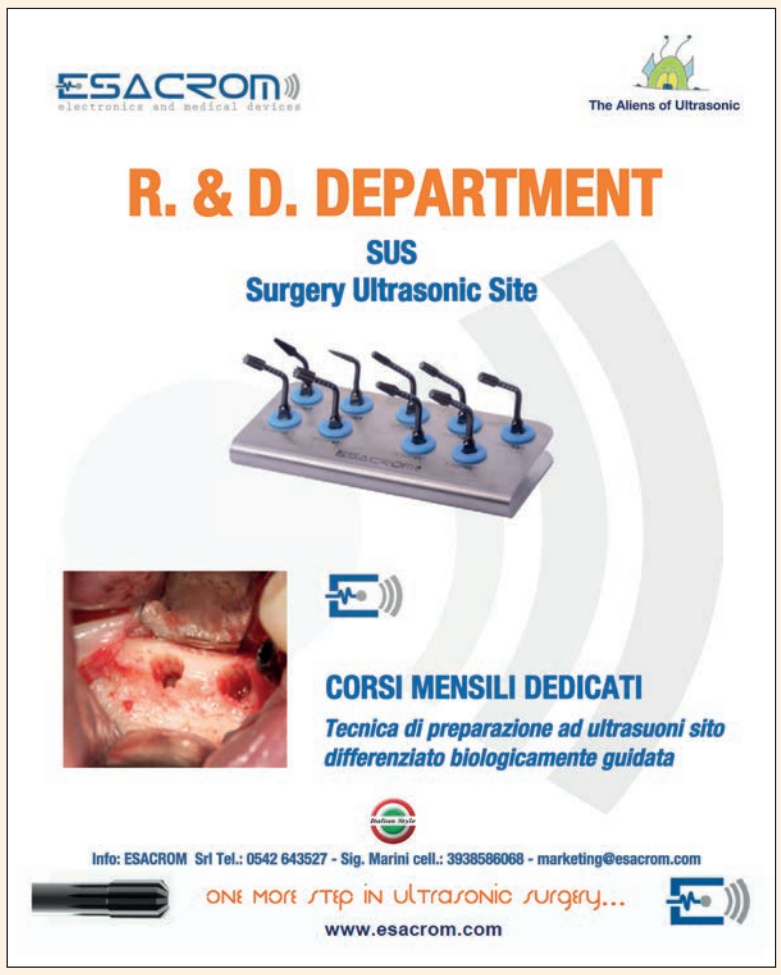
DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Febbraio 2018 - anno XIV n. 2

www.dental-tribune.com



PATOLOGIE ORALI

A Viareggio il V Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano, presieduto da Ugo Covani, ribadisce la centralità della salute orale a presupposto e in collegamento con varie ed importanti patologie.

pagina 17

Gestione multidisciplinare di paziente con agenesia

G. Perrotti, T. Testori

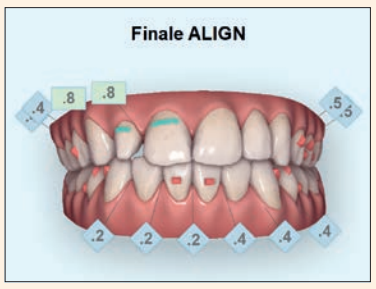
Introduzione

L'agenesia è la più frequente tra le anomalie dentarie che l'ortodontista o l'odontoiatra multispecialista si trova a dover fronteggiare[1, 2].

Le agenesie sono di grande interesse, oltre che per la frequenza elevata, anche per la complessità delle soluzioni terapeutiche che necessitano: la gravità è direttamente proporzionale all'estetica che riveste l'elemento colpito e nel complesso può essere inquadrata come patologia caratterizzata da forte disagio psicologico-relazionale del paziente affetto, in quanto influisce spesso sull'autostima e la sicurezza di sé. L'incidenza delle agenesie è più elevata a livello dell'arcata inferiore e gli elementi maggiormente assenti sono i terzi molari. In ordine di frequenza si trovano poi gli incisivi laterali mascellari.

La mancanza di uno, due o tre elementi è abbastanza frequente, mentre l'agenesia di un numero maggiore di denti è un evento abbastanza raro e solitamente ascrivibile a quadri più complessi, in connessione ad anomalie sindromiche quali Displasia Ectodermica, Sindrome di Down, Labiopalatoschisi e Sindrome di Ellis-Van-Creveld.

In letteratura c'è consenso nell'identificare come causa principale della patogenesi delle agenesie un'alterazione delle cellule deputate a maturare nelle gemme dentali nelle primissime fasi dello sviluppo dentale[3].



L'approccio alla riabilitazione dei pazienti con agenesia è multidisciplinare e, come precedentemente precisato, ha spesso forte valenza estetica; quindi definire delle regole base da seguire predispone i clinici a ridurre le variabili non controllabili e a giungere al successo terapeutico.

› pagina 8

SPECIALE ALBO IGIENISTI
Gli igienisti dentali esultano: "Finalmente l'Albo c'è" 5

SPECIALE LASER
Valutazioni cliniche di inserti in zaffiro e laser a diodi da 915 nm 10

MEETING & CONGRESSI
Con la Fondazione Castagnola il futuro digitale della professione 23

Il neo presidente Raffaele Iandolo parla del futuro della CAO Nazionale uscita dalle urne

Scaturita dai risultati di una consultazione elettorale ad altissima frequentazione (100% votanti) è nata il 24 gennaio a Roma la nuova CAO nazionale che vede alla presidenza Raffaele Iandolo, laurea in odontoiatria, alla Segreteria, Brunello Pollifrone,

› pagina 2

Un'App gratuita

per orientarsi nella diagnosi morfologica delle lesioni del cavo orale

G. Campisi

In un'intervista sul valore del digitale in medicina orale (luglio 2017) la prof.ssa Giuseppina Campisi aveva elencato tra i principali campi di applicazione i sistemi diagnostici e gli applicativi tutoriali. Una tematica approfondita al 5° Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano su "Concretezza delle conoscenze in Patologia Orale" (Viareggio, 26-27 gennaio).

› pagina 15

Editoriale

Tutte da armonizzare le professioni in Europa

Per armonizzare le normative sui dispositivi medici in vigore in ogni singolo Stato della UE, c'è voluta una ventina d'anni. Quanto ci vorrà per la Regolamentazione sul riconoscimento delle qualifiche professionali approvata il 18 gennaio dal Parlamento Europeo a Strasburgo? Quanto tempo passerà prima di arrivare ad armonizzare in Europa le professioni regolamentate? Il fatto che nell'UE ce ne siano oltre 5.500, con variazioni significative di Stato in Stato, dovrebbe far sorgere qualche dubbio sulla facilità di raggiungere l'obiettivo. Eppure vi si dovrà arrivare visto che esse rappresentano il 22% della forza lavoro in tutti i settori di attività, e poi perché una regolamentazione dei servizi professionali proporzionata e adeguata alla realtà potrà tradursi in migliori dinamiche di mercato, in prezzi più bassi per i consumatori e in una prestazione settoriale più efficiente. Insomma la Regolamentazione europea dovrebbe alla fine esser vantaggiosa per tutti, consumatori e professionisti stessi, per non parlare dei giovani laureati che potranno accedere alla professione in condizioni di maggior equità e, all'insegna di una maggior mobilità nell'UE.

Il neo presidente Raffaele Iandolo parla del futuro della CAO Nazionale uscita dalle urne

Nella sua prima esternazione da presidente, Iandolo ha avuto una parola deferente per Giuseppe Renzo che suona in parte come un programma: «Abbiamo la responsabilità altissima sulle spalle di tener fede alla lezione di un grande dell'Odontoiatria italiana». Una responsabilità che se da una parte spaventa «dall'altra ci stimola – dice – a dare il massimo». Al neo presidente Dental Tribune ha posto alcune domande...

‹ pagina 1

presidente di CAO Roma e nel Consiglio direttivo Gianluigi D'Agostino, Alessandro Nisio e Diego Paschina.

Come mai ha deciso di scendere in campo con un nuovo gruppo alla guida della CAO Nazionale?

Il vero problema di questi ultimi anni è che si è perso molto, forse troppo tempo, privilegiando la forma a discapito della sostanza e con una gestione poco condivisa su temi di fondamentale importanza per la nostra professione. Il risultato delle ultime elezioni ha permesso di voltare pagina, dando fiducia a un nuovo gruppo, che avrà un approccio e una mentalità diversi nel raccogliere le sfide che abbiamo davanti. Il nostro è un progetto nazionale di rilancio della centralità della libera professione, di cui l'Odontoiatria in Italia rappresenta l'ultimo baluardo.

Qual è la sua idea di CAO Nazionale?

È di primaria importanza promuovere la gestione condivisa delle funzioni fondamentali della CAO Nazionale con una collegialità nelle decisioni, che produrrà coesione e integrazione. La sfida per i prossimi anni sarà creare una struttura organizzativa appositamente costituita che si farà carico del coordinamento continuo tra CAO Nazionale e CAO Provinciali, assicurando loro l'assistenza di cui necessitano, soprattutto nel campo legale e amministrativo, nonché nella formazione legata all'attuazione delle nuove norme in tema di procedimento disciplinare.

Nella veste di neo Presidente, in quali direzioni intende muoversi? Dove insisterà la sua azione politica?

