chiare per facilitare gli scambi tra i Paesi UE ed escludere quelli che non sono conformi alla normativa. Le nuove norme prenderanno in considerazione le esigenze specifiche di molti produttori, venendo incontro alle piccole e medie imprese in questo settore.

L'elemento principale di discussione è quello di trovare un campo di applicazione più chiaro, espandendo al contempo la normativa europea vigente. Secondo la proposta, il software, i dispositivi, gli strumenti e gli impianti saranno tutti visti come dispositivi medici qualificati e soggetti a nuovi requisiti per la sicurezza e le prestazioni. Ciò dovrebbe portare a un livello superiore di controllo. Un altro punto riguarda il rafforzamento dei poteri di vigilanza e di controllo degli organismi di valutazione designati dalle autorità nazionali, al fine di garantire test più approfonditi e controlli regolari da parte dei produttori, compresi i controlli senza preavviso e controlli a campione.

Inoltre, il nuovo regolamento ambisce a stabilire in maniera più chiara i diritti e le responsabilità per i produttori, importatori e distributori, da applicare anche ai servizi di diagnostica e vendite su Internet. Questi nuovi elementi sono destinati ad assicurare una migliore tracciabilità dei dispositivi in tutta la catena di fornitura e requisiti più rigorosi per la sperimentazione clinica.

Infine, un nuovo gruppo di esperti (Medical Device Coordination Group) avrà il potere di esaminare e commentare dispositivi medici prima della loro immissione sul mercato.

Per i rivenditori di materiali dentali, il regolamento potrebbe compromettere gli accordi esistenti se i produttori non saranno in grado di raggiungere il livello di qualità richiesto dalle nuove norme. Le nuove norme entreranno in vigore gradualmente, fino al raggiungimento della loro piena efficienza entro un periodo di tre anni dopo la loro entrata in vigore.

Surgical Tribune Italia

I professionisti, in particolare i medici, salveranno il sistema-Paese

‹ pagina 1

Altra immagine della nuova sede dell'Ordine di Catania.

Il Magnifico Rettore Giacomo Pignataro.

Paolo Ferrara durante il corso di conservativa.

Data l'importanza dei temi, oltre al parterre di relatori della tavola rotonda, erano presenti più di 500 partecipanti, tra cui medici di tutte le specialità. Moderatore d'eccellenza è stato Massimo Buscema, definito da Francesco Basile un presidente "dinamico ed esuberante"; in totale sinergia con la CAO, ha colto l'occasione per presentare il video in 3D del progetto della nuova sede da poco acquistata dall'Ordine: una villa storica abbinata a un moderno edificio, che ospiterà un centro di formazione e convegni da 600 posti, uffici e aree ricreative, un parco e una grande piscina. Un "club" di riferimento per gli aderenti all'Ordine di Catania e i loro ospiti.

Ha introdotto il forum Giampaolo Marcone, che ha spiegato come formazione, lavoro e previdenza siano da giudicare alla luce degli investimenti del Paese nel mondo del lavoro: «Se non c'è lavoro, non c'è flusso contributivo». Insomma, il patto generazionale sul quale è imperniato il nostro sistema previdenziale alla lunga si esaurirà. L'operato dell'Enpam, con nuovi progetti e investimenti, vuole rispondere agli ultimi mutamenti socio-economici e tecnologici, al fine di programmare il futuro delle professioni sanitarie, tenendo conto dell'evoluzione del mercato e delle sue ricadute sulla previdenza.

Gli investimenti della Fondazione per stimolare il settore hanno toccato una molteplicità di ambiti: la ricerca, le biotecnologie, le residenze sanitarie, la nutrizione, la promozione degli stili di vita, l'alimentazione, l'ambiente e lo sviluppo energetico ecosostenibile; inoltre, garantiranno rendimenti in linea con gli obiettivi e avranno ricadute occupazionali positive, non solo nel settore sanitario.

I giovani avranno meno in termini previdenziali, ma riceveranno di più in assistenza strategica. La Fondazione Enpam si basa su un patto tra generazioni; è quindi positiva la proposta, accettata dal governo, di un ingresso volontario nell'Enpam già al 5° e 6° anno universitario, ingresso che sarà pagato al 50% e, in caso di necessità, finanziato dalla stessa Fondazione. La ratio è favorire la contribuzione, mentre i giovani potranno usufruire da subito di una previdenza complementare e di un'assistenza sanitaria integrative, di una pensione minima in caso di invalidità e potranno accedere al credito agevolato.

Già lo scorso anno Oliveti presentava una nuova Enpam messa "in sicurezza". Oggi annuncia con orgoglio i numeri: 450.000 iscritti, di cui 100.000 pensionati, un miliardo di euro di attivo, 50 anni di sostenibilità, 17,2 miliardi di patrimonio con una contribuzione di 135 milioni di euro. Insomma, l'ente previdenziale privato più grande d'Europa. Tuttavia, «bisogna guardare al cambiamento» – afferma ancora Oliveti – «ce lo insegna Darwin: anche i grandi dinosauri si sono estinti. Bisogna pensare al domani, perché i numeri macroeconomici del nostro Paese e quelli globali non vanno per il meglio. Nel nostro payoff parliamo di sicurezza, e la sicurezza è un concetto dinamico».

Oggi Oliveti si presenta anche nella veste di Presidente dell'ADEPP, Associazione degli Enti Previdenziali Privati, che annovera 19 casse professionali*, a rappresentare il Gotha del lavoro autonomo e motore del sistema, che pesa per il 10% del PIL. Molti i progetti: aprire una sede a Bruxelles per poter contare di più a livello europeo e sostenere il sistema-Italia. Incanalare la consapevolezza dei professionisti in modo che «prendano in mano la situazione», a salvaguardia del futuro o, ancora, far tornare «i cervelli» in Italia investendo in ricerca.

Si guarda anche al SSN, dove qualcuno vede la possibilità di togliere il criterio dell'universalismo. Tra gli obiettivi già raggiunti, il sostegno alla ricerca, il progetto genoma del Governo, gli investimenti sull'assistenza domiciliare, le nanotecnologie green e la FIT, Fabbrica Italiana Contadina.

«La classe media italiana vuole stare bene, ci collegheremo con gli altri professionisti per diventare di nuovo un Paese forte. Saremo trasparenti, ma non sciocchi: competiamo nel mercato e non vogliamo farci rubare le idee da altri», continua Oliveti, per poi tornare sul concetto di solidarietà, immaginando l'ingresso di giovani affiancati al medico più anziano, in un reciproco scambio, a costo zero per lo Stato. Quello che più conta è non perdere l'entusiasmo per questa attività.

Infine, il Rettore Giacomo Pignataro, economista, sottolinea che le professioni vivono un momento di grande sofferenza. Il tempo d'ingresso nel mondo del lavoro è sempre più ritardato e incide profondamente sul sistema pensionistico. Per questo, è necessario intervenire anche sul sovradimensionamento del percorso formativo. In medicina, comunque, le cose vanno meglio che nelle altre professioni: il tasso d'occupazione a 5 anni dalla laurea rimane il più elevato. Tuttavia, bisogna sviluppare anche il canale delle professioni operative, per evitare che i giovani passino tra i vari corsi di laurea senza una meta precisa. In ultima analisi, per mantenere un Paese in salute, oggi è necessario governare i flussi migratori e vederli come opportunità, evitando facili demagogie. Per il bene della società, il futuro deve partire oggi. A conclusione, la parte scientifica organizzata dal responsabile della formazione dell'Ordine di Catania, Ezio Campagna, durante la quale Paolo Ferrara ha condotto il corso di conservativa.

