ORTHO TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Ottobre 2020 - anno XVI n. 10

www.dental-tribune.com

AD

DENTOSAN
PER DENTI E GENGIVE

LA BUSTINA PREDOSATA A 10 ML
garantisce l'uso di un
corretto quantitativo di clorexidina,
limitando il rischio di **pigmentazione dei denti**

BUSTINE MONODOSE

IN FARMACIA

Richiedi i campioni via mail a richiestacampioni@recordati.it

RECORDATI OTC

SPECIALE ORTHO TRIBUNE

Attualità, case & industry report, medicina legale e ricerca.
Le novità e molto altro all'interno dello speciale Ortho Tribune di Ottobre.

da pagina 1

Milioni di appuntamenti persi: l'odontoiatria Britannica risente del COVID-19

Dalla metà di giugno le cliniche dentali in tutto il Regno Unito hanno dovuto affrontare una ripresa scaglionata delle cure odontoiatriche dopo l'allentamento del lockdown imposto dal governo.

> pagina 2

AD

TePe
Made in Sweden

TePe EasyPick™
Don't let anything come in between

Nuova misura XL

AD3326IT

ATTUALITÀ
DPCM 13 ottobre: i congressi e la formazione residenziale continuano 3

INDUSTRY REPORT
La contaminazione batterica dell'aria nella sala operativa durante un trattamento AIRFLOW 8
Gbr in area estetica: gestione di un caso clinico dalle fasi chirurgiche a quelle protesiche 12

Come i dentisti e i farmacisti migliorano la salute dei loro pazienti

Docente presso la School of Pharmacy dell'Università del Queensland, il dottor Meng-Wong Taing è interessato ad espandere il ruolo dei farmacisti nel migliorare la salute dei loro pazienti, attraverso un approccio collaborativo. Naturalmente, questo approccio include la consulenza in merito a un'adeguata assistenza sanitaria orale. In questa intervista, Taing spiega perché la promozione della salute orale significa così tanto per lui e mostra come dentisti e farmacisti possono lavorare insieme per ottimizzare i risultati sulla salute dei pazienti.

Dott. Taing, come professionista con un background in farmacia, perché si è inizialmente interessato al mantenimento della salute orale?

Fin dalla mia giovinezza, ho avuto una predisposizione per le carie. I miei genitori ci facevano lavare i denti, quindi sono rimasto sorpreso di aver costantemente bisogno di otturazioni durante i miei controlli odontoiatrici scolastici annuali e anche più avanti nella vita. Crescendo, ho sviluppato cattive abitudini di igiene orale e, col senno di poi, non mi sono lavato i denti correttamente. È stato solo quando ho trovato un dentista proattivo che mi ha istruito sull'identificazione della placca che ho sviluppato un maggiore interesse personale e una maggiore fiducia in una migliore gestione della mia salute orale.

© Meng Wong Taing

> pagina 4

Il nuovo Presidente SISIO si racconta e ci anticipa i futuri progetti scientifici e culturali 2020-2021

Carola Murari

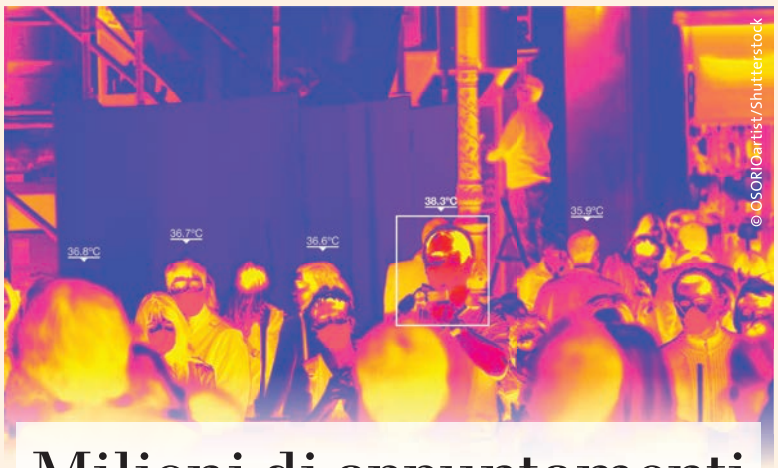
Dott.ssa Sabatini, può brevemente presentarsi ai nostri lettori per quanto riguarda la sua attività clinica di igienista dentale e docente universitaria?

Certamente, mi presento. Sono un'Igienista dentale da sempre curiosa e appassionata della professione.

> pagina 10

AD

AD



Milioni di appuntamenti persi: l'odontoiatria Britannica risente del COVID-19

‹ pagina 1

Secondo L'Association of Dental Groups (ADG), i dentisti britannici e altri professionisti del settore medico devono ora affrontare una dura battaglia per gestire l'impatto negativo che il blocco ha avuto sulla salute orale.

Secondo l'ADG, a milioni di residenti nel Regno Unito è stato impedito di andare dal dentista durante il lockdown. L'associazione, che rappresenta i gruppi odontoiatri e altri fornitori del settore dentale nel Regno Unito, ha dichiarato a settembre che gli operatori sanitari del Paese potrebbero ora aspettarsi un drastico aumento dei casi di cancro orale. Inoltre, con la ripresa delle procedure odontoiatriche di routine, l'ADG ha affermato che i dentisti e i loro team devono prepararsi ad affrontare i tristi esiti dell'aumento di procedure fai da te durante il periodo del lockdown.