Abbiamo sviluppato un programma articolato in molti punti, poiché tanti sono gli ambiti che richiedono un intervento urgente. Penso a esempio al continuo diffondersi delle società commerciali, al fenomeno dell'abusivismo e del prestanomismo, alla semplificazione delle procedure amministrative per le autorizzazioni sanitarie. Tuttavia, nei numerosi colloqui intercorsi non solo con i colleghi presidenti CAO, ma soprattutto con i pazienti, a cui dedico ancora buona parte del mio tempo lavorativo, c'è una tematica molto trasversale che riguarda l'accesso alle cure con un costo minimo della prestazione che sia indice di qualità.

Le tariffe low cost non consentono trattamenti adeguati ed efficaci e la pubblicità sanitaria scorretta non aiuta a difendere il diritto alla salute, che è senz'altro un diritto preminente sulla libera iniziativa economica.

È nostra priorità porre all'attenzione della classe politica una proposta di intervento per una serie di strumenti economici e fiscali che riportino nuovamente i pazienti a curarsi presso i nostri studi.

La CAO neoeletta dovrà definire il nuovo Albo degli odontoiatri secondo la Legge Lorenzin. Come porterete avanti il processo di riforme appena iniziato?

Negli ultimi anni, se non decenni, alla nostra professione è mancato un confronto con la classe politica che aiutasse a ridefinire e valorizzare il nostro ruolo. Per molto tempo abbiamo subito passivamente le regole che limitavano e penalizzavano la nostra professione (come non citare il recente DDL Concorrenza) piuttosto che promuoverne e scriverne di nuove.

Da oggi si è aperta l'epoca di una nuova CAO costituente: garantiremo un impegno massimo nella stesura dei Decreti Attuativi della Legge Lorenzin, di concerto con il Ministero della Salute e con la Componente Medica, individuando nuove regole che portino a una fase di rinnovo generazionale e a un equilibrio di genere, con grande attenzione ai giovani neo laureati e a una maggiore trasparenza.

A mio avviso sarà altresì indispensabile riscrivere e riformare la legge istitutiva della nostra professione (Legge n. 409/1985), così cambiata negli ultimi anni, ridefinendo e ampliando il campo di intervento degli odontoiatri.

Come vede il futuro rapporto CAO/FNOMCeO?

Il rapporto con l'attuale gruppo dirigente della FNOMCeO è partito nel migliore dei modi, eleggendo all'unanimità sia il presidente Anelli che il Tesoriere D'Agostino, un odontoiatra.

Ma l'attuale rapporto di reciproca stima andrà corroborato giorno per giorno, con un dialogo continuo, confrontandoci e discutendo su quali siano le scelte migliori per la professione medico-odontoiatrica. Abbiamo davanti un duro lavoro, ma anche la fiducia di poter raggiungere, insieme, importanti risultati.

Dental Tribune Italia

Filippo Anelli nuovo presidente Fnomceo "per una ritrovata dignità del medico"

È stato eletto all'unanimità (a parte la sua scheda lasciata bianca come da galateo) dal Comitato Centrale il nuovo presidente della Fnomceo, Filippo Anelli*, che presiede l'Ordine dei Medici di Bari. Vittoria annunciata vista anche la percentuale di preferenze – ben l'84,4% – ricevute da parte dei 106 presidenti d'Ordine «Il nostro mandato comincia nel segno della partecipazione e dell'unità – ha dichiarato Anelli in un comunicato, dopo la sua nomina –. Partecipazione e unità di intenti che hanno come obiettivo ultimo la riconquista, per il medico, di una dignità e di un ruolo sociale e politico nel senso più elevato del termine, a garanzia della professione e del diritto, costituzionalmente protetto, alla tutela della salute». Vicepresidente è stato nominato Giovanni Leoni, presidente dell'Ordine di Venezia, Segretario Roberto Monaco (Siena), Tesoriere Gianluigi D'Agostino, presidente Commissione Albo Odontoiatri di Torino. I componenti il Collegio dei Revisori dei Conti sono Ezio Casale, Presidente, Francesco Alberti, Anna Maria Ferrari e Giovanni Pietro Ianniello (supplente). Il nuovo Comitato Centrale resterà in carica sino alla fine del 2020.

Filippo Anelli, a sinistra.

** Nato il 15 aprile 1957 a Noicattaro (BA), 61 anni, è dal 2012 il presidente dell'Ordine dei Medici di Bari. Specialista in Reumatologia e Farmacologia Clinica affianca all'attività di medico di Medicina Generale che svolge a Noicattaro (BA) dal 1987, quella di docenza a corsi, convegni, congressi. Dal 2014 è Direttore Scientifico del Corso di Alta Formazione in "Strumenti per la ricerca e management in Medicina Generale" all'Università Lum Jean Monnet di Casamassima (BA) e dal 2016 è Vice Segretario Nazionale FIMMG. Autore di numerose pubblicazioni e volumi, dirige il "Notiziario", Rivista dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bari.*

Dental Tribune Italia

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830
CLINICAL EDITORS
Magda Wojtkiewicz; Nathalie Schüller
EDITOR - Yvonne Bachmann
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
MANAGING EDITOR & HEAD OF DTI COMMUNICATION SERVICES
Marc Chalupsky
COPY EDITORS - Sabrina Raaff, Ann-Katrin Paulick

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek
PROJECT MANAGER ONLINE - Tom Carvalho
JUNIOR PROJECT MANAGER ONLINE - Hannes Kuschick
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION DIRECTOR TRIBUNE CME - Christiane Ferret
EVENT SERVICES/PROJECT MANAGER TRIBUNE CME & CROIXTURE
Sarah Schubert
MARKETING SERVICES - Nadine Dehmel
SALES SERVICES - Nicole Andrä
TEAM ASSISTANT EVENT & MARKETING - Julia Maciejek
ACCOUNTING SERVICES
Anja Maywald; Karen Hamatschek; Manuela Hunger
MEDIA SALES MANAGERS - Antje Kahnt (International); Barbora Solarova (Eastern Europe); Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

©2018, 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 GMBH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
c/o Yonto Risio Communications Ltd.
Room 1406, Rightful Centre
12 Tak Hing Street, Jordan, Kowloon, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 718

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XIV Numero 2, Febbraio 2018

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. Agnone, E. Amerio, L. Asti, R. Calvi, G. Campisi, V. Carbone, R. Cefalà, A. Del Vecchio, M. Garrone, M. Maggioni, G. Palaia, V. Partipilo, N. Perrini, G. Perrotti, M. Quaranta, U. Romeo, E. Ruga, S. Russo, S. Stefanelli, G. Tenore, T. Testori, D. Toscano, M. Turan.
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Cordinamento: Adamo Buonerba
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
GRAFICA -Tueor Servizi
STAMPA
Del Gallo Editori DGE Green Printing srl
Via Tornitori 7 - 06049 Spoleto (PG) - IT
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.

Con il nuovo Regolamento europeo GDPR cittadini-pazienti "più garantiti"

Siamo ancora all'inizio dell'anno si spera che, il 2018 sia davvero l'Anno del Cittadino Utente in Europa. E che l'acronimo, GDPR (General Data Protection Regulation) che si riferisce al regolamento EU 679/2016 sulla protezione dei dati, serva per vederci come cittadini utenti o cittadini pazienti più garantiti.

Ovviamente quando si usa questo termine non si intende tanto sotto l'aspetto fisico, perché si direbbe che in Europa ci si può sentire abbastanza tali, ma "più garantiti" vuole dire essere in realtà tali sotto l'aspetto dell'utilizzo che viene effettuato dei nostri dati.

Sembra quasi, infatti, che noi e i dati che ci appartengono, siamo due entità diverse. Fisicamente come esseri umani abbiamo un valore, ma i nostri dati nella "data economy" dominante, valgono moneta sonante. Ebbene proprio qui è dove non si è ancora sufficientemente protetti.

Di qui un nuovo Regolamento, il GDPR, che per imprese e soggetti pubblici vedrà la piena applicazione il 25 maggio prossimo e che (cito integralmente) "introduce regole più chiare in materia di informativa e consenso, definisce i limiti del trattamento automatizzato dei dati personali, pone le basi per l'esercizio di nuovi diritti stabilendo criteri rigorosi per il trasferimento dei dati al di fuori dell'UE, per evitare casi di violazione dei dati personali".