Un convegno che sarà da ricordare perché ricco di contenuti e durante il quale i professionisti hanno gettato le basi per riconquistare il ruolo di classe dirigente del Paese.

Patrizia Gatto

* Cassa Notariato, Cassa Forense, Inarcassa, CNPADC, Enpav, Enpacl, Enpap, Enpapi, Inpgi, Enasarco, Casagit, Enpaia, Epap, Onaosi, Enpam, Enpab, Eppi, Cassa Geometri, Cassa Ragionieri.

Con il primo Congresso nazionale Young, continua il sostegno ANDI ai giovani

Il 10 e 11 giugno si è tenuto a Giovinazzo, in provincia di Bari, il primo Congresso nazionale ANDI Young, sul tema "Il rispetto biologico nella pratica clinica", con la finalità, come delineato dal vice presidente nazionale ANDI, Aldo Nobili, di fornire «un protocollo diagnostico e clinico che possa aiutare i colleghi più o meno esperti nella gestione quotidiana delle problematiche del paziente, con approccio multidisciplinare e nel rispetto della biologia dell'elemento dentario».

Il Congresso rientra tra le molte iniziative varate nel 2016 che vanno sotto il nome onnicomprensivo di ANDI Young, in corso da molti anni, per favorire l'accesso al lavoro dei giovani come liberi professionisti e collaboratori. Oltre il 75% dei dentisti sotto i 35 anni, stando ai dati del Servizio studi ANDI, non ha infatti un proprio studio e lavora quindi come collaboratore e libero professionista.

L'accesso alla libera professione e l'integrazione del percorso formativo sono favoriti dal Gruppo di lavoro ANDI. «È anche allo studio una Carta dei diritti e doveri del collaboratore – dichiara Nobili – perché vengano individuati autorevoli parametri di riferimento per addivenire a un equo e appropriato compenso per queste figure». Anche l'accordo tra ANDI università e Italia Lavoro denominato Progetto Fixo è nato con l'obiettivo di offrire ai giovani professionisti delle possibilità di lavoro.

Quale conseguenza dell'azione di sostegno, ANDI segnala nel 2015, oltre all'aumento degli iscritti, quello dei soci uditori (da circa 600 sono passati a 1200) e dei soci under 35 (quasi 4000). Contribuiscono all'incremento anche i benefit, tra i quali tre volumi della collana ANDI Young, distribuiti gratuitamente agli under 35, mentre è in arrivo il quarto volume sui "Restauri diretti in conservativa". Tra le novità introdotte nel 2016: i corsi residenziali e FAD gratuiti in collaborazione con Style Italiano, «per continuare ad essere anche quest'anno – afferma Nobili – un punto di riferimento dal punto di vista culturale e dell'aggiornamento e più specificatamente, di organizzazione professionale».

Dental Tribune Italia

Pubblichiamo alcune osservazioni di Antonella Abbinante (in foto), presidente AIDI che ha partecipato al Congresso ANDI Young in veste di docente

ANDI Young rappresenta la pista di lancio della professione odontoiatrica, una finestra spalancata sul futuro. I tempi sono cambiati, un tempo l'esercizio della professione poteva essere più semplice e più remunerativo. Oggi la professione dell'odontoiatra appare condizionata da leggi di mercato basate su strategie di marketing e di pubblicità, non sempre ortodosse. Spesso le prestazioni sanitarie appaiono avere lo stesso valore di un prodotto cosmetico e vengono vendute/svendute alla stessa stregua. Ma la professione (the good practice) è altro! La necessità di porre i bisogni del paziente al centro dell'interesse non può, non deve passare in secondo piano: assicurare e/o ridonare salute a un sorriso deve essere l'obiettivo da perseguire. Di qui le collaborazioni sinergiche tra figure professionali del comparto (odontoiatra-igienista dentale) nell'ottica del reciproco sostegno dove l'integrazione di conoscenze, capacità, competenze, può dimostrarsi un beneficio comune e consentire un comune avanzare. L'approccio interdisciplinare e la collaborazione nel team migliorano conoscenze e consapevolezza, rendendo la salute orale più efficacemente perseguibile. Si richiede però uniformità nei criteri di valutazione delle necessità del paziente. Ottenere effetti sinergici significa trovare soluzioni, ma anche prevenire il sorgere di ostacoli futuri, perché una sinergia genera energia e funziona quando gli obiettivi e i metodi sono chiari e condivisi e quando si sanno definire e rispettare ruoli, procedure e regole. Chi lavorerà tenendo presenti questi principi, unendosi a compagni di lavoro con simili aspirazioni, non solo sarà ottimo professionista, di rilevanza sociale, ma anche in grado di apprezzare ogni aspetto di questa meravigliosa vita professionale.

Antonella Abbinante

Meeting CED: dentisti europei preoccupati per il futuro dell'odontoiatria

Il Consiglio dei dentisti europei (CED) si è riunito a L'Aia per il primo Meeting generale sotto la nuova presidenza di Marco Landi (qui ritratto a un Meeting CED, a Bruxelles, nel novembre 2015) (Foto: ©Stefano Cipriani; Bildagentur Zoonar gmbh/ Shutterstock).

L'Aia, Paesi Bassi – Il 20 e 21 maggio i rappresentanti delle Associazioni dentali e le organizzazioni di osservatori aderenti al CED (Council of European Dentists) si sono riuniti per un primo meeting generale sotto la nuova presidenza di Marco Landi. Oltre a prendere posizione sul problema dello zucchero, sulle specializzazioni dentali e sull'amalgama, i delegati hanno espresso preoccupazione per la crisi economica che insidia la professione.

Landi ha posto all'attenzione del Congresso il fenomeno dell'incremento delle catene commerciali, che in molti Stati europei stanno spingendo l'odontoiatria verso una direzione che dà priorità ai profitti a breve termine invece che alla qualità: «Sono preoccupato dei fattori che mettono a repentaglio il diritto dei pazienti a ricevere le cure – ha detto –. Il CED stanzierà un maggior numero di risorse da dedicare alla questione».

Durante l'evento, che ha avuto luogo a L'Aia su iniziativa della Royal Dutch Dental Association e nel quadro della presidenza olandese del Consiglio Europeo, i membri del CED hanno dibattuto sulle attuali sfide dell'odontoiatria, come l'aumento del consumo di zucchero e le nuove linee guida per l'uso dell'amalgama dentale. Affrontando il primo problema, considerato la causa principale dell'insorgenza di carie, il CED ha adottato all'unanimità una risoluzione per sensibilizzare la parte politica sulle sofferenze causate da una malattia certamente prevenibile come questa. Nella sua dichiarazione, il CED ha sottolineato la necessità che i cittadini europei riducano la frequenza e la quantità di zucchero consumato per prevenire malattie dentali e sistemiche.

