LASER TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Settembre 2018 - anno XIV n. 9

www.dental-tribune.com

FORMAZIONE

L'odontoiatria nel paziente diabetico

Un simposio di relatori internazionali si darà appuntamento alla VI edizione del Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano, incentrata sulle implicazioni che ha il diabete sulle terapie odontoiatriche.

pagina 21

M. Cohen, CEO DentalPro: «Centri organizzati in sicura crescita previo forte legame paziente/medico»

Patrizia Biancucci

I centri DentalPro si trovano per la maggior parte nei centri commerciali, aperti 7 giorni su 7, con orari lunghi e flessibili. Ogni struttura è dotata di 4-5 riuniti, attrezzature radiologiche digitali come ortopantomografo e Tac, con circa 1.500 pazienti in terapia ha raggiunto un fatturato medio che oscilla tra 1 a 2 milioni di euro.

Controllato da un fondo di investimento tra i più grandi d'Europa – BC Partners – DentalPro è in realtà gestita dal team dei fondatori e da un management esperto guidato da Michel Cohen. BC Partners, operante in Italia da oltre 30 anni, ha di recente investito in Cigierre, principale catena italiana di ristoranti a tema e OVS, il più grande retailer nell'abbigliamento. Inoltre vanta una forte esperienza nel settore dell'Healthcare, avendo acquisito

› pagina 4

Aggiornamento ECM: riflessioni su come scegliere il percorso più idoneo

Giulio Del Mastro

Riflessioni ad alta voce di un professionista dinanzi ai vari modi di acquisire nella pratica l'indispensabile ECM.

Amo studiare, adoro leggere e considero l'aggiornamento un divertimento. Per questo, pur considerando la formazione continua un piacere più che un dovere, partecipai con entusiasmo agli esordi

› pagina 16

Analisi di settore UNIDI/ Keystone: «Export molto bene, domanda interna assai meno»

Dental Tribune

Raramente si trova un pubblico così selezionato ed attento, come quello che ha preso parte, nel pomeriggio di giovedì 28 all'NH Hotel di Milano 2, all'"Analisi di settore" realizzata da UNIDI in collaborazione con Keystone (Roberto Rosso) e a quella, non meno coinvolgente, curata dall'ADDE (Maurizio Quaranta) sull'andamento del mercato odontoiatrico ed odontotecnico in Europa nel 2017.

Al richiamo irresistibile dei due temi e dei rispettivi relatori, entrambi d'indiscussa attendibilità e prestigio hanno aderito sia ANDI, nella persona del neo presidente Carlo Ghirlanda, in una delle sue prime uscite ufficiali che AIO, con l'intervento del Segretario nazionale, Gaetano Memeo. Al termine delle relazioni, nel compiacersi dell'iniziativa UNIDI, hanno entrambi richiamato (in particolare Ghirlanda) i punti focali della loro azione sindacale.

› pagina 2

Creare una nuova figura professionale che risulti vincente nella sfida del terzo millennio

Luca Viganò

Considerazioni di un noto odontoiatra sui mutamenti cui è sottoposta la professione e quindi sul modo di essere dentista oggi.

Come è cambiato il mondo professionale e su come si deve mutare e non subire gli eventi. Questa proposta permette di costruire esperienze di successo in ambito odontoiatrico in modo semplice, non con ricette provenienti da mondi lontani, ma dalla valorizzazione della professione. Può apparire scontato far percepire al paziente che è in un ambiente medico, che ci si cura di lui e che una bocca in salute significa anche avere un corpo in salute. Ma se proposta con toni e temi corretti, questa scelta risulta vincente nella crescita dello studio e nella fidelizzazione dei pazienti.