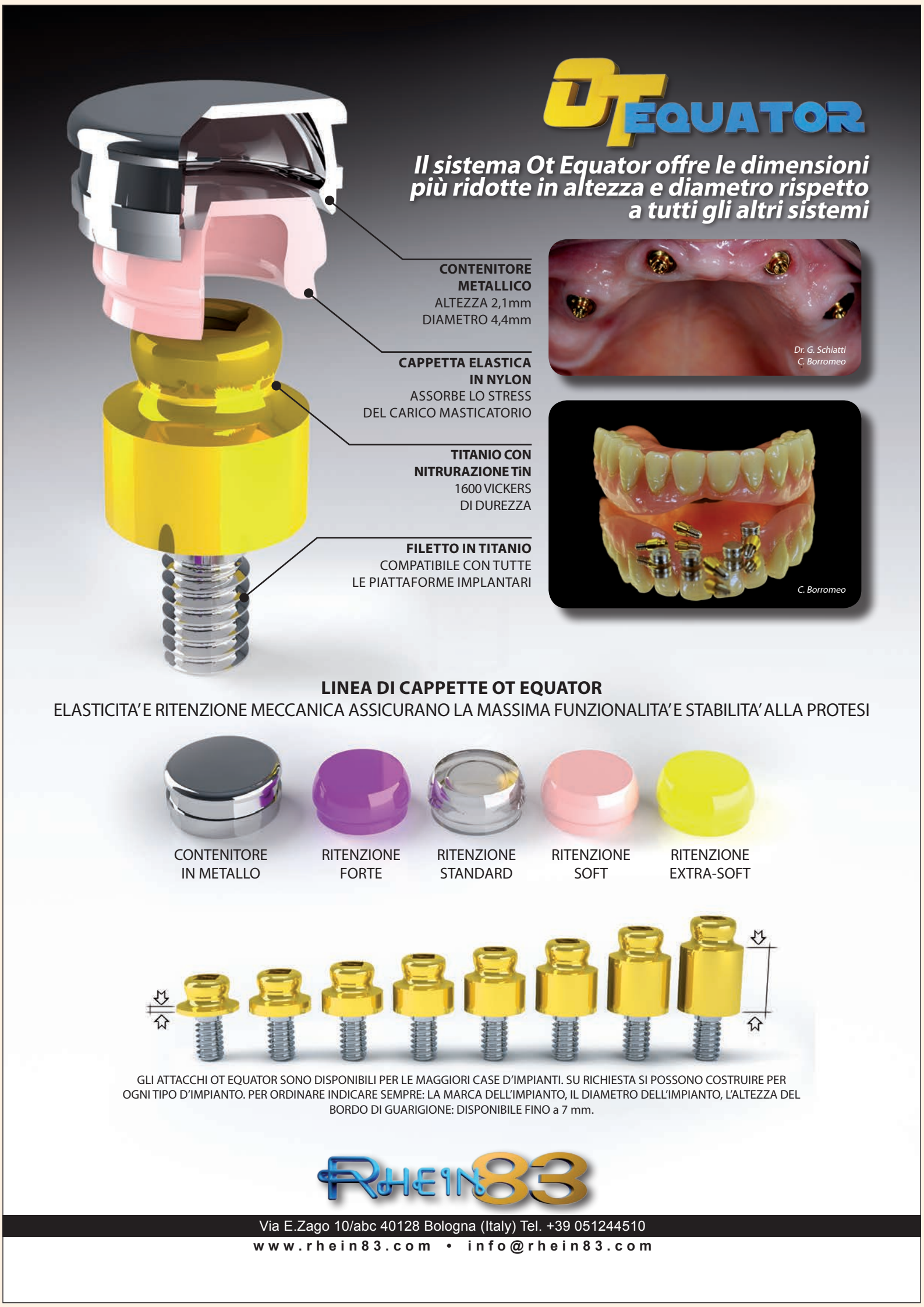
Tutto ciò significa più trasparenza riguardo al loro trattamento con un consenso preventivo, inequivocabilmente esplicitato. Non basta: gli interessati dovranno sapere se i loro dati saranno trasmessi al di fuori dall'Unione Europea.

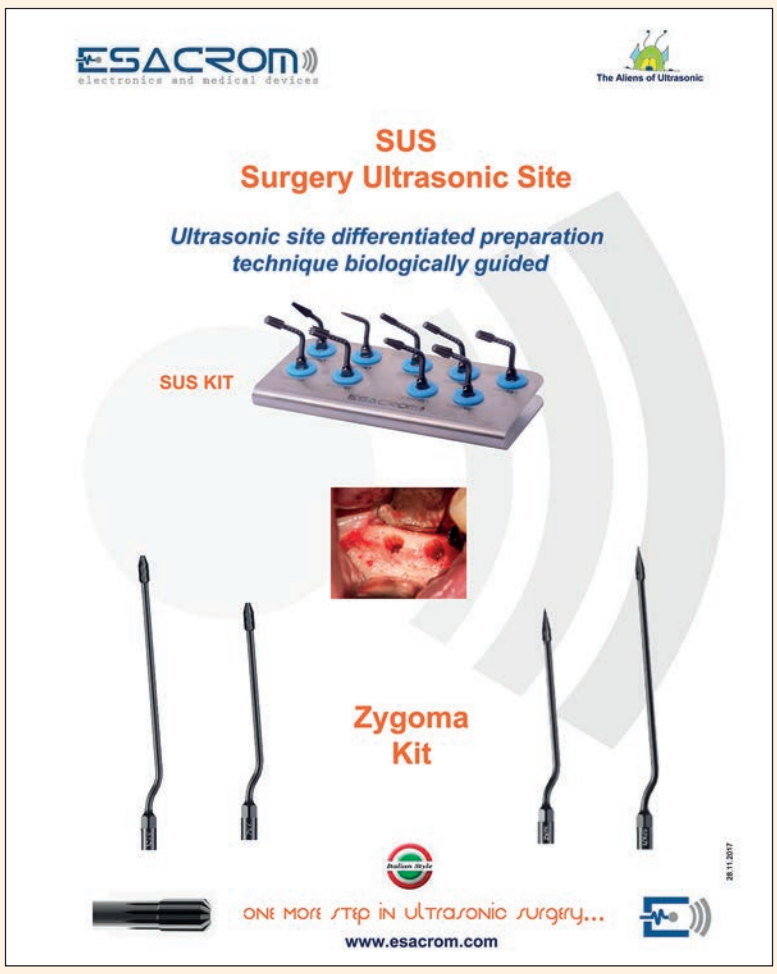
E qui la questione si fa interessante perché non credo che se oggi odontoiatra e odontotecnico mandano negli Stati Uniti i dati dei pazienti per far produrre mascherine per impianti o per ortodonzia e in Cina per produrre le protesi (con grave danno per i laboratori odontotecnici e per gli odontoiatri nostrani), domani sarà più difficile perché il paziente dovrà sapere se il Suo dato è stato spedito al di fuori della UE, fosse anche come semilavorati.

Tuttavia ogni medaglia ha il suo rovescio. Anche se il Regolamento conferma che i fondamenti di liceità del trattamento coincidono con quelli previsti dall'attuale codice sulla privacy, imprese e soggetti pubblici devono verificare la rispondenza delle informative attualmente in uso ai criteri imposti dal nuovo Regolamento, con particolare riferimento ai contenuti obbligatori ed alle modalità di redazione.

Tutto questo dovrà avvenire prima del 25 maggio. Ossia, anche se non sembra, praticamente... domani.

Maurizio Quaranta





DDL Lorenzin: inasprimento e nuove pene per i "professionisti" del settore sanitario

Il 22 dicembre 2017 è stato approvato in via definitiva il DDL Lorenzin, che prevede pene particolarmente gravose per coloro che esercitano le professioni sanitarie senza avere i titoli richiesti dalla legge. Tra le novità in area Sanità, spicca la modifica sostanziale all'art. 348 c.p. sull'esercizio abusivo della professione.

Tuttavia, la nuova disciplina è molto più che una versione "aggravata" della normativa precedente in materia di abusivismo nel settore sanitario, in quando introduce un regime sanzionatorio non solo più pesante, ma anche strutturalmente diverso.

Infatti, in precedenza coloro che venivano condannati per esercizio abusivo della professione (un caso su tutti l'odontotecnico) rischiavano al massimo sei mesi di reclusione, periodo che era riducibile in caso di attenuanti e riti premiali fino ad arrivare a poco più di due mesi. In alternativa si subiva una sanzione pecuniaria piuttosto modesta (da € 103,00 a € 516,00). In seguito al DDL Lorenzin al contrario, la pena minima prevista è di 6 mesi di reclusione, elevabile sino a 3 anni, mentre le multe – da applicarsi in via congiunta – sono salatissime, arrivando fino a € 50.000.

Come precedentemente sottolineato, il focus della nuova normativa non è tutto sull'inasprimento delle sanzioni già presenti. Infatti, il legislatore, preso atto del diffondersi incontrollato del fenomeno dell'abusivismo e delle possibili conseguenze per i pazienti, ha ritenuto di introdurre nuove tipologie di sanzioni.

Qualora il paziente subisse una lesione, o addirittura la morte, il "finto professionista" subirà pene tutt'altro che lievi, e commisurate alla gravità delle conseguenze. È prevista infatti la reclusione da 3 a 10 anni in caso di decesso, da 6 mesi a 2 anni in caso di lesioni gravi, e da 1 anno e 6 mesi di reclusione a 4 anni nel caso in cui il paziente abbia subito lesioni gravissime.

Per quanto riguarda i risvolti nel settore odontoiatrico, la legge Lorenzin prevede, oltre all'interdizione dall'attività da 1 a 3 anni, una sanzione penale che potrà consistere nella reclusione da 1 a 5 anni e multe da € 15.000 fino a € 75.000 per i dentisti che favoriscono l'esercizio abusivo della professione.

Ma non solo questo: dalla norma si evince come in caso di condanna sia prevista (senza che il Giudice possa disporre diversamente) la confisca dei "beni che servirono o furono destinati a commettere il reato", ad esempio la strumentazione clinico-diagnostica. Tra questi beni, si possono ritenere compresi anche gli immobili, vista anche la norma di raccordo introdotta nelle disposizioni di attuazione del c.p.p. (art. 86-ter) che prevede in caso di condanna o di patteggiamento, che la proprietà dei beni immobili confiscati sia trasferita al patrimonio del Comune per finalità sociali o assistenziali. Di conseguenza, non vi è più la possibilità di restituzione dei beni oggetto di apprensione, come accadeva prima del DDL Lorenzin.

In seguito alla nuova disciplina, difatti, qualora si subisca una condanna, si dovrà far fronte a una vera e propria perdita dei beni professionali, avendo il legislatore introdotto per i beni destinati/utilizzati per la commissione del reato di esercizio abusivo della professione un'ipotesi di confisca obbligatoria (e non più facoltativa, come previsto dalla norma generale di cui all'art. 240 c.p.).