Un sondaggio condotto dall'ADG ha messo in luce che più di 13 milioni di adulti britannici non si sono presentati agli appuntamenti dal loro dentista da quando il 24 marzo scorso è iniziato il lockdown. L'associazione è arrivata a questa stima grazie ai risultati del sondaggio che hanno mostrato che quasi la metà (il 49%) del 27,8 milioni di famiglie del Regno Unito aveva almeno un adulto che non era riuscito ad andare dal dentista.

Il presidente dell'associazione, Neil Carmichael, ha commentato in un comunicato stampa del 10 settembre «il fatto che così tante persone non riescano a fissare un appuntamento dal dentista, o semplicemente sia una loro decisione, è profondamente preoccupante. Ciò suggerisce che tutta una serie di problemi legati alla salute orale siano stati imbottigliati durante il lockdown e che i dentisti saranno presumibilmente sopraffatti quando riprenderanno gli appuntamenti di routine».

«I dentisti sono molto preoccupati per la diffusione del cancro orale perché per una diagnosi precoce sono fondamentali i controlli di routine» ha aggiunto. «Se ciò non accade e non vengono rilevati i primi segnali di allarme, il numero di pazienti affetti da cancro orale potrebbe presto salire».

I dentisti sono preoccupati delle procedure fai da te nel Regno Unito.

I risultati di un secondo sondaggio hanno suggerito ripercussioni preoccupanti e diffuse derivanti da procedure fai da te dei pazienti durante il lockdown. L'ADG ha rilevato che il 25% di tutte le famiglie del Regno Unito ha attuato almeno una volta un tentativo di cura fai da te durante il lockdown. Del 25%, il 12,7% (che equivale a 3,5 milioni di famiglie) ha assunto autonomamente antidolorifici per il dolore dentale o gengivale, il 7,9 % ha tentato di curarsi una carie e il 7,6 % ha tentato addirittura l'estrazione di un dente.

Il 2 settembre, l'ADG ha dichiarato alla stampa che i risultati del sondaggio si sarebbero aggiunti alle crescenti preoccupazioni dei dentisti britannici. «Questi risultati suggeriscono che quando riprenderanno gli appuntamenti di routine, i dentisti di tutto il Paese dovranno prepararsi a vedere parecchi danni alla salute orale dei loro pazienti» ha commentato Carmichael. «Tutti i segnali indicano che i dentisti saranno chiamati a riparare i danni alla salute orale dei pazienti che hanno accumulato durante il lockdown». «Questo sarebbe già abbastanza grave se non avessimo già una crisi nel settore dentale dovuta alla difficoltà di accesso alle cure tramite appuntamento. I ministri devono ora intraprendere azioni urgenti per garantire che ci siano un sufficiente numero di dentisti per affrontare tutto ciò».

L'ADG ha condotto i due sondaggi come parte di una campagna di sollecito ai ministri del governo affinché affrontino questo momento di crisi nell'odontoiatria del Regno Unito.

Jeremy Booth
Dental Tribune International

Luigi Rodella, il Professore gentile e gentiluomo

Il Professore Luigi Rodella, Presidente del corso di laurea in Medicina e Chirurgia all'Università di Brescia, è prematuramente morto dopo una lunga malattia. La notizia ha lasciato sconvolti i suoi cari, tutti i suoi studenti, i colleghi e gli amici, tanti nell'Odontoiatria, che lo conoscevano per quanto lui ha trasmesso, con formazione su cadavere, in aula, con libri e corsi multimediali, alla categoria odontoiatrica relativamente all'Anatomia della testa e del Collo e dei distretti odontoiatrici, insieme al professore e amico Mauro Labanca. Un commuovente ricordo del suo amico e coautore di tanti lavori è stato pubblicato negli scorsi giorni a cui rinviamo (sul sito online della Dental Tribune). Riprendiamo solo una parte che identifica questo scienziato "gentile" convinto che le conoscenze scientifiche fossero la base di un futuro migliore. «Lascia un vuoto colmo dei suoi sorrisi, di cui non ha mai privato nessuno... La parola più frequentemente usata in questi giorni per definirlo è stata "gentiluomo". E tale era Gigi (così si faceva chiamare ndr.), con il suo modo asciutto ma onesto e sincero di dare a chiunque un aiuto o un conforto». Così lo abbiamo conosciuto nei congressi e soprattutto nella produzione del corso multimediale di Anatomia Chirurgica, che abbiamo avuto l'onore di pubblicare nel 2019. Il corso contiene la sua intervista, registrato nel nostro vecchio studio di cui manteniamo un ricordo vivissimo del "Professore pignolo", ma umile e gentile con tutti noi.

Patrizia Gatto

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER - Torsten R. Oemus
CHIEF CONTENT OFFICER - Claudia Duschek
DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
General requests: info@dental-tribune.com
Sales requests: mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. *Dental Tribune* is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2020 Dental Tribune International GmbH. 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 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 publisher also does 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 ITALIAN EDITION
Anno XVI Numero 10, Ottobre 2020

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
K.D. Bastendorf, P. Biancucci, J. Booth, F. Colombo, B. Day, M. Donnet, P. Gatto, P. Guerrieri, A. Lussi, M. Mensi, C. Murari.
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.