› pagina 7

ATTUALITÀ

Medici e dentisti a salvaguardia dell'Uomo e dell'Ambiente dai danni dell'amalgama 5

NOTIZIE DALLE AZIENDE

Micerium acquisisce quote di maggioranza della Schütz Dental 14

LASER TRIBUNE

L'utilizzo del laser come strumento diagnostico pagina 9

Fai dei tuoi pazienti i tuoi primi fan:

Insieme possiamo farlo!

wh.com

W&H

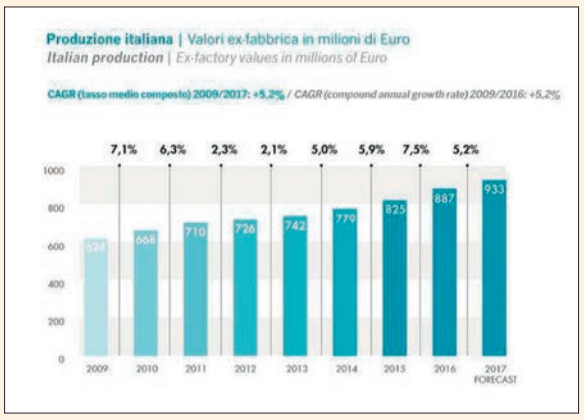
#patient2fan

Presentata l'analisi di settore UNIDI/Keystone: "Export molto bene, domanda interna assai meno"

‹ pagina 1

In prima fila, tra gli ospiti di rilievo, anche la presidente nazionale COI AIOG, Maria Grazia Cannarozzo, sempre presente agli eventi più significativi del dentale. Tutti hanno approfittato della circostanza per augurare buon lavoro a Gianna Pamich e ai suoi consiglieri, freschi di (ri)nomina per il biennio 2018/20 da parte dell'Assemblea generale.

Prima di entrare nel dettaglio dell'"Analisi" sul modello delle statistiche illustrate ad Expodental da Roberto Rosso, ricordiamo innanzitutto le motivazioni che spingono l'UNIDI a commissionare frequenti analisi di mercato. Obiettivo principale, spiega una nota, è «fornire ai propri associati un valido strumento in grado di consentire la conoscenza del settore attraverso una visione aggregata e focalizzata» consentendo in tal modo ad ognuno di pianificare il proprio sviluppo con maggior capacità analitica. L'altro obiettivo, per così dire "esterno" all'UNIDI, consiste nell'offrire alle Istituzioni una miglior conoscenza del mercato dentale, «essendo particolarmente importante – prosegue la nota – che attraverso dati e analisi del contesto evolutivo» dette Istituzioni «percepiscano l'entità delle imprese associate in termini di sviluppo di ricchezza di occupazione».



Entrando nel dettaglio della "survey" statistica compiuta da Keystone/Rosso, appare una nota dominante, ribadita peraltro con forza da Rosso, attraverso varie espressioni che portano tutte alla stessa conclusione: «il peso del mercato domestico sta crollando» ha detto senza mezzi termini il relatore, il che vale a dire (parole testuali) «Il vero problema è che la domanda interna non va», o ancora «I consumi non aumentano, il mercato non si evolve» e se ancora non bastasse la constatazione finale ed accorata di Rosso: «Non c'è domanda, non ci sono pazienti, come in altri Paesi, dove il mercato dentale è in crescita. In Italia, no».

In un comunicato diffuso congiuntamente da UNIDI e Keystone, si legge infatti che l'intervallo 2009-2017 rivela una domanda interna di fatto ferma, senza un vero sviluppo. Il sussulto verificatosi negli anni 2015-2016 «è dovuto al ritorno della popolazione alle cure odontoiatriche dopo la crisi dei due anni precedenti». Ma la nota dominante continua a rimanere una sola: la rinuncia al dentista. A questo proposito varrà un dato solo, ma significativo: «Il valore del mercato del 2017 è inferiore a quello ottenuto nel periodo 2008-2009». Le sole note di vivacità in una situazione in calo o stagnante provengono dai comparti collegati alle tecnologie digitali e ai dispositivi su misura. Stando all'Analisi «diversi grandi produttori in ambito implantologico, leghe preziose e ortodonzia, stanno trasformando il loro business da fabbricanti di prodotti a produttori di dispositivi medici su misura».

Se la domanda interna delude «il comparto produttivo italiano d'altro canto è un fiore all'occhiello del settore manifatturiero, registrando crescite, spesso a due cifre. Nel 2009 valeva poco più di 600 milioni, ora (2018) sfiora il miliardo». Altre note squillanti provengono dal fronte delle esportazioni, dove si registra l'exploit di un settore quasi raddoppiato (+ 75%), passato dai 370 milioni nel 2009 ai quasi 650 milioni del 2017. Quanto vale a dire, un tasso di crescita medio composto pari al 7,1% annuo.