Di certo, le varie misure sanzionatorie messe in atto avranno un maggiore potere dissuasivo. Infatti non viene colpito solo il singolo, ma anche lo studio professionale e quei professionisti che sino ad oggi avevano chiuso un occhio, o perfino favorito i propri collaboratori non abilitati che esercitavano una professione sanitaria senza avere le adeguate competenze/requisiti di legge, mettendo così in pericolo la salute dei pazienti.

Resta ancora da vedere l'impatto che avrà il DDL Lorenzin sul settore sanitario; certamente per ora si può dire che le aule dei tribunali saranno più affollate.

Avv Silvia Stefanelli, Avv. Laura Asti

Con la Legge Gelli Bianco cambia (in parte) la figura del CTU

Del Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) abbiamo già parlato. Oggi cercheremo di definirne gli "aggiornamenti" che lo riguardano, previsti dalla recente Legge Gelli/Bianco 24/2017.

Il danno alla salute viene considerato tale unicamente se accertabile dal punto di vista medico-legale. Ecco allora il Giudice ricorrere a un consulente (cd. CTU) per una consulenza, considerata in giudizio come prova regina dell'esistenza del danno. In linea di principio, non sarebbe tale, bensì uno strumento a disposizione del Giudice per vagliare sotto il profilo scientifico/tecnico elementi di fatto già acquisiti (consulenza deducente). Può però trasformarsi in elemento di piena prova quando rappresenta l'unica possibilità per la parte di dimostrare le proprie pretese (consulenza percipiente).

Il Giudice può però anche decidere di affrontare personalmente le questioni mediche e medico-legali a lui sottoposte, possedendo la qualifica di Peritusperitorum (perito dei periti) senza quindi affidarsi al CTU. È evidente che nella pratica comune non ritiene mai di valutare le questioni tecniche "sua sponte" preferendo affidarsi al consulente di fiducia traendo conseguentemente il proprio convincimento dagli elementi e considerazioni della relazione peritale.

L'art. 61, comma 2, del codice di procedura civile (c.p.c.) stabilisce che la scelta del consulente tecnico e quindi del medico legale, deve essere fatta "normalmente" tra le persone iscritte negli Albi di competenza. La Cassazione tuttavia, facendo leva sull'avverbio "normalmente" ha sempre ritenuto tali norme non cogenti (non obbligatorie). Pertanto la loro violazione non produce nullità.

Regole speciali sono dettate per l'accertamento del danno alla persona per colpa medica. Già l'art. 3, comma 5, del DL 13/9/2012 n. 158, aveva prescritto che nei giudizi aventi per oggetto la responsabilità sanitaria il consulente venisse scelto tra gli specialisti "tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento".

Tale norma deve tuttavia ritenersi abrogata dall'art. 15, della Legge Gelli Bianco che ha introdotto l'obbligo del giudice di nominare sempre, nei giudizi di responsabilità sanitaria, un collegio di (almeno) due consulenti: un medico legale e uno specialista clinico "con specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento". Di fatto, salvo drastiche inversioni d'opinione della Cassazione, norme di questo tipo hanno tuttavia valore puramente esortativo.

Secondo il giudice di legittimità, infatti, la scelta dell'ausiliario è riservata all'apprezzamento discrezionale del giudice, il quale può nominare qualunque persona che reputi provvista di competenza specifica in relazione all'oggetto della causa: scelta sottratta perfino al sindacato di legittimità della Cassazione.

Pertanto le norme che disciplinano la scelta del consulente tecnico costituiscono mere "direttive" finalizzate, da un lato, a facilitare la scelta che il giudice deve compiere, dall'altro a favorire un'equa ripartizione degli incarichi, senza costituire un limite al suo potere. La Suprema Corte è assolutamente ferma nell'interpretare in modo elastico le norme del codice che disciplinano la scelta del CTU (artt. 61 e 445 c.p.c; artt 22 e 146 disp. att.c.p.c).

Alla stregua di questa interpretazione il Giudice può quindi nominare chi crede e non è nemmeno necessario "che risulti specialista in medicina legale". Allo stato attuale quindi si possono in ambito odontoiatrico individuare sostanzialmente tre differenti figure:

- medico chirurgo specialista in medicina legale;
- medico chirurgo odontoiatra o specialista in odontostomatologia;
- laureato in odontoiatria

Qualora il giudice decida tuttavia di non nominare un collegio di (almeno) due consulenti come impone la nuova Legge si potrebbero creare incomprensioni interpretative per carenze dell'ausiliario nominato, che fornirebbero al Magistrato valutazioni incomplete inducendo una scorretta interpretazione delle risposte del CTU trasformandolo in tal caso in "occhiale offuscato del Giudice" e ingenerando, di fatto, nella pratica quotidiana, uno stato di confusione e di inutili contrapposizioni fra le parti e fra di esse e lo stesso CTU.

Mario Turani, Direttivo SIOF

Gli igienisti dentali esultano: “Finalmente l’Albo c’è”

Anche se la strada per realizzarlo è ancora lunga

Il 2017 si è concluso in modo soddisfacente per gli Igienisti dentali italiani e per altre 21 professioni sanitarie: dopo anni di battaglie, ottengono finalmente l’Ordine e i relativi Albi, grazie all’approvazione del Disegno di Legge Lorenzin, divenuto Legge il 22 dicembre scorso. In questa prima parte riportiamo i commenti delle Associazioni di categoria, mentre in una seconda, di imminente pubblicazione, vengono raccolte le testimonianze di chi contribuì ad aprire la via all’attuale traguardo.

L’istituzione dell’Albo arriva da lontano: il 2 ottobre 1997 venne infatti pubblicata sul Sole 24 Ore l’approvazione in sede deliberante da parte della Commissione Igiene e Sanità del Senato del Ddl del Governo che istituiva Ordini e Albi per le professioni sanitarie riconosciute con DM Sanità, con un iter che doveva essere svolto parallelamente all’emanazione dei profili professionali e alla revisione degli ordinamenti didattici dei diplomi universitari.

Nella legge 43 del 2006 (relatrice la Sen. Rossana Boldi), pubblicata in Gazzetta Ufficiale l’aspetto relativo agli albi non ha visto la concretizzazione, date le continue proroghe per l’attuazione dei Decreti con una delega che il governo nel 2008 aveva fatto definitivamente cadere. Sono stati quindi necessari vent’anni e l’avvicendarsi di vari governi, prima che la legge sugli Ordini si materializzasse, un periodo durante il quale gli igienisti italiani non hanno mai smesso di lottare per la sua istituzione.

L’approvazione del disegno di legge sul riordino delle professioni al Capo II prevede all’art. 4 il “riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie” novellando così il d.lgs del Capo provvisorio dello Stato n. 233 del 1946 ai capi I, II e III e prescrivendo la costituzione tra gli altri Ordini, di quelli “dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione” cui potranno “finalmente” confluire anche tutte le professioni sanitarie attualmente sprovviste di Ordine (compresi gli igienisti dentali).

La nuova legge li classifica tra l’altro come “enti pubblici non economici” che agiscono quali enti sussidiari e non più ausiliari dello Stato, conferendo loro a pieno titolo una funzione amministrativa allocata al livello di governo più vicino ai cittadini.

Il commento dell’AIDI

«Il percorso è ancora in salita – commenta Antonella Abbinante, presidente AIDI – visto che il sistema ordinistico si troverà a gestire una ventina di albi professionali distinti. Il numero dei componenti del Direttivo dell’Ordine, indicato da un futuro DM, deve infatti garantire “un’adeguata rappresentanza di tutte le professioni che ne fanno parte”. Non sarà semplice – osserva la Abbinante – ma Ordine e Albo erano e sono necessari per dare dignità alle professioni, storicamente piagate dal fenomeno dell’abusivismo professionale, oltre alla legittima rappresentanza e visibilità politica nelle istituzioni. Un grande plauso va quindi a chi ha sempre creduto e lottato – continua la presidente – a partire da Antonio Bortone, Presidente del CONAPS (Coordinamento Nazionale delle Associazioni rappresentative delle Professioni Sanitarie ndr.) di cui AIDI e UNID fanno attivamente parte. Grande riconoscenza va inoltre ai Tecnici Sanitari di Radiologia Medica – osserva la Abbinante – che allargando il loro istituendo Ordine hanno accolto le nostre Professioni con Albo e ai Presidenti Nazionali degli ex Collegi delle professioni infermieristiche e ostetriche con cui si è fatto un gran lavoro di squadra fino all’ultimo secondo.

Non ultimo – osserva – la collaborazione tra AIDI e UNID nel CONAPS sancita col I° Congresso politico istituzionale tenutosi nella Sala Capitolare del Senato, il 24 marzo scorso a Roma, dove tra i vari temi vi era proprio l’istituzione di Albi e Ordini delle Professioni sanitarie. Ci sarà ancora tanta strada da percorrere – conclude la Presidente – ma col sostegno di tutti i colleghi alle associazioni rappresentative degli igienisti dentali, ora più che mai vitale, si riusciranno a raggiungere tutti gli obiettivi indispensabili a garantire un futuro professionale al passo coi tempi».