L'Associazione ha invocato, inoltre, nuove normative sull'amalgama dentale che limitino l'uso del materiale, suggerendo l'utilizzo obbligatorio di separatori dal 1 gennaio 2019. Parlando delle nuove norme proposte dalla Commissione europea, la presidente del CED Working Group on Amalgam and Other Restorative Materials, consigliera Susie Sanderson, ha affermato: «Credo siano equilibrate e ben ponderate. Vorremmo vedere gli Stati membri più impegnati nella lotta alle malattie orali, con programmi nazionali incentrati sulla prevenzione delle carie e su investimenti per incrementare le cure dentali».

Associazione non-profit, il CED rappresenta più di 340.000 dentisti attivi in 30 Stati europei.

Dental Tribune International

Aspetti immuno-tossicologici in odontoiatria, specialmente in parodontologia: diagnosi e terapia

Ottaviano Tapparo

Direttore scientifico presso Immunologic Dental Clinic, Monaco, Germania

In terapia parodontale occorre tenere in considerazione diversi aspetti, li elenchiamo di seguito:

– I batteri. Si conoscono 20.000 philotipi (Kaijser et al., 2008). Si possono considerare i 5 batteri più patogeni come *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, con la sottospecie *Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis* (*Bacteroides forsythus*), *Treponema denticola*, e altri che solo in piccole quantità non distruggono il parodonto, come *Prevotella intermedia/ Prevotella nigrescens*, *Campylobacter rectus*, *Fusobacterium nucleatum*, *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga spp.* (*gingivalis, sputigena, ochracea*), *Eubacterium nodatum*, *Peptostreptococcus micros*, *Streptococcus constellatus*.
– La genetica. Qui si possono distinguere 4 tipi. Tipo A, con normale produzione della pro infiammatoria IL-1, e normale produzione dell'inibitore dell'infiammazione antagonista del ricettore IL-1. Il tipo B, con normale produzione della pro infiammatoria IL-1 e ridotta produzione dell'inibitore dell'infiammazione antagonista del ricettore IL-1. Il tipo C, con aumentata produzione della pro infiammatoria IL-1 e normale produzione dell'inibitore dell'infiammazione antagonista del ricettore IL-1. Il tipo D con aumentata produzione della pro infiammatoria IL-1 e ridotta produzione dell'inibitore dell'infiammazione antagonista del ricettore IL-1 (Tab. 1).
– I materiali usati per ricostruire i denti. Questi possono avere una componente tossicologica e una componente immunologica (allergia al palladio oppure all'oro) e una infiammatoria (il titanio può provocare una reazione infiammatoria).
– Le micosi. Nei bambini le candidosi del cavo orale sono per il 65,2% dello stesso ceppo della candida del tratto gastro intestinale (N. Schulz-Weidner, F. Ansari, H. Hossain, T. Chakraborty, E. Domann, W.-E. Wetzel. Vergleichende PCR-Typisierung Candida albicans aus der Mundhöhle und dem Magen-Darm-Trakt. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde, 27, 2005, 4).
– I virus. Per esempio: herpes simplex (HSV), circa l'80% della popolazione è portatore del tipo 1 che provoca l'herpes labialis; la saliva con un PH che normalmente varia da 7,1 a 7 lievemente basico, ma che dopo i pasti può andare nella zona acida (questo aumenta la corrosione delle leghe metalliche). La saliva inoltre contiene ormoni liberi e non associati a proteine, non appena entrano a contatto con il sangue questi influenzano il tessuto gengivale e le fibre del parodonto. Si aggiungono inoltre i batteri che causano la carie e le sostanze di putrefazione quali cadaverina, istamina, putrescina, triptamina che si formano dai corrispondenti aminoacidi (Reclaru PX Tech e Tapparo) (Fig. 1).
– La formaldeide. Misurazione della formaldeide in denti devitalizzati e con cura canalare a confronto con denti vitali (Tapparo, 1997), che si forma nei denti devitalizzati o con cura canalare e si trova nelle tasche dei denti con parodontite e che porta alla destruzione del parodonto (Fig. 2).

I metalli pesanti influiscono sul trasporto delle membrane: Ag, Cd, Co, Hg, Ni – inducono la produzione di stress delle proteine –; As, Au, Cd, Ga, Hg, Ni, Pb – inducono allergia tipo I, IV, V. Ogni metallo legato a proteine può indurre reazioni autoimmunitarie (T-cells, anticorpi). Al, Au, Cd, Hg – possono causare Linfoma. Cr – inducono problemi nella crescita. Cd, Hg, Pb – sono concausa di demenza e di Alzheimer. Al, Hg – influenzano sul trasporto placentare. As, Cd, Hg, Pb, Pt – influenzano il metabolismo delle porfirine. Cu, Hg, Pb – inibiscono il NaCl-Cotrasporto. As, Hg, Pb – si legano ai gruppi di Zolfo (Sulf-hydril groups). Hg, Pb – influenzano le molecole di adesione. Cr, Co, Hg, Mo, Ni, Pd – inducono la perossidazione degli acidi grassi/radicali liberi e la produzione di radicali di azoto nel ciclo nono.

Nei casi di patologie non spiegabili, si dovrebbe pensare alle relazioni dente-organo, in cui sia i denti o le aree edentule sono in grado di fare ammalare un organo. Anche un organo malato può in ogni caso avere un'influenza sui denti o sulla degenerazione cronica di un'area dell'osso edentula (Wilfried Aichhorn, dr. Ottaviano Tapparo, List of Tooth-Organ Interrelationships, di prossima uscita la versione in lingua italiana,

3501 Pazienti con GenoType® IL-1. Test dati della ditta Hain:		
Rischio genetico del tipo A	30,36%	1063 pazienti
Rischio genetico del tipo B	31,85%	1115 pazienti
Rischio genetico del tipo C	23,27%	815 pazienti
Rischio genetico del tipo D	14,51%	508 pazienti

Tab. 1 - Rischio genetico del polimorfismo dell'interleuchina in Germania.

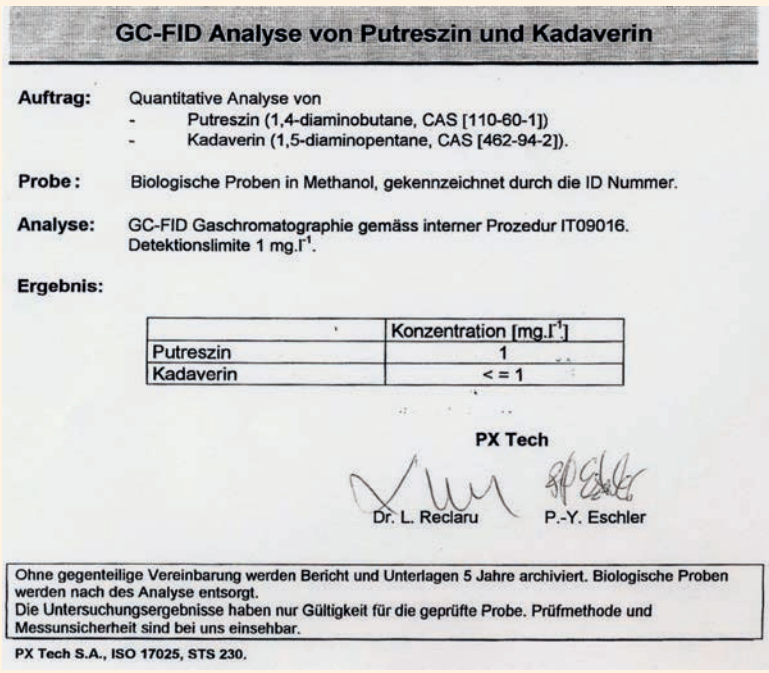
Elenco delle correlazioni tra denti e organi. Come i denti influenzano la vostra salute).