Requisiti del riconoscimento del "made in Italy" dentale su tutti i mercati sono l'orientamento all'innovazione, gli standard qualitativi, la creatività e le capacità relazionali. «Il fatto che il comparto non trovi ancora continuità di crescita sul mercato nazionale – è la conclusione dell'Analisi – è dovuto a un problema di domanda interna che sembra non uscire da una crisi sistemica e strutturale».

Dental Tribune Italia

Quaranta (ADDE): "Forse è il momento che tutto il dentale impari a 'fare sistema insieme'"

In occasione dell'ultima assemblea UNIDI svoltasi a Milano 2 il 28 giugno, oltre all'analisi compiuta da Roberto Rosso (Keystone) sono stati anche presentati i dati dell'ADDE SURVEY 2018.

Questi dati vengono raccolti da anni dall'Associazione dei Depositi Dentali Europei (ADDE) ovvero dalla sovrastruttura di tutte quelle nazionali della distribuzione, rappresentata per l'Italia dall'ANCAD: una fotografia aerea dell'andamento dell'ultimo anno in rapporto ai quattro precedenti, così da fornire la tendenza del mercato tra i vari paesi UE e gli anni precedenti.

Il primo dato in evidenza è la controtendenza avuta sul numero dei dentisti, sul quale pesa il calo di ben 6.833 dentisti nella sola Gran Bretagna, dove la "perfida Albione" ha mostrato gli effetti del pensionamento della baby boomer generation. Calo che, per il secondo anno consecutivo e per motivi in parte diversi dal solo pensionamento, si è manifestato anche in Olanda ed in Belgio, Paesi già alla ricerca di dentisti dall'estero (Italia inclusa).

Non tanto per un'esigenza numerica, ma perché la preponderante quota rosa odontoiatrica si dedica alla professione con un certo numero di ore lavorative (dando ovviamente il meglio) per poi dedicarsi alla propria vita privata.

Questo calo che si tradurrà inevitabilmente in una riduzione del numero degli studi odontoiatrici, è alle porte anche in Italia se si pensa che dei 61.586 iscritti all'Ordine,

› pagina 3

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
DIRECTOR OF CONTENT - Claudia Duschek
SENIOR EDITOR - Yvonne Bachmann
CLINICAL EDITORS - Nathalie Schüller; Magda Wojtkiewicz
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
EDITORS - Brendan Day; Kasper Mussche
JUNIOR EDITORS - Franziska Beier; Luke Gribble
COPY EDITORS - Ann-Katrin Paulick; Sabrina Raaff
JUNIOR BUSINESS DEVELOPMENT & MARKETING MANAGER Alyson Buchenau
DIGITAL PRODUCTION MANAGER - Tom Carvalho
JUNIOR DIGITAL PRODUCTION MANAGER - Hannes Kuschick
PROJECT MANAGER ONLINE - Chao Tong
IT & DEVELOPMENT - Serban Veres
GRAPHIC DESIGNER - Maria Macedo
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
PRODUCT MANAGER CME - Sarah Schubert
PRODUCT MANAGER SURGICAL TRIBUNE & DDS.WORLD Joachim Tabler
SALES & PRODUCTION SUPPORT Nicole Andrä; Puja Daya; Madleen Zoch
ACCOUNTING - Karen Hamatschek; Manuela Hunger
DATABASE MANAGEMENT & CRM - Annachiara Sorbo
MEDIA SALES MANAGERS - Antje Kahnt (International); Melissa Brown (International); Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Weridiana Mageswki (Latin America); Barbora Solarova (Eastern Europe); Peter Witteczek (Asia Pacific)
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 9, Settembre 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, B. Rapone, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio

CONTRIBUTI
P. Bevilacqua, P. Biancucci, M. Maggioni, R. Masnata, G. Del Mastro, C. Murari, C. Pergolizzi, R. Pische, M. Quaranta, F. Riccitiello, I. Tosco, M. Turani, P. Vescovi, L. Viganò, S. Volpe

REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Cordinamento: Adamo Buonerba
Giornalisti: Massimo Boccaletti, Alessandro Genitori, Patrizia Gatto
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.