Il commento dell’UNID

«Il sogno per le 22 professioni sanitarie di poter avere un albo appartenendo ad un Ordine professionale è finalmente diventato realtà» esclama a sua volta Maurizio Luperini, presidente UNID.«Albo e Ordine da tempo erano auspicabili per la tutela dei cittadini i quali adesso potranno avere a disposizione una lista di igienisti dentali abilitati alla professione contro l’abusivismo dilagante e per un giusto riconoscimento politico e istituzionale della professione».

«UNID e AIDI, associazioni rappresentative del Ministero della Salute, da sempre – continua Luperini – si sono battute per il conseguimento dell’albo. Tante le riunioni a cui abbiamo partecipato col CONAPS sin dalla sua costituzione – dice Luperini – e rinnoviamo il nostro ringraziamento al Presidente CONAPS Bortone per aver contribuito a portare a termine un percorso avviato oltre dieci anni fa senza aver mai avuto attuazione. Anzi tra ripetute deleghe e governi passati nel 2008 lo si era addirittura abbandonato».

«Ma al primo Congresso politico UNID AIDI anche gli onorevoli intervenuti avevano sottolineato l’importanza dell’Albo e l’appartenenza ad un Ordine. Dobbiamo infine ringraziare anche il Ministro della Salute per aver con serietà e determinazione reso possibile, seppur a fine mandato l’approvazione del DDL. In qualità di Presidente Nazionale dell’UNID – conclude Luperini – non posso che definirla una grande conquista per i professionisti dell’igiene dentale che da troppi anni attraverso un Albo attendevano definitivo riconoscimento, valore e regolamentazione al proprio ruolo».

Il commento di IDEA

«Uno spartiacque tra un passato di lotte e lente conquiste – lo definisce Salvatore Solomita, Coordinatore nazionale IDEA – ed un futuro di riconoscimento professionale e giuridico auspicato da sempre. Ma quale futuro? Quali cambiamenti reali? Una considerazione a parte – dice Solomita – va a quel 40% circa di Igienisti dentali mai iscritto a nessuna associazione, che non ha mai partecipato ad eventi scientifici e mai fatto l’Ecm». «Come si comporteranno con l’Ordine e ‘Albo? – si chiede –. Occorrerà lavorare per farli diventare un momento di crescita e perché il nostro ruolo sia sempre più considerato».

A questo proposto il 3 febbraio è stata indetta una Tavola rotonda a Milano con invito alle Associazioni degli igienisti, degli odontoiatri e alle università per parlare del Decreto e dei rapporti tra l’igienista dentale italiano e l’Europa.

Dental Tribune Italia

Voci dalla "Grande Marcia" degli igienisti dentali verso un obiettivo perseguito da oltre 20 anni

Nella ultraventennale marcia di avvicinamento all'Albo, spiccano alcune "figure storiche" di igienisti di cui abbiamo raccolto la testimonianza, particolarmente qualificata.

Gianna Maria Nardi: "Comunque vada... sarà un successo"

Dal 1978, anno dell'istituzione del 1° corso universitario, la strada della professione è stata tutta in salita. Ma grazie alla perseveranza e direi all'"impegno pasionario", molte università erogano oggi un titolo che mette in condizione di lavorare, cosa non facile per tanti giovani in altri ambiti.

Non bisogna tuttavia celebrare solo i successi, ma osservare con spirito critico difficoltà e limiti indotti da vizi comportamentali di molti che piuttosto che remare tutti in una stessa direzione, sprecano energie nella ricerca di consensi per quanto si è ottenuto sinora. Energie che invece occorrerebbe profondere per essere, a pieno titolo protagonisti di vita professionale del comparto odontoiatrico, nel rispetto e sostegno di tutti.

Dopo un primo momento di giusta euforia, l'Albo crea, come tutto ciò che è nuovo, sconcerto e diffidenza, quella stessa che si prova verso ciò che non si conosce. Tutti siamo chiamati all'impegno per continuare a scrivere la storia della professione. Non solo chi ci rappresenta portando le nostre istanze nelle competenti sedi, ma anche chi svolge la professione negli studi, università, negli eventi congressuali, nei corsi e sui social.

Solo consapevoli che in ogni comportamento ciascuno ha la responsabilità di rappresentare tutta la categoria, si potrà dare forza alla professione e alle istanze che daranno agli igienisti la meritata dignità. Non serve lo scontro, ma il confronto costruttivo tra colleghi e l'ascolto attento di giuste riflessioni, linfa vitale per il superamento di ostacoli. L'Albo tutelerà soprattutto il cittadino e sicuramente imporrà agli igienisti oneri diversi, ma darà anche una coscienza diversa di come vivere la professione verso la società.

Allorché cominciai con 12 colleghe, provai molti momenti di disorientamento, privi com'eravamo di certezze sul nostro futuro. Oggi siam molti di più, siamo più preparati e quindi lavorando insieme con professionalità, elegante dignità di ruolo e rispetto dell'impegno e della nostra storia, mi sento di dire "Comunque vada... sarà un successo".

Marialice Boldi: " Finalmente ci si potrà contare"

Dopo l'approvazione della legge 42/99, si comincia davvero a parlare di Ordini per le professioni sanitarie non mediche a partire dal 2002 con atto del Senato 1645 di iniziativa parlamentare, presentato dal Sen. Tomassini, Presidente della 12 commissione igiene e sanità del Senato.

Foto: Gianna Maria Nardi, Marialice Boldi, Irene Riccitelli, Anna Maria Genovesi.

Si deve però arrivare al 2006 perché veda la luce la legge 43, relatori al Senato la Senatrice Rossana Boldi e Leopoldo Di Girolamo e alla Camera l'On. Lucchese.

Essendo stata Vice Presidente dell'AIDI dal 2003 al 2006 e poi Presidente sino al 2015, posso dire di aver vissuto in prima persona tutto il tormentato iter legislativo che ha portato all'approvazione del ddl Lorenzin. La 43 infatti era una legge delega approvata in extremis alla fine della XIV legislatura e durante la XV il Ministro Livia Turco nonostante le proroghe, non riuscì a far rispettare i termini per rendere pienamente operativa la legge.

Caduto il Governo Prodi e la XV legislatura, nella XVI viene presentato (ottobre 2008) il Ddl 1342 a firma dei Senatori Boldi, Rizzi, Vicari, ma ancora una volta finisce la legislatura con un nulla di fatto. La politica, sollecitata dalle Associazioni professionali riconosciute e riunite nel CONAPS e dai Collegi professionali già esistenti, mostra nuovamente il suo interesse a un provvedimento tanto atteso e arriviamo quindi al ddl Lorenzin che, solo ad un passo dalla fine della legislatura, diventa finalmente legge!

Ma possiamo considerare l'iter terminato? Possiamo davvero dire che le professioni hanno Ordini e Albi? Purtroppo no, perché anche questa volta si tratta di una legge delega che necessita di decreti attuativi. Come tale, quindi, temo incappi nell'ingorgo elettorale e che i 90 giorni previsti per l'emanazione dei DM che istituiscono i singoli albi subisca una proroga... ma a quando? Verranno rispettati i 60 giorni per l'emanazione del DM che stabilisce le regole per l'elezione dei vari organi?

Detto ciò vengo a quel che trovo positivo nella legge. Contrariamente a quanto in molti pensano, la tutela ordinistica non è fatta solo per i professionisti: quando si parla di salute, infatti, bene/diritto sancito dalla Costituzione, occorre garantire un livello di professionalità alto che non può prescindere da un organo di tutela quale è appunto l'Ordine. L'obbligo di iscrizione, quindi, garantirà il possesso dei titoli di studio e finalmente ci si potrà "contare" così da poter efficacemente programmare i fabbisogni territoriali nelle Università e anche l'attivazione e distribuzione dei corsi di formazione ai fini dell'aggiornamento professionale, obbligatorio per legge ma deontologicamente indispensabile per mantenere alta la qualità del servizio.

Plaudo inoltre all'inasprimento delle pene per l'esercizio abusivo di professione, piaga che penalizza pesantemente gli Igienisti dentali. Oltre a ciò auspico un chiarimento circa il complesso e articolato discorso della definizione delle competenze professionali e il riconoscimento del ruolo autonomo dell'Igienista dentale. Infatti, pur nel rispetto dell'"Indicazione" degli odontoiatri e della loro titolarità della diagnosi medica, auspico che gli venga pienamente riconosciuto l'importante ruolo svolto nella prevenzione delle patologie orali e della loro terapia. E la speranza è che entri a far parte stabilmente degli organici del SSN con sicuro beneficio per la salute dei cittadini e a costi sicuramente sostenibili.

Irene Riccitelli: "Emozione di un risultato tanto atteso"

Il riconoscimento dell'Albo degli Igienisti dentali è stato una costante sin dal 1993, hanno in cui assunsi la Presidenza dell'AIDI. Dopo lunghe "battaglie", insieme a Gianna Maria Nardi e con l'aiuto appassionato del Direttivo e dei membri dell'Associazione, ottenemmo quasi tutti i nostri obiettivi: il riconoscimento giuridico; l'abolizione del mansionario, il passaggio da "Arti sanitarie a professioni sanitarie"; l'autonomia professionale.

Ed ancora: il passaggio alla laurea, il riconoscimento dei titoli pregressi, l'abolizione dell'Iva. Quando lasciai, come Presidente nel 2003, ci rimaneva solo "l'obiettivo Albo" da

› pagina 7

Un igienista dentale del terzo millennio tra passato, presente e futuro

La recente istituzione dell'Albo degli igienisti ha fatto scaturire in molti l'impulso del "come eravamo". Pubblichiamo oggi un ricordo approfondito di un professionista di successo dell'igienistica dentale che spinge molto lontano lo sguardo verso la "professione che sarà".