DPCM 13 ottobre: i congressi e la formazione residenziale continuano

© Matej Kastelic/Shutterstock

Nel nuovo DPCM (DPCM 13 ottobre 2020) emesso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, all'art. 6 nella lettera n) si specifica: "*Sono consentite le manifestazioni fieristiche ed i congressi, previa adozione di Protocolli validati dal Comitato tecnico-scientifico di cui all' art. 2 dell'ordinanza 3 febbraio 2020, n. 630, del Capo del Dipartimento della protezione civile, e secondo misure organizzative adeguate alle dimensioni ed alle caratteristiche dei luoghi e tali da garantire ai frequentatori la possibilità di rispettare la distanza interpersonale di almeno un metro*".

A partire dal 1 settembre, timidamente ma con determinazione, si sono svolti i primi corsi di formazione e congressi in presenza, anche nel settore odontoiatrico, ognuno adottando protocolli di sicurezza compatibili con le norme, il tipo di manifestazione e le indicazioni locali.

In ognuno di questi eventi possiamo dire, per racconto di terzi o per partecipazione diretta all'evento (quali la Consensus della Digital Dentistry Society lo scorso 1-2 ottobre e il Congresso Nazionale Coi Aiog 9-10 ottobre) che tutti i partecipanti erano attenti ma molto contenti di incontrarsi, per uno scambio culturale, esperienziale e umano, che la semplice formazione a distanza, utilissima e ormai insostituibile, non può sostituire nei suoi valori più profondi. La socialità nell'ambito delle nostre professioni è una necessità proprio come per quanto riguarda gli studenti e la scuola.

I relatori, anche se con un pubblico più esiguo in presenza, si emozionano a ritrovarsi su un palco, i partecipanti diventano decisamente più attenti e interattivi, le aziende possono incontrare i clienti e descrivere in modo individuale e personalizzato il prodotto che presentano.

La collaborazione tra board scientifico, segreteria organizzativa e responsabilità dei partecipanti è fondamentale. I protocolli che sembrano troppo rigidi si possono accettare per il bene di tutti e, con un po' di ironia, possono diventare uno standard rispettoso delle persone in particolare delle categorie sanitarie, che da sempre sono a contatto con malattie e pazienti.

La scelta dell'evento ibrido apre delle nuove opportunità a prescindere e per tutti sarà un privilegio incontrarsi di nuovo in presenza: si tratterà di scegliere gli eventi a cui partecipare da casa e quelli a cui partecipare in presenza, non solo per possibilità di tempi del proprio lavoro , interessi culturali e scientifici specifici ma anche per programmare selettivamente un momento di "stacco" dalla routine lavorativa quotidiana, un momento di confronto e di relax che certamente in eventi meno affollati, più curati e molto sicuri sarà garantito sotto tutti gli aspetti ed efficace.

Patrizia Gatto

AD

Come i dentisti e i farmacisti possono collaborare e migliorare la salute dei loro pazienti

© Meng Wong Taing

Intervista al dott. Meng-Wong Taing

< pagina 1

Seguendo semplici consigli sull'igiene orale, non mi riempio di carie da più di sei anni: è un record per me!

Quello che ho capito è stato quanto sia semplice prevenire la carie e promuovere una buona salute orale. Tutto quello che dovevo fare era apportare sottili cambiamenti nel modo in cui mi prendevo cura dei miei denti, qualcosa che avrei voluto sapere molto prima nella vita. Essendo più istruito nell'assistenza sanitaria orale, ora mi sento potenziato e fiducioso nel mantenere la mia salute orale e vorrei promuovere migliori pratiche di igiene orale per tutti, in particolare per gli svantaggiati, che corrono un rischio molto maggiore di avere una cattiva salute orale.

Quali sono i vantaggi di coinvolgere maggiormente i farmacisti per fornire consigli e servizi relativi all'assistenza sanitaria orale?

I farmacisti hanno un ottimo accesso ai pazienti all'interno della comunità, il che offre loro ampie opportunità di promuovere l'assistenza sanitaria orale e offrire consigli. L'australiano medio visita la farmacia della sua comunità circa 14 volte l'anno e sappiamo anche da vari studi che il personale della farmacia esprime un forte interesse a promuovere una migliore assistenza sanitaria orale all'interno delle loro comunità.

Nello specifico, i farmacisti potrebbero essere maggiormente coinvolti:

- Nell'identificare i pazienti a rischio di cattiva salute orale;

- Nell'attuare iniziative di prevenzione della salute orale e fornire consigli su una buona igiene e su problemi minori di salute orale;

- Nel fornire prodotti per la salute orale e la consulenza basata su evidenze;

- Nell'informare i pazienti sui farmaci che possono influire sulla salute orale, compresi i medicinali che aumentano il rischio di carie dentale;

- Nell'implementare percorsi di valutazione e di richiamo;

- Nell'organizzare attività ed eventi di promozione della salute orale e affrontare i fattori di rischio comuni nelle malattie croniche.

Cosa possono fare i professionisti del settore dentale per trasformare in realtà questo approccio collaborativo?

Credo che i principi alla base di una buona collaborazione siano fiducia, percorsi di comunicazione aperti e professionalità. I consigli che do ai miei colleghi farmacisti che possono essere ricambiati dai dentisti per promuovere i propositi di collaborazione sono:

- Conosci il tuo farmacista locale se sei un dentista e viceversa. Entrate in contatto, condividete idee e sostenetevi a vicenda nelle vostre pratiche cliniche in modo da non essere isolati e sentirvi soli;

- Rendetevi disponibili l'uno per l'altro ogni volta che ce n'è bisogno. Nei tuoi impegni, assicurati di fornire una risposta tempestiva se una chiamata viene persa o viene lasciato un messaggio;

- Trovate modi in cui potete aiutarvi a vicenda. Parlando apertamente delle vostre rispettive esigenze, cercate di identificare dove potete supportare al meglio le reciproche pratiche e lavorare sodo per raggiungere questi obiettivi con il fine di migliorare i risultati dei pazienti.