‹ pagina 2

1.376 iscritti sono di età uguale o maggiore di 75 anni, ai quali occorre aggiungere i 2.090 tra i 70 e i 74, oltre ai 7.462 tra i 65 ed i 69. Facilitando il conto, il totale è di 10.928 odontoiatri, cui aggiungere, sempre in un decennio, i 12.977 nella fascia d'età compresa tra i 60 ed i 64 anni.

Parte di questo calo sarà ovviamente compensato dalle 800 new entry annuali dei laureati in Odontoiatria in Italia, cui vanno aggiunti i circa 1.800 studenti italiani iscritti nelle Università in Spagna, senza contare, ("mission impossible") gli iscritti nelle Università degli ex Paesi dell'Est.

Non sono questi numeri che fanno pensare bensì la distanza tra la bassa propensione dei giovani laureati ad aprire un proprio studio rispetto alle richieste del mercato, gap causato dal disallineamento tra quanto appreso sui banchi all'Università e ciò di cui avrebbe "anche" bisogno il giovane odontoiatra, il quale entra da subito a far parte di un mondo che, a livello europeo rappresenta professionalmente l'eccellenza odontoiatrica, che tuttavia non lo prepara ad esercitare la libera professione in un mercato che si evolve, che anzi è già cambiato.

Passiamo ora al fatturato globale del comparto europeo, ovvero al volume delle vendite effettuate dalla distribuzione allo studio odontoiatrico e al laboratorio odontotecnico, rilevando che si parla di una cifra considerevole da oltre un quinquennio in trend positivo. Tale cifra ammonta a 6.857.000 euro: l'Italia quindi è incontrovertibilmente il secondo mercato europeo, anche se al mantenimento della posizione ha pesantemente contribuito il comparto delle attrezzature, ancora leggermente drogato dall'effetto fiscalmente positivo del superammortamento (130%) e dell'Iperammortamento (250%). Un effetto destinato a concludersi definitivamente a dicembre con un bel "Game Over".

Negli altri Paesi, come in Francia, è stato invece il materiale di consumo a reggere l'impatto sul fatturato globale. Questo significa che il mercato italiano, per quanto sia andato bene, è cresciuto più lentamente dei mercati limitrofi perché ancora risente dei non favorevoli fattori macro e microeconomici del Paese.