Passato

Ricordo che quando fu istituito il Diploma universitario in Igiene Dentale, fine anni '80, la figura professionale che ne emergeva era considerata dai più, ed in primis dagli "addetti ai lavori", una cosa del tutto inutile che sarebbe servita più che altro a creare dei futuri assistenti odontoiatrici con qualche nozione scientifica maggiore. Nessuna considerazione, spesso umiliati in quanto additati come "abusivi" (senza capire bene di cosa), non ci potevamo chiamare "dottori". Anzi, quando ti presentavi a qualcuno e questo ti diceva "ma allora sei diventato dottore in Igiene dentale" sgranavamo gli occhi ed urlavamo "No, non mi chiami così, non lo sono" come se fossimo degli appestati. Quando vinsi il concorso per accedere agli studi al Fatebenefratelli di Roma (1991) ero già un odontotecnico titolare di laboratorio aperto subito dopo il diploma, nel 1983. Laboratorio tra l'altro molto quotato. Infatti i miei ex soci sono considerati tra i più brillanti odontotecnici in circolazione. Tutti mi dicevano «Cosa ci vai a fare, è una perdita di tempo e di soldi, non avrà mai futuro». Ma io non mi arresi, testardo come sono e amante delle sfide, intrapresi gli studi. Lavoravo a "marce ridotte" perdendo guadagni, studiavo la notte e finalmente nel 1994 conseguii il diploma universitario con il massimo dei voti. Il mio tirocinio?

Tre anni al reparto di Gnatologia diretto da Mario Martignoni, considerato ancor oggi un'icona mondiale dell'odontoiatria. In seguito, appena se ne presentò l'occasione, mi iscrissi e frequentai il primo corso istituito all'Università degli studi di Roma "Tor Vergata" per la conversione del Diploma universitario in Laurea di I livello ed alla tesi fui valutato con un bel 110 con lode.

Oggi con il crescere del concetto di prevenzione unita con le moderne tecniche di conservativa odontoiatrica, molti dei miei ex colleghi odontotecnici che non hanno scommesso sul radicale e profondo cambiamento dell'odontoiatria hanno dovuto, purtroppo, chiudere il laboratorio oppure accorparsi tra loro poiché il numero di protesi dentali oggi, è spesso insufficiente per il mantenimento dei costi di gestione della propria attività (segno che si previene di più e si estraggono meno denti).

Presente

Sull'esperienza passata e sicuramente per mantenere fede ad uno dei miei motti «Chi si ferma negli aggiornamenti è perduto» appena venni a conoscenza dell'esistenza della Laurea magistrale di II livello in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche ed Assistenziali alla Sapienza non mi lasciai sfuggire questa occasione iscrivendomi immediatamente al relativo concorso di accesso agli studi.

Avevo oramai superato i 40 anni, avevo la mia bella realtà lavorativa, il mio cervello aveva perso "l'elasticità" tipica del 20enne necessaria per gli studi, i miei impegni famigliari cambiati, etc., ma dissi a me stesso «Proviamoci. Mal che vada farò sempre in tempo a ripensarci!».

Vinsi il concorso, intrapresi gli studi e con grossi sacrifici nel 2009 conseguii quest'altro prestigioso traguardo. Siccome "l'appetito vien mangiando" al termine della laurea Magistrale mi iscrissi al Master di I livello della Sapienza in Tecnologie Avanzate nelle Scienze di Igiene Orale (egregiamente "capitanato" da Gianna Maria Nardi) che mi ha consentito di venire a conoscenza delle moderne tecniche cliniche della nostra professione. Nel frattempo vinsi il concorso come strutturato presso il reparto di Igiene dentale di patologia speciale del Policlinico di Tor Vergata dove fui anche docente per diversi anni all'omonima università.

A tutt'oggi, grazie al mio excursus professionale nonché al mio percorso formativo, sono passato da discente a docente di laser terapie e protocolli di prevenzione odontoiatrica in quel Master. Lo dico con una punta di orgoglio, anche e soprattutto in rappresentanza della mia categoria a dimostrazione che il sacrificio, l'abnegazione e il continuo aggiornamento alla lunga ripagano.

Futuro

Come vedo il futuro? Oramai tutta la Medicina verte sulla prevenzione. Anche a livello di Sanità Pubblica da anni si sono resi conto che un non malato fa risparmiare tanti soldi allo Stato rispetto al doverlo curare. E quindi? Secondo il mio punto di vista in un futuro non così lontano anche a livello pubblico apriranno sempre più reparti di Igiene dentale poiché "Prevenire è meglio che curare, non fa soffrire e fa molto risparmiare" anche in un'ottica di salute generale del corpo (visto che tutto entra dalla bocca, anche il cibo...) non solo quindi della cavità orale.

Oramai la ricerca scientifica ci fornisce quotidianamente correlazioni tra malattie croniche orali, quali la parodontite, e malattie cardiache, renali, diabete, etc. Quindi, se anche questa volta il mio sesto senso non mi inganna, il Dottore in Igiene Dentale, preparato e continuamente aggiornato, farà la differenza per il raggiungimento di questi nuovi obiettivi che l'odontoiatria moderna mondiale si è prefigurata.

Magari noi "diversamente giovani" non usufruiremo in pieno di questo cambiamento epocale già in atto, ma i giovani colleghi sicuramente. Mi auguro che queste mie parole e ottimismo riescano a infondere alle "giovani leve" del nostro settore una visione rosea del futuro ma più che altro un "vero e proprio orgoglio professionale" senza continuare a sentirsi, come spesso accade, operatori odontoiatrici di serie B. Il mio consiglio? Non fermarsi mai e credere sempre in ciò che si fa. Prima o poi il proprio momento arriva per tutti, basta essere pronti, coglierne i segnali e non lasciarselo sfuggire.

Salvatore Russo

‹ pagina 6

raggiungere: ci sfuggiva ogni volta, per la caduta del Governo.

Detto questo si può quindi immaginare l'emozione con cui, tutti noi, dai past President a coloro che si sono succeduti e la soddisfazione del risultato finale. Il riconoscimento istituzionale permetterà di proseguire il lavoro con maggior determinazione e pari dignità professionali, nel rispetto dei ruoli.

Potremo contrastare l'abusivismo, con mezzi giuridici più numerosi, avere una copertura previdenziale adeguata, un codice deontologico in linea con l'Ordine di appartenenza, etc.. Adesso ci aspettano nuovi obiettivi per nuove competenze per consentirci di svolgere la nostra professione al servizio del paziente, con ulteriore possibilità di scelta. Un grazie di cuore a tutti coloro che hanno contribuito a questo risultato!

Anna Maria Genovesi: "Onori e oneri di un Albo professionale"

Un momento di gioia e uno stimolo a ricordare che la creazione di un Albo all'interno di un Ordine, contiene in sé onori e oneri. Certamente l'onore del riconoscimento di una professionalità costruita e affermata nel tempo fino fare dell'Igienista dentale italiano una figura apprezzata nel mondo. Ma anche gli oneri dell'appartenenza a un'istituzione che non è a difesa corporativa della categoria, ma un Ente pubblico ausiliario dello Stato, la cui funzione consiste nel garantire al cittadino la competenza degli iscritti nonché la qualità e il decoro dell'esercizio professionale, prevenendo e reprimendo ogni comportamento dissonante. Una precisa competenza etica e disciplinare che, ne sono certa, contribuirà ad una ulteriore evoluzione e maturazione della categoria.

Dental Tribune Italia

Gestione multidisciplinare di paziente con agenesia

Giovanna Perrotti*, Tiziano Testori**

** Odontoiatra, libero professionista. Como.*
*** Prof. Responsabile del Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale, Clinica Odontoiatrica, Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano. Adjunct Clinical Associate Professor, Department of Periodontics and Oral Medicine, University of Michigan, School of Dentistry, Ann Arbor, Michigan 48109-1078.*

‹ pagina 1

Le terapie sono diverse pur mirando agli stessi obiettivi di funzione, estetica e stabilità. Si può passare dal non intervento nei casi di agenesia di 3' molari, alla chiusura ortodontica degli spazi nei casi con mancanza di premolari o incisivi laterali; oppure, sempre nelle ultime due evenienze, si può intervenire con una terapia ortodontica di apertura dello spazio al fine di effettuare una riabilitazione protesica di tipo Maryland o fissa su denti naturali con cantilever, fino a soluzioni implanto-supportate. Si può anche, in ultima battuta, mantenere gli elementi decidui, quando presenti, per ragioni estetiche ma anche per mantenere funzione e sviluppo dei processi alveolari, per rimandare l'intervento di sostituzione protesica definitiva a fine crescita[4]. Infatti, sebbene in una "consensus conference" del 1989 si sia posto il limite minimo di età per inserimento implantare a 15 anni, è meglio valutare ogni caso singolarmente e nel complesso ritardare interventi implantari a crescita delle basi ossee ultimata.

Il caso specifico di agenesia del laterale superiore si manifesta clinicamente come area edentula o come anomalia di posizione e alterato numero di elementi dentari a livello del mascellare superiore con spazi occupati da elementi non coerenti con la sede, come un 1'elemento deciduo non esfoliato oppure un altro elemento permanente diverso dal laterale.

Nei soggetti con agenesia del laterale superiore l'armonia delle arcate va ripristinata il più presto possibile con una corretta gestione degli spazi per evitare che ai problemi estetici si aggiungano problemi funzionali[5].