Per rendere questo approccio collaborativo una realtà, c'è anche la necessità di crescenti partnership e collaborazioni tra le organizzazioni professionali dentali e farmaceutiche nazionali. Questi partenariati potrebbero supportare lo sviluppo e l'implementazione di linee guida per la pratica farmaceutica reciprocamente appropriate, percorsi di supporto decisionale e risorse educative interprofessionali.

Il vostro modello è specifico per l'Australia e per il suo approccio alla salute orale? È influenzato, ad esempio, dal fatto che solo il 53% degli australiani possiede una copertura odontoiatrica?

Attualmente, non esistono modelli di assistenza sanitaria orale consolidati nelle farmacie comunitarie australiane. Ciò che è necessario è lo sviluppo e la valutazione di modelli innovativi e collaborativi basati sulla farmacia per affrontare la cattiva salute orale sia nelle regioni rurali che metropolitane. Dobbiamo dimostrare che l'attuazione di qualsiasi modello proposto è fattibile, efficace e reciprocamente accettabile da entrambe le professioni. Sto lavorando con dentisti australiani, scuole di odontoiatria universitaria e dipartimenti sanitari governativi al fine di ottenere finanziamenti per lo sviluppo e la sperimentazione di modelli di assistenza sanitaria orale collaborativa.

Brendan Day
Dental Tribune International

© hedgehog94/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!

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

Il rapporto di consulenza

Intervista all'Avvocato Roberto Longhin

© Biancucci

Roberto Longhin, avvocato cassazionista, consulente legale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino e di SUSO sindacato.

Il rapporto di consulenza e/o di collaborazione non è ancora regolamentato da formule contrattuali eque e soddisfacenti per entrambe le parti, con conseguente rischio di contenzioso.

Le associazioni di categoria hanno attenzione oggi ai consulenti degli studi, che sono giovani che hanno individuato una nuova forma di lavoro in cui impegnano la loro attività.

Esiste una formula ideale per regolare il loro rapporto di lavoro?

Pur essendo nell'ordinamento vigente prevista la figura del consulente, la stessa è lasciata, per quanto concerne l'aspetto economico, alla trattativa tra le parti.

Pensa che questo rapporto debba essere regolamentato per arrivare con le intese tra le parti sociali a una sorta di contratto nazionale per i consulenti?

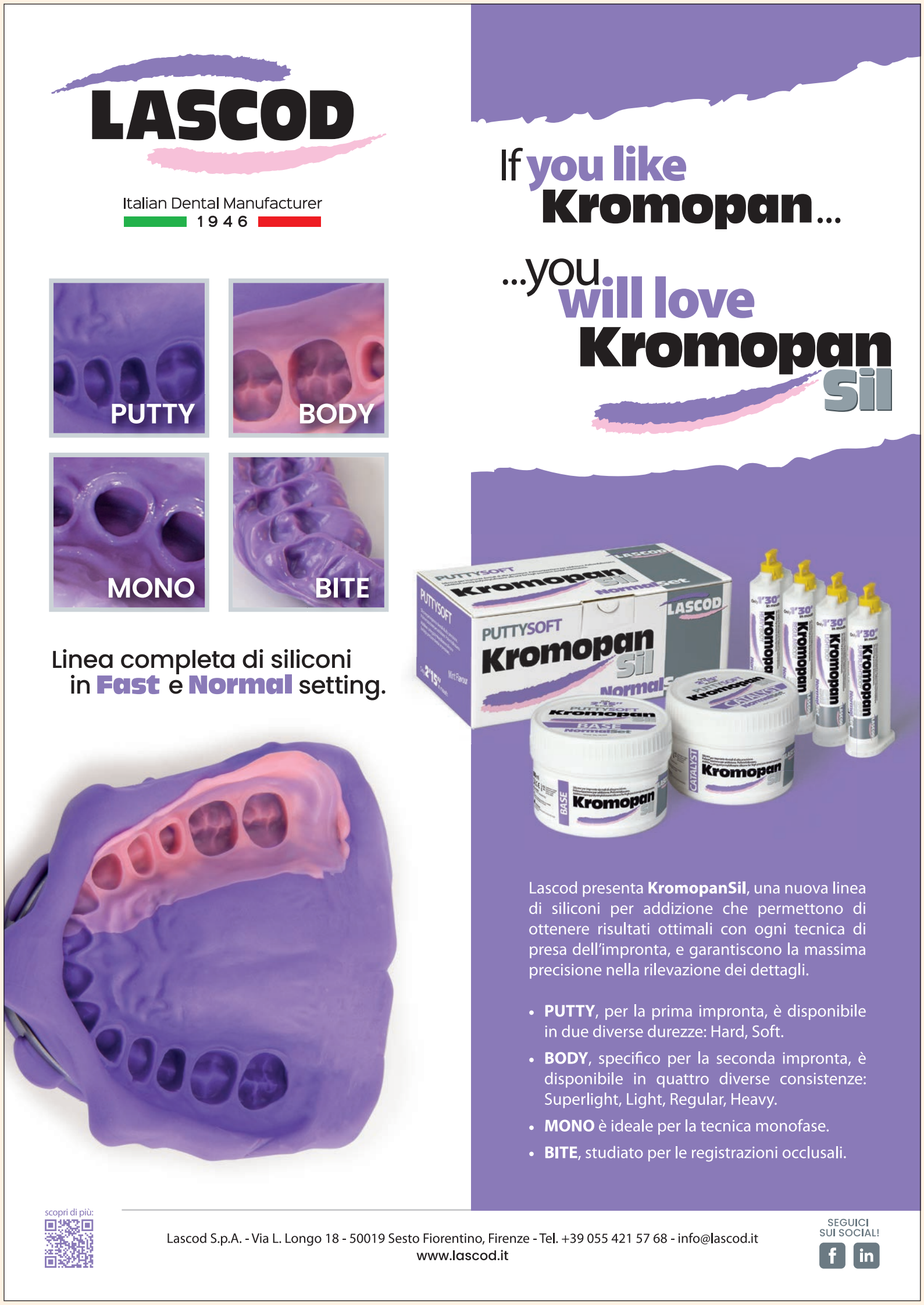
Ho illustrato, nel corso della mia relazione al Congresso Nazionale Siof, come la libertà che lascia l'ordinamento al libero contratto tra le parti crei notevoli difficoltà, specie per i giovani che non hanno esperienza su come regolare il loro rapporto di lavoro. Qualsiasi formula regolamentare purché sia contrattualizzata per iscritto è valida.