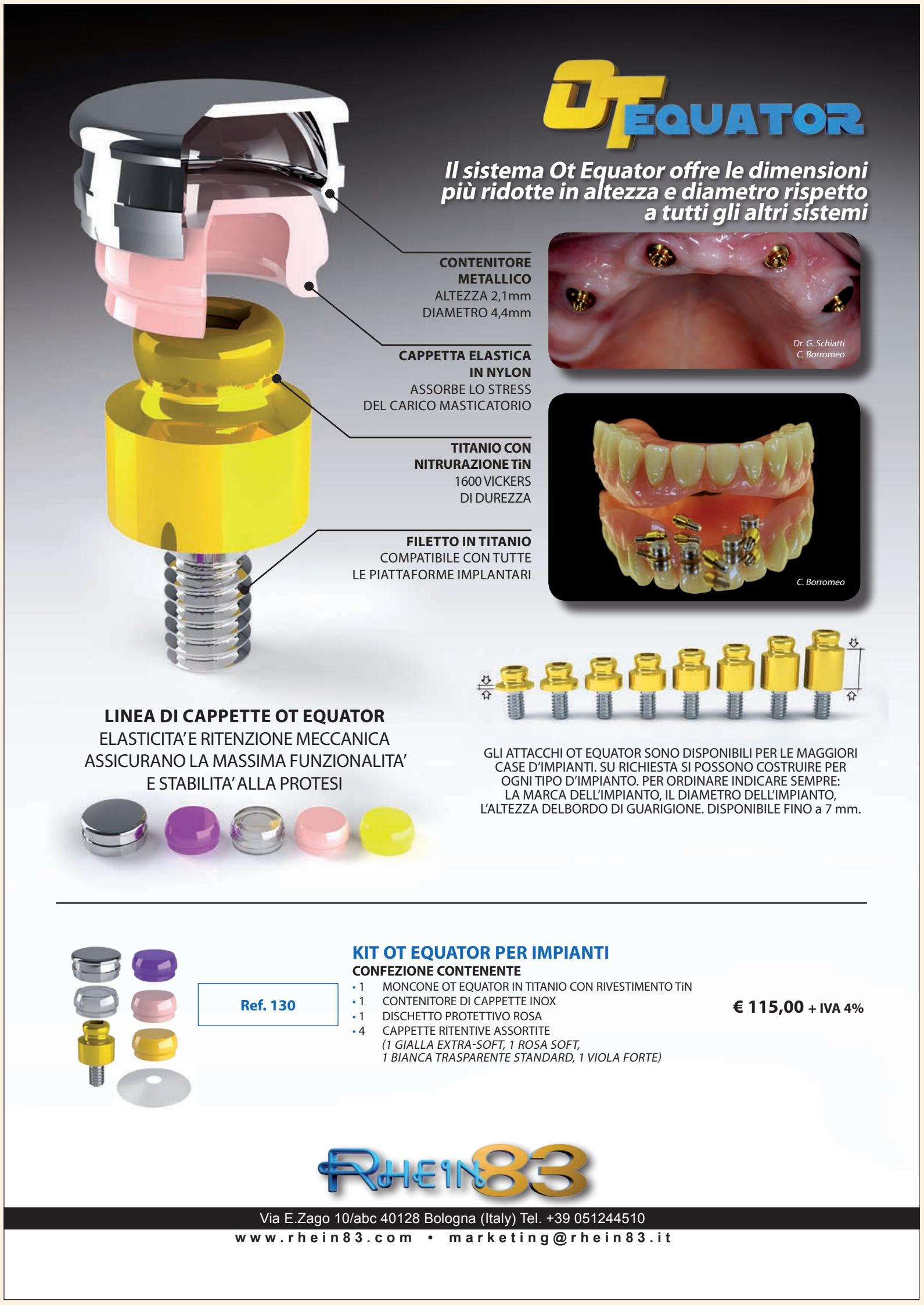
Un dato per tutti: a livello europeo la relazione tra PIL e spesa in salute in generale (odontoiatria inclusa) viaggia da tempo intorno allo 0,3% e manifesta una tendenza a diventare l'1,1% nel lungo periodo (ovvero si spenderà più del PIL), mentre in Italia, anche se si è cresciuti dello 0,6 tra il 2009 ed il 2015, si prevede un calo dell'1,5 tra il 2015 ed il 2020.

Se questi indicatori sono un termometro è chiaro che il dentale è in buona forma, anche se non gode di ottima salute. È evidente inoltre che si debba continuare ad investire a tutti i livelli, anche se i ritorni sono un po' bassi e lenti, perché bisogna sapere andare oltre a quello che ci appare ed è immediatamente visibile.

Una sola domanda prima di concludere. Come mai, solo in Italia appare così irrisorio il fatturato dei servizi per la messa in funzione di veri e propri "medical device" quali le attrezzature odontoiatriche, anche se sommato a quello dall'indispensabile manutenzione ordinaria (effettuabile solo da tecnici autorizzati con ricambi originali) per il legale mantenimento dell'MD dopo 12 mesi dall'avvenuta installazione?

Due soli dati: Italia 27 milioni di euro contro i 25 dell'Olanda, che "pesa" quasi quanto la sola Lombardia, per non parlare dei 50 milioni di euro della Francia o dei 209 della Germania. È arrivato forse il momento che tutto il dentale impari a fare "insieme" sistema, come altri settori hanno già fatto, cominciando a comprendere che la collaborazione tra industria, distribuzione, odontoiatri, igienisti ed odontotecnici passa solamente attraverso il ruolo cruciale delle associazioni.

Maurizio Quaranta



M. Cohen, CEO DentalPro: «Centri organizzati in sicura crescita previo forte legame paziente/medico»

DentalPro nasce nel 2010 per intuizione e volontà di due odontoiatri milanesi, Paolo Tonveronachi e Samuele Baruch. A distanza di 8 anni dall'inizio rappresenta il 1° Gruppo nella sanità privata italiana, presente in 12 regioni con 137 cliniche e nuove aperture previste a breve. In seguito all'acquisizione delle Cliniche Bona, DentaDent e recentemente Doctor Dentist è il leader in Italia nell'odontoiatria, con 250.000 pazienti in cura.