Queste aree degenerate possono causare delle nevralgie, cosiddette NICO (neuralgia inducing cavitational osteitis). Si deve inoltre considerare che tutti i metalli usati per ricostruzioni dentali si concentrano nelle radici dentali, nell'osso e nel tessuto gengivale (Georgetta e Ottaviano Tapparo. Effetti dei metalli pesanti sull'organismo umano. Quaderni Andromeda n. 44).

Per vedere la concentrazione di putrescina e cadaverina e il rilascio dei metalli dalla masticazione e dall'elettrocorrosione è possibile effettuare il test della saliva. Per esaminare l'accumulo e la produzione di sostanze di putrefazione nella tasca gengivale si usa l'OroTox in office test. Per vedere l'effetto sul sistema immunitario e la reazione allergologica si effettua il test del sangue sui linfociti (LTT o test delle citochine). L'LTT è stato ben sperimentato per la diagnostica delle sensibilizzazioni allergiche individuali. Rispetto alle varianti precedenti tale metodica è considerata oggi specifica e predittiva. I materiali dentali tra cui i metalli, gli acrilati e le resine, i materiali per il sigillo del canale in endodonzia, i cementi e le componenti della ceramica liberati durante la masticazione, contengono potenziali allergeni. Gli ioni metallici liberati dalle leghe metalliche così come i residui di monomero degli acrilati sono apteni (mezzi allergeni). Questi si legano alle proteine del corpo e possono cambiare la loro struttura. Se esiste già una sensibilità, queste proteine modificate appaiono al sistema immunitario estranee (allergiche), innescando una risposta immunitaria.

Sensibilizzazioni causate dai materiali dentali sono nella maggior parte dei casi del tipo IV (allergie che si manifestano nel tempo, dopo un paio di settimane). In questo tipo di allergia, i linfociti T specifici riconoscono l'allergene o le proteine con struttura modificata come sostanze estranee. Nei pazienti che hanno sviluppato una sensibilità a un materiale odontoiatrico, se a contatto con l'allergene, il sistema immunitario reagisce con un'attivazione immunitaria. Ciò può indurre una sintomatologia locale manifesta, ma anche dei fenomeni sistemici, e intensificare patologie infiammatorie già in atto.

Dati clinici dimostrano che, nei pazienti sensibili a contatto continuo con ioni metallici tra quali il mercurio, l'oro, il nichel, il palladio si può scatenare una reazione autoimmunitaria, come per esempio artrite cronica e malattie neurologiche. Esistono dei profili



GC-FID Analyse von Putreszin und Kadaverin

Auftrag: Quantitative Analyse von
- Putreszin (1,4-diaminobutane, CAS [110-60-1])
- Kadaverin (1,5-diaminopentane, CAS [462-94-2]).

Probe: Biologische Proben in Methanol, gekennzeichnet durch die ID Nummer.

Analyse: GC-FID Gaschromatographie gemäss interner Prozedur IT09016.
Detektionslimite 1 mg.l^{-1}.

Ergebnis:

	Konzentration [mg.l^{-1}]
Putreszin	1
Kadaverin	< = 1

PX Tech

Dr. L. Reclaru P.-Y. Eschler

Ohne gegenteilige Vereinbarung werden Bericht und Unterlagen 5 Jahre archiviert. Biologische Proben werden nach des Analyse entsorgt.
Die Untersuchungsergebnisse haben nur Gültigkeit für die geprüfte Probe. Prüfmethode und Messunsicherheit sind bei uns einsehbar.

PX Tech S.A., ISO 17025, STS 230.

Fig. 1

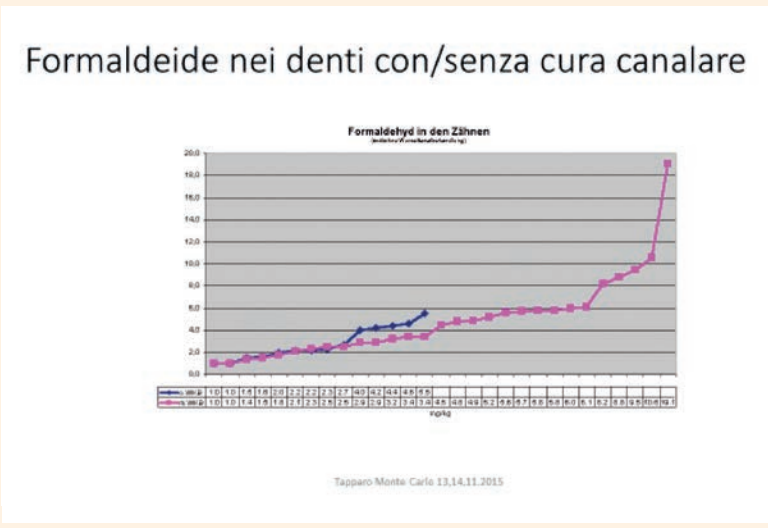


Fig. 2 - In blu, la concentrazione nelle radici dei singoli denti vitali. In lilla, la concentrazione nelle radici dei singoli denti devitalizzati o con cura endodontica. Da notare che la concentrazione e il dato mg per kg.

di materiali comunemente usati, ma si può anche notare la reazione a campioni di materiali da usare o usati. Rispetto al test cutaneo non si sovraccarica il paziente. A differenza dei metalli, che reagiscono solo con il tipo di allergia IV, le resine e i compositi che contengono acrilati possono causare, oltre ad allergia tipo IV, anche allergie immediate di tipo I. Queste possono verificarsi entro poche ore e nei casi estremi pochi minuti dopo l'inserimento del materiale (per esempio nei pazienti già sensibili che soffrono in più di MCS – Sensibilità Chimica Multipla). Tipici per questa reazione sono edema e noduli nella mucosa. In letteratura scientifica vengono riportati casi di pazienti affetti da allergie immediate come la febbre da fieno, allergie ai veleni degli insetti e agli acari che spesso reagiscono anche ai metacrilati. Il test di degranulazione dei basofili (BDT) è un metodo moderno per rilevare la sensibilizzazione allergica di tipo I e le pseudoallergie.

Il vantaggio del test è quello di testare i materiali standard conosciuti ma anche campioni del materiale inserito in bocca, di cui non si conosce la composizione.

Per avere un successo terapeutico e importante controllare se l'organismo è troppo acido.

La mancanza di oligoelementi porta a uno spostamento dell'equilibrio basico-acido in direzione acido. Questo rallenta o impedisce la rigenerazione e la guarigione. Con la titrazione del sangue si vede esattamente la attuale, in seguito si può controllare la terapia.

Dato il costante aumento dei fenomeni allergici alle sostanze usate in terapia (antidolorifici, antiinfiammatori e antiflogistici, nonché antibiotici), la terapia attualmente più sicura consiste nell'utilizzo dei fattori di crescita autologhi derivati dal sangue. La terapia con CGF/LPCGF consiste nella separazione del sangue fresco, autologo, non manipolato, senza aggiunta di sostanze chimiche o esogene.