I contratti attuali, soprattutto nell'odontoiatria organizzata, sono formulati dalle aziende. Spesso i giovani colleghi non sanno quello che stanno firmando.

È verissimo. I giovani sono in una posizione di inferiorità dal punto di vista del rapporto e, di conseguenza, accettano passivamente ciò che gli viene proposto, senza rendersi conto che può diventare una situazione problematica in caso di contenzioso, perché ciò che è scritto è quanto utilizza il giudice per regolare qualsiasi tipo di controversia.

Le associazioni di categoria dovranno mettere mano a questa materia, magari individuando nell'ambito dei contratti collettivi qualche regola e parametro che possa essere utilizzato da coloro che si avviano sulla strada della consulenza.

Patrizia Biancucci



AD

L'importanza della vita sindacale per lo sviluppo della professione odontoiatrica

Intervista a Giulio Del Mastro, odontoiatria libero professionista, Presidente provinciale AIO Torino e socio attivo di SIE.

Oggi per un laureato in Odontoiatria è tutto scontato: esame di stato, iscrizione all'Albo, cassa previdenziale Enpam, essere equiparato a un medico con specializzazione odontoiatrica, e altro. Perfino quel vecchio ironico nomignolo "odontopuffo" è sconosciuto agli attuali neolaureati, ma non è così per un veterano come Giulio Del Mastro, che di battaglie ne ha combattute tante come rappresentante sindacale AIO, fin dalla sua fondazione nel lontano 1984, ricoprendone tutti i ruoli fino alla presidenza nazionale nel 2002. Torinese, odontoiatra libero professionista, socio attivo di SIE e co-autore del "Manuale di endodonzia", attualmente presidente provinciale AIO Torino e membro dei Probiviri, Del Mastro ripercorre con noi l'evoluzione di una professione ancora appassionante ma sempre più schiacciata dal peso burocratico, sociale ed economico che la porta fuori da quell'età dell'oro sfumata verso la fine degli anni '80.

Dott. Del Mastro, lei è stato uno dei primi laureati in Odontoiatria: conosceva già le associazioni di categoria? A quando risale il suo impegno in ambito sindacale nell'AIO?

Sono nell'AIO dalla prima ora, appena qualche anno dopo la fondazione, nel 1984. La mia laurea è ormai datata e nel 1985 i problemi per un neolaureato non mancavano, dall'assenza dell'esame di Stato all'impossibilità di ingresso nell'Enpam, allora riservato ai medici. Periodi pionieristici per una laurea che immetteva nella professione gli "odontopuffi", anni in cui il prof. Valletta, napoletano verace, alla domanda di un collega scandalizzato che chiedeva come questi nuovi pseudo medici si sarebbero comportati in caso di emorragia, rispondeva candidamente "chiameranno l'idraulico...". Ho iniziato come consigliere AIO Torino, sostituendo poi alla presidenza l'amico Paolo Rosato, nel frattempo diventato presidente nazionale. Un periodo caotico, molto intenso, che ancora oggi ricordiamo assieme con nostalgia e la pelle d'oca. Di quegli anni mi resta, tra gli altri, il ricordo di uno splendido congresso a Torino, ospiti anche i professori Bracco e Guastamacchia, tra i primi a credere nelle potenzialità della nuova figura professionale. Da allora ho ricoperto svariati ruoli, da direttore della rivista fino a diventare presidente nazionale all'inizio del terzo millennio.

Cosa trova che sia cambiato negli ultimi 15-20 anni dal punto di vista dei colleghi e dal punto di vista di chi fa sindacato?