È fondamentale sottolineare che qualsiasi sia la scelta terapeutica sarà un compromesso.

Non esiste una soluzione ideale e bisognerà personalizzare quanto più possibile la terapia sul paziente in funzione anche, e soprattutto, di tutti quei meccanismi di compenso che sono già stati messi in atto dalla natura.

L'approccio da intraprendere è fortemente influenzato dall'epoca di diagnosi in relazione all'età del paziente, dai rapporti scheletrici, dentali e derivanti dall'analisi estetica, oltre che dal tipo di agenesia (monolaterale o bilaterale). Fondamentale è la diagnosi precoce dell'agenesia, in quanto rende la terapia più agevole per il clinico, minimizzando le complicazioni fin dal principio, e offre un maggior ventaglio di opzioni terapeutiche.

Le specialità odontoiatriche chiamate in causa sono diverse a seconda della scelta, ma generalmente implicano la co-partecipazione di Ortodontista, Protesista, Chirurgo e Parodontologo.

Le alternative terapeutiche a disposizione sono principalmente due: perdita programmata dello spazio (chiusura), oppure recupero e mantenimento dello spazio (apertura).

Se il piano di trattamento suggerisce l'apertura degli spazi edentuli, la riabilitazione implantoprotesica rappresenta la soluzione ideale e più conservativa per sostituire gli elementi mancanti. I vantaggi sono rappresentati dal fatto che gli elementi contigui al sito edentulo restano inalterati, in più l'estetica finale risulta migliore, oltre ad essere una soluzione fissa e psicologicamente meglio accettata dal paziente. Gli svantaggi sono, però, che il posizionamento è possibile solo a fine crescita del paziente e sono necessari spessori minimi per il rispetto dei tessuti adiacenti[6].

Nei casi di agenesia di incisivo laterale mascellare la determinazione dello spazio necessario per il posizionamento dell'impianto e del restauro protesico è determinato dallo studio dell'elemento controlaterale. In alcuni casi, però, l'elemento può avere una forma conoide o può essere assente anch'esso congenitamente. In queste situazioni lo spazio da ricavare sarà determinato da una relazione estetica che sussiste tra l'incisivo centrale e l'incisivo laterale mascellare, chiamata "proporzione aurea": secondo questo metodo l'ampiezza mesio-distale degli elementi dentali osservati in visione frontale dovrebbe essere in un rapporto di 1:0,618, cioè se l'incisivo centrale misurasse 8 mm, allora l'incisivo laterale ideale dovrebbe misurare 0,618 di 8 mm, quindi 5 mm[7]. Bisogna, poi, considerare anche un ottenimento di spazio adeguato tra le radici degli elementi adiacenti. Il diametro richiesto per riabilitare un incisivo laterale mascellare è di circa 3 mm[8].

Caso clinico

Una ragazza di 20 anni si è presentata alla nostra attenzione con agenesia di elemento 22 ed elemento 12 con corona di conformazione conoide. Il sito edentulo in zona 22 si presenta riabilitato con una protesi tipo Maryland (Figg. 1, 2).

La paziente dal punto di vista medico generale non presentava controindicazioni al trattamento implantare. È stata valutata tramite un approccio multidisciplinare ortodontico e implantare, al fine di ottenere la migliore integrazione estetica e funzionale della riabilitazione. Dopo aver valutato le alternative terapeutiche, si è deciso per una riabilitazione di tipo protesico su supporto implantare per il sito 22 edentulo e veneer in ceramica per l'elemento 12. La paziente si presenta da noi a crescita scheletrica ultimata quindi è possibile procedere con la riabilitazione implantare. Se gli impianti venissero inseriti in fase di crescita, infatti l'osso alveolare circostante potrebbe continuare a svilupparsi verticalmente e ugualmente i denti adiacenti potrebbero continuare a erompere, creando una discrepanza poco estetica tra il margine gengivale dell'impianto, quello dei denti naturali e una infraocclusione dell'elemento dentale su impianto[9].

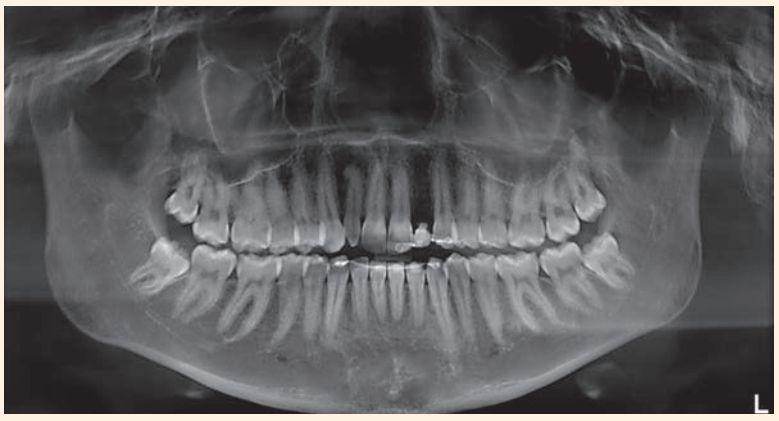


Fig. 1 - OPT delle arcate dentarie, si noti anomalia di forma elemento 12 e sito edentulo in sede 22.

Fig. 2 - Foto inziali del caso. Si noti la presenza di elemento 12 di conformazione conoide e agenesia di elemento 22 sostituito con protesi tipo Maryland.

Procedura ortodontica

Trattamento ortodontico impostato sulla base di criteri diagnostici: I classe molare e canina, apertura dello spazio per corretto posizionamento di impianto in sede 22 e veneer in sede 12, livellamento e allineamento arcate dentarie con corretti valori di overjet e overbite, fondamentali ai fini protesici. Il corretto overjet, come distanza anteroposteriore degli incisivi superiori con gli inferiori, è un fattore fondamentale ai fini riabilitativi, in quanto consente un corretto inserimento dei pilastri di guarigione, del moncone protesico e un idoneo spessore palatale della corona protesica. La paziente presentava una prima classe molare bilaterale, leggera asimmetria della linea mediana interincisiva e leggero open bite anteriore. Inoltre, non era presente uno spazio idoneo per l'alloggiamento di un impianto in sede 22 e per una veneer in sede 12.

È stata acquisita una CBCT di mascellare superiore e inferiore. Il trattamento di allineamento delle arcate è stato effettuato con la tecnica Invisalign (Fig. 3). Particolare attenzione è stata data al mantenimento di uno spazio adeguato per l'alloggiamento di un impianto in sede 22 e veneer in ceramica a livello di elemento 12. Per l'impianto è stato necessario ottenere ortodonticamente uno spazio in eccesso di 1.5 mm per lato, quindi da 7 a 8 mm da centrale a canino, comprendendo il diametro dell'impianto di 3 mm[10, 11]. Fondamentale per la riabilitazione protesica è poi non solo lo spazio coronale ma anche inter radicolare per l'alloggiamento dell'impianto[12].

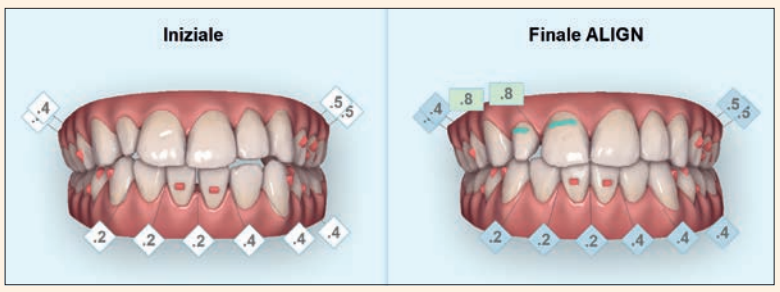


Fig. 3 - ClinCheck trattamanto Invisalign pre e post visioni frontale, si osservi la corretta gestione degli spazi in senso mesio-distale.

Con Invisalign è stato possibile, tramite prescrizione preventiva del trattamento, ottenere la corretta dimensione mesio-distale, secondo le Gold Proportions[7].

Procedura chirurgica

Prima dell'inizio dei lavori implantoprotesici e al termine del trattamento ortodontico della durata di circa un anno, è stato eseguito un condizionamento di tessuti molli nel sito edentulo tramite rifacimento della protesi tipo Maryland in sede 22. Utilizzando le sezioni CBCT e le ricostruzioni 3D è stata poi eseguita la progettazione virtuale del caso, simulando il posizionamento dell'impianto nel

› pagina 9

Fig. 4a - Rx endorale pre-operatoria sito edentulo sede 22. Misurazione dello spazio inter-radicolare per l'inserimento dell'impianto.

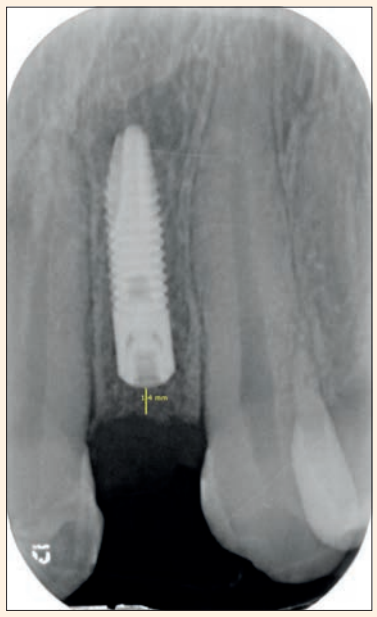


Fig. 4b - Rx endorale post-operatoria impianto sede 22.