‹ pagina 1

importanti operatori internazionali come Synlab, primo service provider di laboratori di analisi in Europa, Elysium, azienda leader inglese nei servizi nel settore della salute mentale e in alcuni dei principali gruppi ospedalieri in Europa, come GHG, Hirslanden e Teknon.

Grazie ai fondamentali clinici ed economici "best-in-class", il Gruppo è cresciuto in modo esponenziale avviando ogni anno circa 20 centri, oltre alle acquisizioni effettuate, raggiungendo nel 2017 un fatturato intorno ai 150 milioni di euro, come riferisce il CEO di DentalPro Michel Cohen.

A quante persone dà lavoro il Gruppo DentalPro?

Attualmente lavorano circa 2.000 tra impiegati e collaboratori odontoiatri e igienisti, e continua a selezionarne dei nuovi da inserire nelle 70 prossime aperture in 3 anni previste sul territorio. Le nuove opportunità di lavoro si sommano alle 370 effettuate lo scorso luglio dopo l'apertura di 25 centri dentistici nel 2016.

Quali sono i profili professionali richiesti?

Sono 500 medici odontoiatri e specialisti, 100 igienisti dentali e 1.000 dipendenti fra receptionist, assistenti alla poltrona e Responsabili Pazienti di clinica. Ogni nuova apertura prevede mediamente la selezione di 20 persone (8-10 medici, 2 igienisti e 8-10 risorse per la gestione della struttura).

Come giudica la corrente definizione di "Catene"? La lascia indifferente o la tocca in qualche modo?

Molti medici soprattutto confondono i Gruppi – io non le chiamo catene – con il low cost o col franchising e questo è profondamente sbagliato poiché la maggior parte dei gruppi organizzati hanno prezzi medi (e non troppo bassi) e non sono dei franchising, pur avendo lo stesso marchio. Io personalmente non credo a nessuno di questi due modelli nell'Odontoiatria, poiché il prezzo troppo basso attira si i pazienti, ma obbliga le strutture a dotarsi di medici troppo giovani o non più al passo coi tempi; il franchising invece rischia uno scarso controllo della qualità, aspetto fondamentale in ambito sanitario.

Molti studi odontoiatrici sono in crisi: dal suo punto di vista a cosa è da ricondurre questo trend negativo?

I pazienti sono diventati più esigenti, più informati e attenti ai prezzi. Solo una parte dei dentisti tradizionali si è adeguata al cambiamento del mercato e i loro studi non sono in crisi.

Da tempo i dentisti "tradizionali", i titolari dello studio monoprofessionale, vedono con timore le vostre strutture, convinti che "portiate via pazienti" ingolositi da una sleale concorrenza pubblicitaria ed economica. C'è del vero secondo lei?

Come dicevo prima, il mercato è cambiato e non c'è dubbio che i gruppi organizzati siano maggiormente vicini alle nuove esigenze dei pazienti, ma molti dentisti hanno reagito migliorando le proprie strutture, offrendo servizi più moderni e comunicando meglio anche su internet. E questo li sta premiando.

In Spagna e in altri Paesi le catene si sono moltiplicate. Perché tante difficoltà alla diffusione in Italia?

Intanto alcuni paesi sono più aperti all'innovazione e altri meno. Poi in Italia la Sanità è governata dalle Regioni, ognuna con leggi e regolamenti diversi che porta a molte complessità per ottenere le autorizzazioni sanitarie. All'estero, ciò accade molto meno.

Gli "attacchi" alle Catene, che puntano il dito sulle cure di qualità scadente o, peggio, sulle proposte di terapie che non servono, sono lesivi dell'immagine professionale degli Odontoiatri, laureati e abilitati, che lavorano nei vostri centri e che, nell'immaginario, sembrerebbero professionisti di serie B. Quali i vostri criteri di selezione? Quali i meccanismi di controllo sul loro operato?

Nei gruppi organizzati collaborano circa 8.000 odontoiatri e molti hanno anche studi tradizionali. Vengono selezionati con criteri di esperienza e anche controllati secondo protocolli ben precisi, cosa che invece non avviene negli studi tradizionali dove il controllo è in realtà un autocontrollo da parte dello stesso odontoiatra. Quindi non esiste. In DentalPro ad esempio non prendiamo odontoiatri troppo giovani e non tutti gli odontoiatri sono abilitati a svolgere ogni tipo di terapia, proprio in funzione della loro esperienza. C'è un Comitato Medico Scientifico e un team di 25 odontoiatri senior che controlla questo modello di lavoro. Tutto ciò per garantire la qualità delle prestazioni erogate.