L'età d'oro dell'odontoiatria, come quella di tutte le professioni liberali, è terminata più o meno alla fine degli anni '80. Da allora, normative e adempimenti sempre più oppressivi e una tassazione progressivamente più pesante e iniqua hanno contribuito a far perdere gran parte dell'appeal garantito fin dai tempi del boom economico. L'aumento indiscriminato degli operatori e la contemporanea riduzione del potere d'acquisto dei pazienti ha fatto sì che un meccanismo virtuoso si avvitasse su se stesso, collassando. Gran parte di questo risultato dipende da azioni sciagurate della politica che si sono susseguite nel tempo, legate anche allo scarso potere lobbistico che la categoria e il terziario ad essa collegato hanno saputo mettere in campo. Dalla demagogia delle protesi sociali ai LEA, tuttora disattesi, ci si è sempre dovuti confrontare con infiniti ostacoli. Si prenda ad esempio la recente presa in giro relativa al contributo statale per le spese di sanificazione, ridotto nel giro di pochi click di mouse dal 60% a meno del 10, passando attraverso la mancata concessione dei contributi COVID-19, negati ai professionisti ma non agli imprenditori (categoria nella quale rientriamo solo per l'IRAP). Devo confessare che per chi si occupa di sindacato questi episodi sono moralmente devastanti perché amplificano il senso d'impotenza che si prova di fronte alla modalità di sola mungitura.

© Del Mastro

Lotta all'abusivismo: non crede sia diventata una "battaglia di retroguardia" a scapito di nuovi e pressanti problemi, come ad esempio quelli legati ai giovani odontoiatri sempre più collaboratori/consulenti e non titolari di studio?

La nostra collaborazione con istituzioni e forze dell'ordine, in particolare il NAS dei Carabinieri e la Polizia municipale, è collaudata ormai da decenni con risultati confortanti ma sicuramente insufficienti. Inoltre, la figura dell'abusivo classico che lavora solo o con compiacenti prestanome è stata superata da altri modi di aggirare la legge. Molto meno rischioso, infatti, creare una società di comodo e sfruttare nella struttura operativa neolaureati disponibili in abbondanza (ricordo che la programmazione degli iscritti al corso di laurea è fatta sulla ricettività del singolo ateneo e non su una reale previsione legata a esigenze fisiologiche di turnover. A questi vanno aggiunti i numeri dei laureati all'estero). In queste strutture la figura dell'abusivo risulta molto più evanescente e difficile da identificare e colpire. D'altro canto questo si lega a un trend che vede in aumento il numero di giovani poco disponibili a condurre in proprio un'attività professionale complessa ed organizzata come quella odontoiatrica. Ho aperto il mio primo studio a 26 anni, con molta incoscienza ma con la concreta convinzione che sarei riuscito a gestirlo. Quest'ambizione sta scemando in maniera proporzionale alla crescita della complessità di amministrazione, molto più impegnativa dell'aggiornamento professionale necessario a una corretta pratica clinica.

Dott. Del Mastro, come vede la progressiva crescita dell'Odontoiatria organizzata (catene, franchising, etc.): risponde ai bisogni di chi non ha accesso alle cure dentistiche o è solo speculazione economica e mercificazione della professione?

Il dentista sconta nella professione l'evidenza di un pagamento integrale della tariffa da parte del paziente, salvo l'intervento di alcune forme assicurative che comunque costano. Interventi mutuati dal SSN, anche molto impegnativi, sono percepiti dal paziente in maniera diversa perché coperti dal pagamento di un ticket che non rispecchia il costo effettivo delle prestazioni. Da sempre siamo abituati a veder considerato

› pagina 7

AD

< pagina 6

caro un impegno professionale che è semplicemente costoso ed è comprensibile che le fasce di utenza con ridotta capacità di spesa cerchino alternative più economiche per la soluzione dei loro problemi di salute. Le strutture ospedaliere complesse e di eccellenza sono di solito riservate a pazienti con evidenti complicazioni cliniche di natura generale, mentre gli ambulatori delle ASL erogano sul territorio prestazioni comunque limitate. Abusivismo, turismo dentale all'estero, esperienze low cost (di nome, ma spesso non di fatto) sono state le offerte rivolte negli anni a una categoria di cittadini dimenticata dallo Stato. È esperienza comune però che se il pagamento di una tariffa congrua non è in automatico indice di un trattamento adeguato, un esborso di denaro troppo basso rende l'esito della prestazione estremamente imprevedibile. È una generalizzazione forzata ma realistica di fenomeni che negli anni passati hanno creato danni clinici ed economici alle persone, spesso alle prese con problemi iatrogeni a posteriori di complessa soluzione e comunque ancora più costosi.

Ritiene che l'Enpam, di cui lei è un profondo conoscitore, abbia messo in atto nuove modalità di previdenza e di assistenza in linea con i cambiamenti in atto, con particolare riferimento a questa critica fase pandemica?

La Fondazione Enpam è una cassa di previdenza solida. Da alcuni anni ha cambiato pelle introducendo alcune modifiche sostanziali, legate in gran parte alla legge Fornero che ha imposto agli enti di previdenza di garantire una solvibilità nell'erogazione delle pensioni addirittura a 50 anni. È chiaro a chiunque come sia estremamente improbabile fare previsioni attendibili su un tale arco di tempo, ma su questi presupposti si è dovuta realizzare una riforma del Regolamento particolarmente robusta. L'età pensionabile schizza a 68 anni e l'aliquota contributiva raggiunge il 19,50%: si paga di più, per più tempo, ottenendo in cambio una pensione più leggera. Un vero affare! Esistono peraltro note positive e arrivano dalle risorse disponibili dall'anno scorso per il trattamento dell'inabilità assoluta temporanea, transitata dal capitolo 'assistenza' a quello 'previdenza'. Questo dettaglio formale ha sbloccato denaro degli iscritti che potrà essere utilizzato per mutui prima casa o studio, finanziamenti per la formazione, sussidi di maternità, polizze Long Term Care (LTC). Inoltre, l'indennità relativa all'IAT potrà essere erogata a partire dal 31° giorno e non dal 60°, oltre ad essere proporzionale al reddito (prima la disponibilità era più bassa e solo per redditi inferiori a circa 40.000 €). Durante la pandemia il nostro ente è stato subito reattivo, stanziando con grande sforzo economico sussidi di mille euro al mese per la platea di aventi diritto. Peccato che tali contributi siano arrivati già gravati da una ritenuta del 20%. È una situazione che non ha eguali in tutta Europa e penalizza fortemente le finalità della Fondazione e l'entità delle prestazioni erogate.