› pagina 7

USA: Brånemark pratica la prima operazione di osteointegrazione su un paziente amputato

San Francisco, Usa – Scoperto da Per-Ingvar Brånemark, il concetto di osteointegrazione è oggi alla base dell'implantologia, rivoluzionando in tutto il mondo il trattamento dei pazienti rimasti privi di denti. Sulla scia del lavoro compiuto dal padre, Rickard Brånemark ha adesso adattato il concetto di chirurgia ortopedica per migliorare il trattamento dei pazienti amputati. Il suo metodo è stato applicato per più di 20 anni, soprattutto al di fuori degli Stati Uniti. Insieme ai colleghi dell'Università di San Francisco (UCSF), Brånemark ha portato a termine la prima operazione di osteointegrazione nel Paese.

Simili agli impianti dentali, le protesi osteointegrative per la riabilitazione dei pazienti parzialmente amputati (OPRA) consistono in una protesi esterna legata direttamente all'osso attraverso una vite in titanio. In questo modo la protesi è sempre correttamente ancorata e rimane fermamente saldata evitando che il paziente soffra di piaghe, dolori o irritazioni che generalmente si presentano nelle soluzioni tradizionali.

Attualmente professore associato presso il Dipartimento di chirurgia ortopedica alla UCSF, Brånemark ha sviluppato il programma OPRA presso il Centro internazionale di ricerca, formazione e di chirurgia in Osteointegrazione dell'Università (iCORES).

Grazie alla sua grande esperienza in questo campo, è stato chiamato alla UCSF per un incarico biennale: per più di 25 anni Brånemark ha compiuto studi sugli impianti in titanio su pazienti amputati, fondato vari centri in Europa, Asia, Australia e Sudamerica. Sebbene la tecnologia fosse già disponibile in vari altri Paesi, è stato il primo paziente ad essere trattato da quando il dispositivo venne approvato dalla Food and Drug Administration nel luglio scorso.

Cinquantatré anni, George Kocelj, aveva perso gran parte della gamba destra a causa di un raro tumore causato da neurofibromatosi e aveva provato senza successo varie protesi esterne finché non è finito su una sedia a rotelle.

Per posizionare il dispositivo OPRA sono necessari due procedure. Durante la prima operazione chirurgica viene installato un impianto cilindrico nel canale centrale dell'osso rimanente.

A distanza di circa sei mesi, dopo che l'osso, crescendo, ha ancorato l'impianto, la seconda operazione installa una struttura di supporto che attraverso la pelle si connette alla protesi esterna.

Il paziente quindi comincia un lavoro di fisioterapia per caricare gradualmente il peso sull'impianto usando una protesi di supporto. La riabilitazione richiede circa sei mesi e include il posizionamento di una protesi finale su misura.

Rickard Brånemark (in mezzo) ha portato a termine insieme ad alcuni colleghi la prima operazione chirurgica di osteointegrazione negli Stati Uniti, nel corso della quale in un femore amputato viene inserita una barra metallica (Foto: Susan Merrell/ UCSF).

«Sono ansioso ed emozionato – ha detto Kocelj prima dell'operazione – è una sensazione eccitante essere in grado di camminare. Per me significa una miglior qualità di vita».

Il 26 aprile O'Donnell, Brånemark e la dott.ssa Rosanna L. Wustrack, assistente della clinica di Ortopedia, hanno portato a termine la prima procedura OPRA su Kocelj. La seconda operazione è prevista per l'autunno. «L'UCSF è stata in prima linea per quarant'anni nello sviluppo della tecnologia osteointegrativa per salvare gli arti persi dai pazienti affetti da cancro» ha dichiarato O'Donnell. «Quando si rende necessaria un'amputazione, iCORES è in grado ora di fornire a questi pazienti le tecniche osteointegrative più adatte».

DTI

‹ pagina 6

Si ottiene tramite un separatore di fasi (Medifuge, Silfradent, Italia) con accelerazione gravitazionale controllata e differenziata (per evitare l'embolisi dei globuli rossi), degranulazione delle piastrine e con rotazione in senso antiorario. Il rotore è autoventilato per il mantenimento costante della temperatura. Il separato contiene fattori plasmatici, fattori di crescita, linfociti, cellule staminali e leucociti. I differenti strati del separato ematico sono stati oggetto di pubblicazione su Microscopy Research and Technique (Volume 74, Issue 8, pages 772-777, August 2011 "Growth factors, CD34 positive cells, and fibrin network analysis in concentrated growth factors fraction", L.F. Rodella et al.). La cinetica di rilascio, in vitro, di alcuni fattori di crescita del CGF ha permesso di osservare che questa è specifica per ciascun fattore. Alcuni di essi hanno un rilascio veloce di 1 giorno, mentre altri hanno un rilascio più lento, fino a 6-8 giorni. TNF- raggiunge il suo massimo accumulo al giorno 1. TGF- 1 e BDNF vengono costantemente accumulati per tutta la durata dell'esperimento. BMP-2 raggiunge il suo massimo accumulo al giorno 8 e IGF-1 al giorno 6. A seconda dell'uso dei differenti tipi di Vacutainer® si ottengono dei preparati autologhi del sangue per le differenti applicazioni. Con il concentrato piastrinico (CLOT) solido si producono delle membrane autologhe riassorbibili elastiche e suturabili. Il gel viene invece preparato con un riscaldatore APAG (Silfradent, Italia) a 75 °C e mischiato con i fattori di crescita e le cellule staminali CD34+ per il riempimento di difetti ossei o per il riempimento delle tasche parodontologiche. Per ottenere un miscelamento che penetra i pori dei materiali di osso sintetico e omogenizza viene usato il Round Up (Silfradent, Italia), un dispositivo per la miscelazione integrata che non modifica il materiale per il riempimento o l'aumento osseo senza modificazione della struttura. In più la penetrazione, e così la sigillazione dei pori, previene una contaminazione.

Test di laboratorio hanno dimostrato che i GF, grazie al loro potere antibatterico naturale, utilizzati a copertura di impianti dentali, prevengono possibili contaminazioni della superficie implantare. Usando la Round Up si aumenta notevolmente la penetrazione nelle ruvidità della superfice dell'impianto. L'effetto di accelerazione della guarigione ossea consente di caricare il 40% del tempo prima rispetto a casi che non prevedono l'utilizzo dei fattori di crescita. Una ricopertura omogenea si ottiene sia sul titanio che sullo zirconio. L'indicazione dei fattori di crescita in odontoiatria è la seguente: nevralgia del trigemino per ridurre un'infiammazione e per rigenerare la struttura.

Rigenerazione dell'articolazione temporo-mandibolare (TMJ) (osso, cartilagine, tendini sclerotici o infiammati, muscoli infiammati), chirurgia orale e maxillo-facciale (socket bone preservation, NICO, riempitivo nelle apicetomie o osteotomie), ricostruzione ossea e accrescimento 3D (bone ring, riempitivo bone splitting, aumento della cresta, sollevamento seno (sinus lift)), implantologia (osteointegrazione accelerata e minimizzazione del rischio di contaminazione), in parodontologia (bone and tissue regeneration) per i riempimenti delle tasche non profonde si può utilizzare l'APAG gel, nelle più profonde osso sintetico lavorato con la Roud Up e alla fine coperto con una membrana autologa.