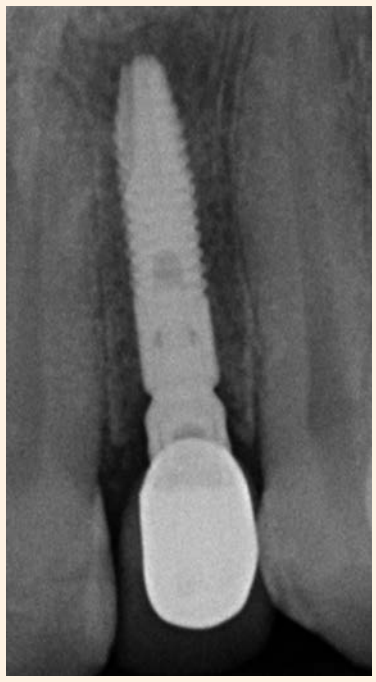


Fig. 6b - Controllo radiografico a un mese.

Fig. 7 - Controllo dei tessuti molli a 3 mesi, non è stato ancora riabilitato il conoide.

Fig. 8a - Caso concluso con veeners in ceramica a livello del 22.

‹ pagina 8

sito preparato ortodonticamente il cui alloggiamento ottimale è stato individuato come al centro del futuro elemento protesico[13].

Dopo l'esecuzione di un lembo di accesso a tutto spessore, si è proceduto alla preparazione del sito implantare. È stata eseguita una procedura di rigenerazione ossea in sede 22 con Bio-Oss 0.5 e Bio-Gide 25 x 25; è stato poi posizionato un impianto di 13 mm e diametro 3 mm, con particolare attenzione alla tridimensionalità mesio-distale, vestibolo-palatale e apico-coronale (Figg. 4a, 4b).

A sette mesi dalla prima fase chirurgica è stata effettuata la seconda fase chirurgica per il posizionamento della vite di guarigione.

Procedura protesica

A guarigione dei tessuti molli è stata rilevata l'impronta di posizione per la realizzazione dell'abutment definitivo e la costruzione dei provvisori, sia per la corona su impianto dell'elemento 22 sia la veneer dell'elemento 12. Eseguito un adeguato condizionamento dei tessuti molli, sono state poi posizionate a distanza di 10 mesi la corona definitiva a livello di elemento 22 in zirconia integrale a veneer in ceramica a livello di elemento 12 (Figg. 5-6c).

Conclusioni

Il risultato estetico è la risultante di una programmazione condivisa tra ortodontista, implantologo e protesista (Figg. 7-8b).

I mesi dedicati alla fase ortodontica sono stati fondamentali per l'ottenimento di spazi e rapporti occlusali ideali. Il software di elaborazione del progetto ortodontico si rivela un ausilio molto efficiente nel calcolo millimetrico degli spazi edentuli ai fini di creare corone dentarie simmetriche.

La mascherina viene utilizzata nella fase intermedia post-operatoria come supporto estetico coprendo l'area edentula.

La fase protesica finalizza il caso nel rispetto dei tessuti parodontali.

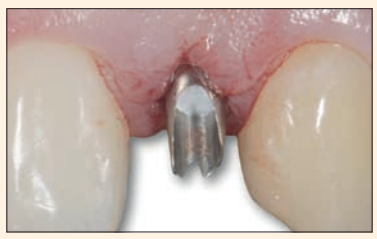
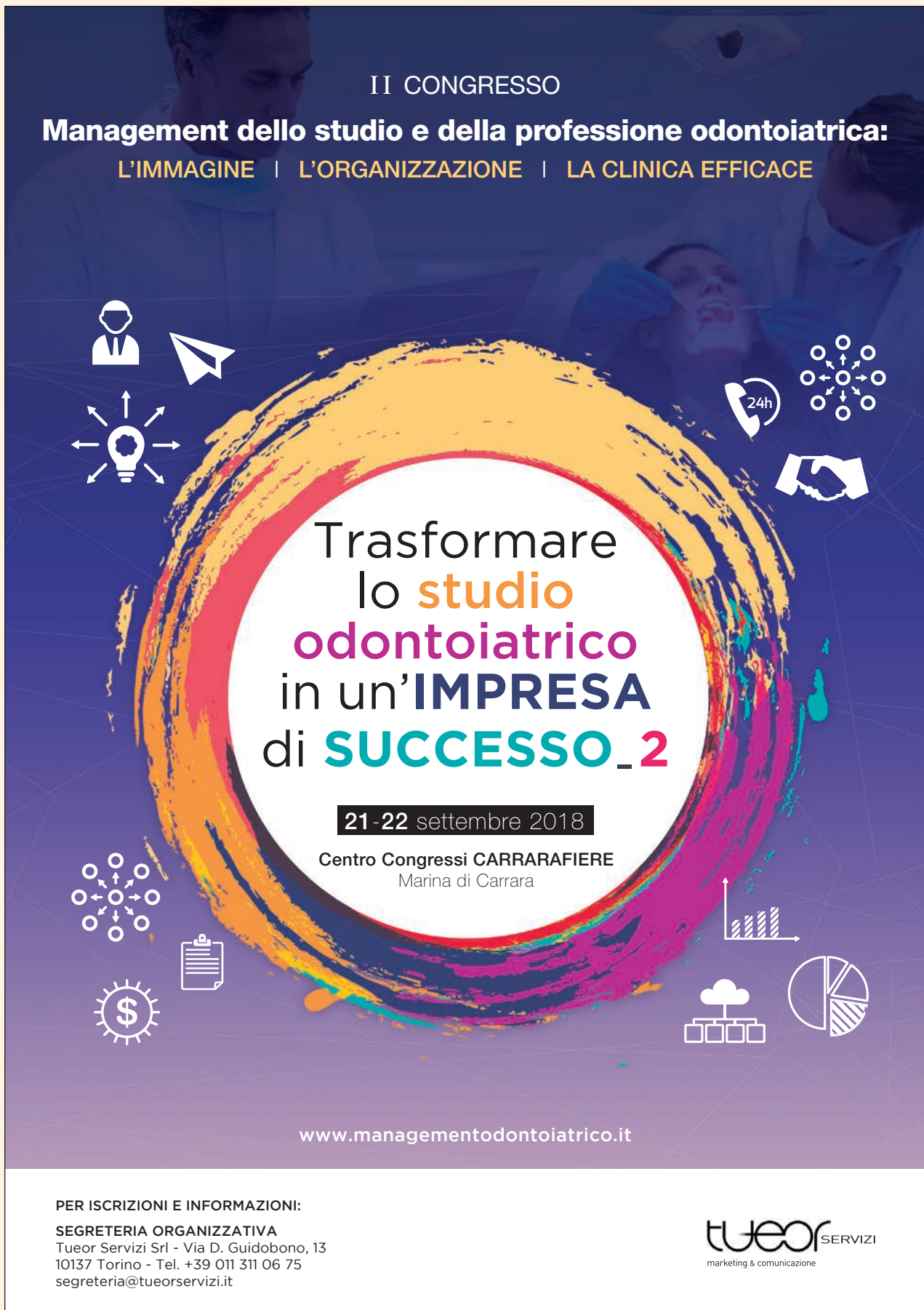


Fig. 5 - Moncone in posizione.

Fig. 6a - Corona cementata.

Fig. 6c - Controllo dei tessuti molli a un mese.

Fig. 8b - Occlusione finale della paziente (Protesi a cura del Dr. F. Scutellà).

bibliografia

1. Endosseus dental implants in orthodontic therapy. Schweizer CM, Schegel AK, Rudzki-Janson I. 61, 1996, Int Dent J, Vol. 46, p. 8.
2. The role of the orthodontist on the maxillary anterior implant team. Dialogue. 2, 1998, Am Assoc Orthod, Vol. 10.
3. Congenitally missing teeth (hypodontia): A review of the literature concerning the etiology, prevalence, risk factors, patterns and treatment. V, Rakhshan. 1, 2015, Dent Res J, Vol. 12, p. 1-13.
4. Hypodontia: A Team Approach ti Management. J.A., Hobkirk. 2011, Vol. 3.
5. Management of missing maxillary lateral incisors. D.D.S., Roy Sabri.1, 1999, J Am Dent Assoc, Vol. 130, p. 80-84.
6. Congenitally missing maxillary lateral incisors and orthodontic treatment considerations for the single tooth implant Richardson G, Russel KA. 25, 2001, J Can Dent Assoc, Vol. 67, p. 8.
7. The principles of visual perception and their application to dental esthetics. R, Lombardi. 358, 1973, J Prosthet Dent, Vol. 29.
8. Guidelines for managing the orthodontic-restorative patient. Kokich VG, Spear FM. 1997, Semin Orthod, Vol. 3, p. 320.
9. Interdisciplinary management of single-tooth implants. Spear F, Mathews D, Kolddh V. 1997, Semin Orthod, Vol. 3, p. 45.
10. The effect of inter-implant distance on the height of inter-implant bone crest. Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. 2000, J Periodontol, Vol. 71, p. 546-549.
11. Combined orthodontic and prosthetic therapy. Special considerations. Shroff B, Siegel SM, Felman S, Siegel SC. 911, 1996, Dent Clin North Am, Vol. 40, p. 43.
12. Maxlllary lateral incisor implants: planning with the aid of orthodontics. VG, Kokich. 2004, J Oral Maxillofac Surg, Vol. 62, p. 48-56.
13. Influence of the 3D Bone-to-Implant relationship on esthetics. Grunder U, Gracis S, Capelli M. 113, 2005, Int J Periodontics Restorative Dent, Vol. 25, p. 9.