Dott. Del Mastro, per un padre di tre figli come lei, quanto è difficile conciliare lavoro-attività sindacale-famiglia?

Fare sindacato significa investire il proprio tempo in un'attività appassionante, anche se a volte si possono perdere ore per ottenere nulla, garantendo gratificazioni simili a quelle professionali. Lo considero una parte importante della mia vita e sono stato molto fortunato ad aver incontrato nel percorso colleghi più esperti che mi hanno formato e altri che mi hanno supportato nei vari gruppi di lavoro. Persone che portano avanti un'attività parallela a quella di studio, misconosciuta e non retribuita. Gli insuccessi, tanti, e qualche piccolo risultato diventano poi patrimonio dei soci. Lavoro in uno studio mono professionale, ho un ottimo personale ausiliario, sono l'unico operatore e mi avvalgo di pochissime e selezionate collaborazioni part time. Tutta l'attività sindacale ruba spazio a quella sul paziente, alle pause, al tempo libero serale e dei week end. Con tre ragazzi adolescenti la vita è sicuramente complicata ma penso di essere stato sufficientemente presente da avere contribuito con Laura a costruire una bella famiglia, affiatata e litigiosa al punto giusto.
Col tempo ho raggiunto la consapevolezza che l'attività sindacale è un hobby. Alcuni collezionano fumetti, altri vanno in bici, io mi occupo di questo. Mi piacerebbe trovare lo stesso interesse nei giovani anche se li vedo molto rassegnati a subire più che a governare la metamorfosi della professione. Hanno sicuramente problemi diversi ma dovrebbero valutare con attenzione che questi sono comuni ad altri e difficilmente possono essere risolti da iniziative singole. È questa la forza del sindacato: l'aggregazione.

Patrizia Biancucci

La contaminazione batterica dell'aria nella sala operativa durante un trattamento AIRFLOW

Marcel Donnet, Magda Mensi**, Klaus-Dieter Bastendorf***, Adrian Lussi°*

© Donnet

© Mensi

© Bastendorf

© Lussi

**EMS Electro Medical Systems Chemin de la Vuarpillière 31, 1260 Nyon (Svizzera) mdonnetclinical@ems-ch.com*
***Prof. Dr. Magda Mensi Università degli Studi di Brescia, Servizio di Odontostomatologia 25123 Brescia (Italia)*
****Dr. Klaus-Dieter Bastendorf Studio dentistico Dr. Strafela-Bastendorf Gairenstr. 6, 73054 Eislingen (Germania)*
°Prof. Dr. Adrian Lussi Ospedale universitario di Friburgo, Dipartimento di Conservazione dentale e Parodontologia Hugstetter Str. 55, 79106 Friburgo (Germania) Cliniche odontoiatriche dell'Università di Berna Freiburgstr. 7, 3010 Berna (Svizzera).

Dentisti e scienziati, supportati da EMS, hanno misurato la contaminazione batterica dell'aria durante un trattamento AIRFLOW® in due situazioni diverse (senza e con speciali misure di contenimento). Sebbene i risultati di questa indagine non possano essere trasferiti in modo analogo a una possibile carica virale (ad es. SARS-CoV-2) nell'aerosol, i dati mostrano un'impressionante riduzione della contaminazione batterica dell'aria ambiente se il trattamento AIRFLOW viene effettuato con adeguate misure preventive. I pazienti, il personale odontoiatrico e i dentisti sono esposti a batteri e virus, che possono portare a malattie infettive, soprattutto del cavo orale e delle vie respiratorie. Chiunque abbia scelto una professione in odontoiatria è consapevole che le cure dentali comportano sempre il rischio di infezioni. In odontoiatria, la minima distanza dal cavo orale del paziente comporta un'esposizione alla saliva, al sangue, agli aerosol e al fluido crevicolare del paziente[1]. La principale via di trasmissione di batteri e virus è costituita dalle goccioline di saliva[2,3]. Per questi motivi, in odontoiatria sono sempre state applicate norme igieniche molto severe. Negli ultimi decenni, i dentisti hanno dominato il rischio di influenza, tubercolosi, epatite e AIDS. Oggi, anche il rischio della SARS-CoV-2 deve essere gestito con successo. Quasi tutti gli strumenti dentali utilizzati nei comuni trattamenti dentali generano aerosol: manipoli a bassa e/o alta velocità, turbine, dispositivi sonici e a ultrasuoni, dispositivi a getto d'acqua e aria e a getto d'acqua e polvere[4]. Gli aerosol si differenziano dalle goccioline e dalle nebbie spray. Grazie alle dimensioni ridotte delle particelle (<50 µm), gli aerosol possono essere trasportati a diversi metri di distanza e possono essere rilevati per periodi di tempo più lunghi nell'aria ambiente[5]. In odontoiatria, gli aerosol possono presentarsi sotto forma di particelle solide, polvere (non contaminata), spruzzi che si depositano rapidamente (contaminati), aerosol dei dispositivi (non contaminati), aerosol di trattamento (contaminati). Il rischio di contaminazione dipende dal tipo di trattamento, dal grado di infezione del paziente e dalle misure igieniche preventive per ridurre al minimo la trasmissione di aerosol contaminati. Ad oggi, mancano prove scientifiche che dimostrino il rischio di aerosol e il pericolo che rappresentano per medici e pazienti[6]. Una delle ragioni è la difficoltà di misurare efficacemente il livello di contaminazione da batteri e virus trasportati in aerosol e il loro livello di contagiosità. Secondo le nostre ricerche, non esiste letteratura scientifica sulla contaminazione virale e batterica degli aerosol durante l'igiene professionale dei denti con AIRFLOW. Pertanto, abbiamo effettuato un'osservazione dell'applicazione in pratica per comprendere meglio il rischio di contaminazione da aerosol utilizzando la tecnologia AIRFLOW.