Con il contratto di reimpiego, disoccupati, inoccupati e over 50 tornano a lavorare in studio

‹ pagina 1

L'art. 54 del CCNL studi professionali dispone infatti che, durante la sua vigenza (1 aprile 2015-31 marzo 2018) – fatto salvo un'eventuale vigenza oltre il termine per mancato e/o intempestivo rinnovo con modifiche – è consentito il ricorso a un regime speciale di assunzione a tempo indeterminato per agevolare il (re) inserimento lavorativo degli over 50 e dei soggetti disoccupati o inoccupati di lunga durata. Potranno essere assunti a tempo indeterminato dagli studi beneficiando del bonus assunzioni disoccupati e di un trattamento a regime speciale.

L'obiettivo cui si deve l'introduzione di tale novità nel panorama legislativo e contrattuale è contrastare l'elevatissimo tasso di disoccupazione che affligge i giovani, gli over cinquanta e, più in generale, coloro che una volta espulsi dal mercato del lavoro incontrano crescenti difficoltà a reinserirsi, quanto meno a parità di condizioni economiche con i concorrenti del medesimo comparto economico-commerciale.

Per tale ragione, il contratto consente al datore di perseguire un risparmio notevole attraverso il cumulo di agevolazioni retributive e contributive, a beneficio di lavoratori over 50, inoccupati o disoccupati di lunga durata i quali, dopo l'abrogazione del contratto di (re)inserimento introdotta con la c.d. Legge Fornero (n. 92/2012) si sono ritrovati a concorrere sul mercato del lavoro in una condizione di grave svantaggio.

Il datore di lavoro che assumerà i soggetti svantaggiati con contratto di reimpiego potrà accedere allo sgravio biennale del 40% dei contributi a suo carico ex lege n. 208/2015, in via sperimentale e sino a un tetto massimo di euro 3.250,00 annui, per assunzioni stabili per 24 mesi effettuate nel 2016.

È prevista, inoltre, la possibilità di corrispondere al lavoratore non inquadrato al V livello, una retribuzione inferiore a quella che dovrebbe essergli corrisposta nel rispetto di questo schema: la retribuzione potrà essere inferiore (i) di 2 livelli rispetto a quello di inquadramento per i primi 18 mesi dalla data di assunzione e (ii) di uno rispetto a quello di inquadramento per i 12 mesi successivi.

Il contratto di reimpiego prevede un regime di maturazione graduale dei permessi orari retribuiti (cosiddetta ROL, ovvero riduzione orario di lavoro), i quali spettano (i) nella misura del 50% dal 6° mese successivo all'assunzione, (ii) nella misura del 75% a partire dal 12° mese dalla data di assunzione fino al 18° mese e (iii) nella misura del 100% per i mesi successivi. Maturano invece ordinariamente le ore di permesso derivanti dalle festività.

I lavoratori che vogliano avere maggiori possibilità di essere nuovamente impiegati in rapporti di lavoro stabili, consentendo al datore di fruire degli incentivi derivanti dal nuovo contratto di reimpiego, saranno tenuti a certificare lo stato di "disoccupato o inoccupato di lunga durata" attraverso idonea documentazione.

Considerati disoccupati o inoccupati di lunga durata, secondo la definizione dell'art 1 lettere d) ed e) del d.lgs. n. 297/2002, si ritengono coloro che, dopo aver perso un posto di lavoro o cessato un'attività di lavoro autonomo, siano alla ricerca di una nuova occupazione da più di 12 mesi. Ovvero coloro che, senza aver precedentemente svolto un'attività lavorativa, ricerchino un'occupazione da più di 12 mesi e siano disponibili a cercare o a svolgere immediatamente un lavoro, in aderenza alle modalità definite dai Centri per l'impiego, i quali prescrivono che l'interessato faccia loro pervenire una DID (Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro) per acquisire lo stato di disoccupazione, quale condizione preliminare e imprescindibile.

Il recente d.lgs. n. 150/2015 (riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive) ha infatti modificato la normativa subordinando il riconoscimento dello stato di disoccupazione alla presentazione della DID in forma telematica al portale nazionale delle politiche del lavoro. Per accedere al contratto di reimpiego, nel caso di un lavoratore inoccupato, basta una semplice autocertificazione, mentre i disoccupati da oltre 12 mesi possono fornire in ogni modo la prova della data di cessazione dell'ultimo rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo. Rimangono esclusi dalla misura i soggetti con meno di 30 anni, rientranti nell'apprendistato.

Perché lo studio possa fruire degli incentivi al reimpiego occorre rispettare alcuni requisiti imprescindibili, qui elencati in sintesi:

- l'assunzione deve essere a tempo indeterminato;
- non deve riguardare lavoratori licenziati nei 6 mesi precedenti dallo stesso datore o da uno, seppur diverso, che abbia rapporti di controllo o collegamento con quello che intende assumere;
- non devono essere in atto sospensioni dal lavoro connesse a crisi o riorganizzazione aziendale;
- non deve violare il diritto di precedenza, ovvero di alcuni lavoratori (ad esempio, quelli a tempo determinato) di essere preferiti nelle assunzioni a tempo indeterminato o quelli part-time, per assunzioni a tempo pieno;
- non deve essere diretta conseguenza e attuazione di un obbligo legale o contrattuale derivante da altra specifica fonte negoziale o giudiziale;
- il datore di lavoro deve essere in regola con gli obblighi contributivi;
- non deve aver violato le norme fondamentali in materia di lavoro e deve osservare le disposizioni dei CCNL nella materia specifica.

Ricordiamo che negli studi professionali, oltre agli incentivi al reimpiego, si possono utilizzare numerose altre agevolazioni per l'assunzione di lavoratori.

La moderna contrattualistica di categoria cerca infatti di colmare, attraverso strumenti simili a quello analizzato, i vuoti lasciati da comparti investiti da una crisi senza precedenti, che blocca la crescita del paese consentendo tuttavia all'iniziativa privata di indagare "terreni inesplorati" con forme di "creatività" contrattuale e legislativa per dare corpo alla ripresa.

Marco Lama, *avvocato giuslavorista*

Non risponde di lesioni l'odontoiatra che impianta protesi al nichel su paziente allergica

Nel giugno 2012 un odontoiatra di Messina veniva condannato per il reato di lesioni personali colpose a danno di una paziente, con conseguente condanna al risarcimento dei danni nella parte civile, per averle installato numerose protesi a base di nichel (in particolare, corone). La paziente aveva sviluppato una dermatite allergica dalla quale le erano derivate lesioni personali gravi. Per il Tribunale di primo grado, nel fare ciò l'odontoiatra avrebbe violato «i tradizionali parametri della colpa generica», avendo proceduto alla installazione delle protesi seppur consapevole dell'allergia.

Nel novembre del 2014 il medico è stato assolto in appello «perché il fatto non costituisce reato», una formula di quelle previste dall'art. 530 c.p.p. impiegata in particolare quando sia accertato l'elemento oggettivo del reato (cioè l'esistenza di un episodio che, in astratto, nei suoi elementi materiali, potrebbe costituirlo), ma manchi l'elemento soggettivo della colpa o del dolo: una situazione in cui il soggetto l'ha fatto «senza l'intenzione» di nuocere o, come in questo caso, con negligenza.

› pagina 9

‹ pagina 8

La Corte d'appello, si legge in sentenza, era giunta a tale conclusione «sul presupposto (peraltro corretto) secondo cui, all'epoca dell'intervento dell'imputato sulla parte civile, non era ancora nota, neppure alla stessa paziente, la relativa allergia al nichel». L'imputato aveva presentato ricorso per Cassazione chiedendo di essere assolto con la formula «perché il fatto non sussiste» in quanto, a suo modo di vedere, non si era provato il fatto che fosse stato lui a installare la protesi al nichel "incriminata", né che tra tale installazione e la dermatite allergica della paziente vi fosse un nesso causale.

La parte civile aveva proposto contro-ricorso, chiedendo di riesaminare prove e testimonianze acquisite, ritenendo che da esse emergesse una pregressa conoscenza dell'allergia da parte dell'odontoiatra e una violazione del dovere di informazione per aver questi ignorato l'allergia stessa «emersa dalle testimonianze». La Corte di Cassazione aveva accolto il ricorso del medico, rigettando quello della parte civile. Dal riesame delle carte, infatti, è emerso che la Corte d'appello aveva «dapprima raggiunto la conclusione dell'insussistenza di alcuna prova sulla circostanza che le protesi posizionate dall'imputato [...] fossero di nichel», per poi sottolineare l'irriducibile lacunosità della stessa prova del nesso di causalità tra le gravi lesioni denunciate dalla querelante e il posizionamento delle corone da parte dell'imputato, essendo piuttosto emerso che le patologie accusate potevano piuttosto qualificarsi «come conseguenza di altra patologia». La dermatite era risultata presente infatti, anche dopo la rimozione di ogni contatto con il metallo.

La Corte di Cassazione non ha esaminato, in quanto irrilevante, il punto sollevato dalla parte civile circa il fatto che il "consenso informato" fosse stato – a suo dire – disatteso. Dalla narrazione emerge che la stessa parte ha tentato di dimostrare con testimonianze che in effetti l'anamnesi alla base del contenuto del consenso informato non rispondeva a verità, a causa di una negligenza del medico. La Cassazione non ha ritenuto di seguire la parte civile su questa strada: il consenso informato, come insegna la stessa Corte (Cass. pen. Sez. IV, 16/01/2008, n. 11335, in Giur. It., 2008, 10, 2283), costituisce un presupposto di liceità del trattamento.

Ora, se è vero che «l'inidoneità del consenso (in quanto non esauriente, NdA) impedisce di invocare la scriminante e impone un nuovo giudizio sui fatti» (ibid.) ciò non vuol dire che si possa semplicemente ignorare che un consenso informato è stato prestato. Al contrario: un consenso (informato, basato su una anamnesi consapevole e clinicamente corretta) è una base ragionevolmente sicura, come insegna questo caso, per escludere la responsabilità penale per colpa medica.

Ivan Tosco, *avvocato in Torino*

Caso clinico di odontoiatria forense

Relativo a un piano riabilitativo complesso implantare

Riportiamo alcune considerazioni su un case report descritto da un odontologo forense con oltre trent'anni di esperienza, tacendo, per ovvi motivi di opportunità, i nomi dei protagonisti – paziente, odontoiatra operante, consulente tecnico di parte e di ufficio.

Descrizione

La paziente B.M. si rivolge, nell'anno 2002, alle cure di un odontoiatra in una città della Lombardia, per cui viene proposto e concordato un piano riabilitativo complesso consistente nell'inserimento di elementi implantari all'arcata superiore, specificatamente in posizione 13-14, 23-24 e 18 (Tuber mascellare, denominato anche impianto-pterigoideo), seguito da riabilitazione protesica fissa. Un altro impianto posizionato in sede 28 viene successivamente rimosso perché fallito. La situazione chirurgica definitiva risulta nella RX OPT mostrata nella Fig. 1.

Alla paziente viene conseguentemente posizionata una protesi fissa provvisoria in acrilico, sempre all'arcata superiore. Inizia una serie di problematiche particolarmente importanti dal punto di vista odontostomatologico e con coinvolgimento di strutture extrastomatognatiche, che portano all'interruzione del programma riabilitativo programmato, senza l'esecuzione del manufatto definitivo. Dopo il classico percorso di contrapposizione medico-paziente, la controversia giunge dinanzi al Tribunale Civile. Non vengono qui descritti ulteriori aspetti del caso, in quanto scopo di questa breve esposizione non è la disamina clinica estetico-funzionale odontoiatrica, ma evidenziare il particolare iter procedurale medico-legale verificatosi.

Nella perizia del Consulente di Parte del 2003 (CTP iniziale, diverso dallo scrivente) si legge infatti: «All'esame ortopantomografico si nota: n. 3 pianti di destra di cui quelli in zona 13 e 14 scarsamente osteointegrati e presentanti una preoccupante invasione del cavo sinusale di destra (peraltro con note evidenti di opacità). A sinistra la presenza di n. 2 impianti endossei scarsamente osteointegrati e abbondantemente coinvolgenti la cavità sinusale di sinistra che presenta opacità diffusa».

Obiettività

Nell'elaborato del CTU nominato in sede di ATP del 2004 si legge: «Risulta ben evidente area radiotrasparente marcata di circa 2 cm sulla sommità degli impianti in sede 2.3 e 2.4. Tali impianti appaiono collocati oltre i limiti ossei del tavolato alveolare superiore presentando la loro sommità beante rispettivamente nella cavità nasale e nel seno mascellare per 4-5 mm. Considerazioni analoghe per gli impianti in sede 1.4 e 1.3 che appaiono collocati oltre il tavolato osseo superiore di circa un paio di mm per l'impianto 1.4 e di 4-5 mm nel caso 1.3. Quest'ultimo presenta un'immagine di alone radiotrasparente sulla sua sommità beante nella cavità nasale destra.

Conclusioni

«Gli impianti in sede 1.4, 1.3, 2.3, 2.4 appaiono tutti oltrepassare i limiti dei tavolati ossei. Nel caso di impianti che oltrepassino i limiti del pavimento nasale, tale emergenza radiografica non è mai giustificata. Preoccupante appare la sintomatologia conseguita agli interventi chirurgici e consistente nella patologia sinusitica cronica riferita nella storia della paziente. Tale patologia, obiettivabile anche all'esame TAC riportato, potrebbe trovare una sua giustificazione nella presenza delle sommità degli impianti dentali all'interno delle cavità nasali e dei seni mascellari. Per questo motivo, si ritiene opportuno estrarre i 4 impianti sopracitati, in quanto appaiono essere la causa di sofferenza a livello delle mucose dei recessi nasali e sinusali».