Obiettivo

Lo scopo dello studio osservazionale è quello di misurare la carica batterica dell'aria nella sala operativa durante un trattamento AIRFLOW al fine di ottenere informazioni per la valutazione del rischio di contaminazione da aerosol per gli operatori, il team dello studio e i pazienti durante l'uso della tecnologia AIRFLOW in diverse situazioni.

Materiali e metodi

I trattamenti AIRFLOW sono stati eseguiti nelle sale di profilassi della società EMS (Nyon, Svizzera) da una dentista (Dr. Neha Dixit, EMS). La procedura di misurazione e le condizioni generali per l'esecuzione della profilassi erano state precedentemente progettate dagli autori. In totale sono stati trattati 20 pazienti adulti di età compresa tra i 30 e i 45 anni. L'indice della placca Quigley- Hein modificato secondo Turesky [Turesky et al., 1970] era di 0,80. Le sessioni di profilassi si sono svolte in quattro giorni consecutivi con cinque pazienti ciascuna. Tra un trattamento e l'altro, le stanze sono state accuratamente ventilate per rimuovere gli aerosol rimasti e ripristinare una situazione neutrale per la sessione successiva. L'aerosol è stato misurato per dieci minuti esatti ad ogni trattamento AIRFLOW. Per raccogliere gli aerosol è stato utilizzato un sistema a ciclone (PRELECT, Medentex GmbH, Bielefeld, Germania) precaricato con acqua filtrata e collocato a 20 cm dalla bocca del paziente (Fig. 1). Con un sistema di aspirazione ad alto flusso da 900 l/min (Cattani Micro Smart, Parma, Italia) sono stati aspirati 9 m^3 di miscela aria-aerosol durante i dieci minuti di trattamento. Subito dopo il trattamento, la contaminazione batterica dell'aerosol è stata misurata utilizzando un sistema adenosina trifosfato (ATP). Questo metodo permette di determinare la quantità di tutti i batteri viventi [Watanabe et al., 2019]. Per lo studio sono stati definiti tre gruppi di misura:

- Gruppo 1 (controllo) - Misurazione dell'aria interna senza trattamento, misurazione della carica batterica di 9 m^3 di aria nella stanza di trattamento prima di ogni trattamento del paziente (20 misurazioni);
- Gruppo 2 - Misurazione dell'aria ambiente durante un trattamento AIRFLOW con aspirasaliva, senza collutorio, senza aspirazione ad alto volume (10 pazienti)
- Gruppo 3 - Misurazione dell'aria ambiente durante un trattamento AIRFLOW con aspirasaliva, con collutorio, con aspirazione ad alto volume (10 pazienti).

Secondo il protocollo per la «Guided Biofilm Therapy» (GBT), ai pazienti è stato chiesto di sciacquare con clorexidina (BacterX, EMS, Nyon, Svizzera) per 60 secondi prima di iniziare il trattamento (solo gruppo 3). Dopo aver raccolto l'anamnesi del paziente e i dati diagnostici necessari, tutti i pazienti sono stati trattati con occhiali protettivi, aspirasaliva (Kaladent, San Gallo, Svizzera), Optragate (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein), inoltre per il gruppo 3 è stato utilizzata un'aspirazione ad alto volume Purevac® (Dentsply Sirona, York, Pennsylvania, U.S.A.). Il biofilm è stato localizzato (Biofilm Discloser, EMS) e reso visibile. È stato rimosso con l'AIRFLOW PROPHYLAXIS MASTER (AFPM) e il manipolo AIRFLOW con polvere PLUS a base di eritritolo (14 µm). L'unità AFPM è stata utilizzata con la potenza consigliata (livello 3) e la massima impostazione dell'acqua per la rimozione del biofilm.

Fig. 1

Fig. 1 - Paziente del gruppo 3: Trattamento AIRFLOW a due mani con aspirazione ad alto flusso e Optragate: un sistema a ciclone pre riempito con acqua filtrata (PRELECT, Medentex GmbH, Bielefeld, Germania) è stato posizionato a circa 20 cm a sinistra della bocca del paziente per raccogliere gli aerosol.

> pagina 10

GUIDED BIOFILM THERAPY

PREVENZIONE DI CARIE, PARODONTITE E TRATTAMENTI PER IL MANTENIMENTO

Protocollo basato su evidenze cliniche per la gestione del biofilm su denti, tessuti molli e impianti.

"I FEEL GOOD"

EMS-DENTAL.COM

EMS

MAKE ME SMILE.