Dall'elaborato del CTU nominato (il medesimo) in sede di CTU del 2006 si legge ancora: «L'aggiunta

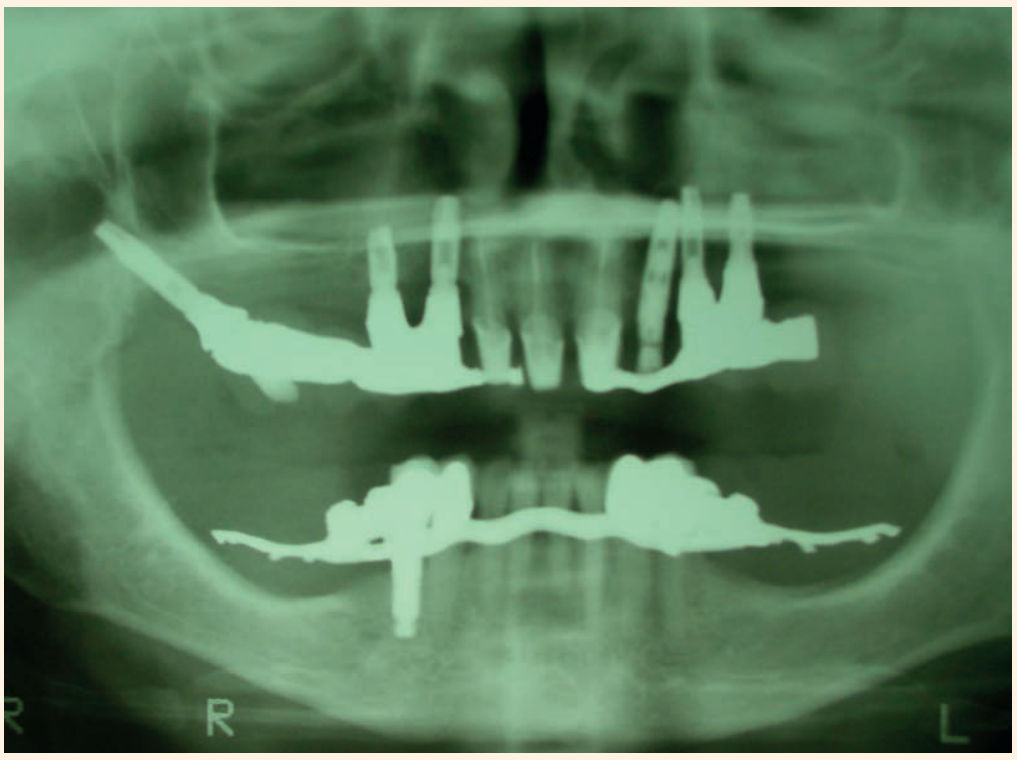


Fig. 1

di materiale osseo o simil-osseo, sovente, va incontro a processi di riassorbimento nei mesi seguenti e non appare in radiografia. Tale procedura perciò potrebbe spiegare il riscontro radiografico segnalato nella precedente ATP dell'emergenza impiantare oltre i limiti del tavolato osseo; tale emergenza che non supera mai i 2-3 mm, secondo la letteratura scientifica più aggiornata, viene considerata sopportabile anche nel pavimento nasale. Ciò va detto a correzione di quanto affermato nella discussione della ATP, durante la quale, per mancanza di un dibattito con la controparte, non era stato evidenziato il tipo di intervento eseguito dal dr. xxx e risultava ingiustificata la sporgenza della sommità degli impianti nel pavimento del seno mascellare e del naso.

Da un punto di vista chirurgico, la terapia proposta dal dr. xxx sembra corretta e, visto il suo curriculum vitae, non appaiono configurarsi elementi di imperizia, imprudenza e negligenza.

A correzione di quanto proposto nella precedente ATP, va segnalato che non si ritiene utile estrarre i 5 impianti introdotti dal dr. xxx, vista la loro stabilità e l'assenza di aree infiammatorie ossee. Al contrario, un intervento di estrazione di tali impianti potrebbe danneggiare l'osso residuo alveolare e creare problemi maggiori nella riabilitazione protesica. I 5 impianti inseriti dal dr. xxx appaiono stabili e privi di segni di infiammazioni o mobilità anche a distanza di più di 3 anni, configurando criteri di successo implantare».

Leggiamo, infine, dalla sentenza del giudice del 2012: «L'espletata consulenza tecnica d'ufficio, i cui risultati – anche alla luce dei chiarimenti scritti fomiti dal CTU in ordine alle apparenti discrasie tra le risultanze dell'accertamento tecnico preventivo *ante causam* e quelle della relazione peritale depositata in corso di causa – il giudicante condivide e fa propri per l'accuratezza e l'esaustività con le quali sono stati raccolti e per l'inesistenza di lacune di ordine logico-tecnico nel processo di valutazione degli elementi acquisiti e nelle argomentazioni addotte a sostegno del convincimento raggiunto, fondato su un compiuto esame anamnestico e obiettivo e su uno studio della documentazione prodotta...».

Conclusione? Ci sarebbe ovviamente molto da dire e scrivere a riguardo dal punto vista clinico e squisitamente medico-legale. Alla luce di quanto descritto vogliamo sottolineare due aspetti che riteniamo fondamentali nell'iter procedurale, oltreché incomprensibili.

1. L'evidente e totale inversione di valutazione che il medesimo CTU pone nell'ATP prima e nella CTU poi.

   Innanzitutto la nomina del medesimo consulente, in ATP e CTU, risulta prassi già di per sé inconsueta nell'iter giuridico del settore. L'aspetto macroscopico appare poi la totale inversione di pensiero e di valutazione che il CTU pone nelle due perizie. Non due valutazioni difformi, si badi bene, o con più o meno varianti, ma due precise e decise posizioni totalmente opposte che, a rigor di logica, non sembrano venire partorite dallo stesso consulente. Tale comportamento ha determinato percorsi medico-legali e giuridici distorti, incomprensibili e ingiusti.

   Non si contestano qui le opinioni e le scelte del CTU poiché, in quanto "occhiale" del giudice, dovrebbero valutare non per libero arbitrio ma per profondo convincimento, ma si critica l'inversione di percorso adottata, sotto ogni profilo, in primis deontologico, con il giudice che sottolinea l'accuratezza e l'esaustività dello scritto del CTU.
2. L'aspetto sinusitico che la paziente ha lamentato come conseguenza degli interventi subiti. A riguardo, riteniamo che le possibilità possono essere solamente due:
   a. la paziente non presentava alcuna problematica a riguardo prima degli interventi chirurgici, e quindi i medesimi rafforzano un nesso di causalità praticamente certo;
   b. presentava già una patologia sinusitica e quindi una controindicazione assoluta alla chirurgia implantare.

Sempre in ossequio alla libertà di interpretazione del CTU, ci si domanda quale delle due ipotesi il consulente abbia fatto sua e la costatazione che, indipendentemente dalla scelta adottata, la responsabilità del terapeuta risulta evidente e provata. In conclusione, restano determinati interrogativi e perplessità, di non poco conto, formali e sostanziali. Di certo, indiscutibile è l'enorme dispendio di tempo, denaro e sofferenza (psicofisica) da parte della paziente.

Mario Turani

legenda

ATP = Accertamento Tecnico Preventivo

CTP = Consulente Tecnico di Parte

La figura tecnica (in questo caso odontoiatra) che tutela gli interessi della parte che rappresenta nell'ambito della controversia.

CTU = Consulente Tecnico d'Ufficio

La figura tecnica nominata dal giudice, che di fatto lo rappresenta nello svolgimento dei lavori peritali, alla quale il giudice pone dei quesiti e chiede risposte precise.

Incarico di enorme responsabilità, accettato sotto giuramento di ben adempiere secondo i più alti principi.