Con la legge Gelli-Bianco c'è l'obbligo di assicurazione per gli odontoiatri. La DentalPro ha anche una specifica copertura assicurativa per i collaboratori?

La legge Gelli indica che il medico potrà essere chiamato in causa solo per dolo o colpa grave, salvo accordi diversi tra i professionisti e la struttura. DentalPro ha una copertura. Stiamo verificando se questa copra anche i medici.

Direttore Sanitario: l'articolo 69 del Codice di deontologia medica e la legge Gelli-Bianco 24/2017 ne hanno aumentato la responsabilità, insieme a quella della struttura sanitaria, in caso di danno al cittadino. Come vi siete adeguati? Chi si fa carico di trasmettere l'incarico di direttore o l'eventuale rinuncia all'Ordine di competenza, la struttura o il professionista?

Il Direttore Sanitario è un medico esperto che effettua i controlli di conformità e ha un ruolo anche di second opinion nei nostri centri. È lui stesso che comunica il suo ruolo agli Ordini. ANCOD si è tuttavia impegnata per chiedere ai propri DS di effettuare questa comunicazione.

Il DentalPro di Sarzana chiuso per 6 mesi perché mancava il nome del Direttore sanitario nella pubblicità: le sembra esagerato?

La legge è evidentemente obsoleta (il nome del DS è da sempre anche sul sito internet), oltre che la pena ampiamente sproporzionata rispetto all'eventuale reato. È come se un dentista sbagliasse una fattura di € 10 e per questo andasse in carcere per 1 anno. In più, oltre a penalizzare la struttura, gli odontoiatri e i dipendenti del centro, la pena genera enormi problemi ai pazienti in cura.

Quali conseguenze per i 500 pazienti attualmente in cura nel Centro DentalPro, i 6 odontoiatri che ci lavorano e gli 8 dipendenti?

Fortunatamente DentalPro è un grande Gruppo molto serio e nessun paziente verrà lasciato senza cure, a costo di accompagnarli uno per uno al centro più vicino e farlo curare dal suo medico. La cosa che spiace è che l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, pur sapendo perfettamente che la scritta su un cartello non pregiudica in alcun modo la trasparenza né tantomeno la qualità delle cure, si è adoperato in tutti i modi per generare un danno proprio ai pazienti, che dovrebbe invece tutelare. Medici e dipendenti verranno comunque protetti dal nostro Gruppo.

I fallimenti di alcune strutture odontoiatriche gestite da Società di capitale, tra cui iDental, che ha lasciato molti pazienti con cure da terminare e rate da pagare, genera incertezza: in che modo può rassicurare i vostri clienti?

Più il Gruppo è grande e solido, più i pazienti percepiscono di essere seguiti con serietà e sono tranquilli. Cosa che invece non sempre si può dire di uno studio tradizionale. E mi chiedo, se il dentista individuale fallisce o semplicemente chiude prima di finire le cure, chi protegge i pazienti?

Ci vuole dire cos'è l'ANCOD?

Acronimo di Associazione Nazionale dei Centri Odontoiatrici, rappresenta le strutture odontoiatriche organizzate che ad oggi sono: DentalPro, Vitaldent, Caredent, Primo Group, H Dental, Dental Coop, vale a dire circa il 50% dei Gruppi odontoiatrici (le cosiddette "catene") e molti altri stanno per aderire. La neonata associazione ha generato in pochi anni la creazione di 8.000 nuovi posti di lavoro, e oltre 15.000 nei prossimi 2 anni. Si stima che gli attuali pazienti in cura in studi di proprietà di Catene siano circa un milione.

ANCOD, di cui lei è presidente, si era impegnata nel 2016 a costituire un fondo di garanzia a tutela di tutti i pazienti. Cosa avete fatto nel frattempo?

Per chiarezza, non si è mai impegnata a costituire un fondo di garanzia, ma ha inserito nelle proprie linee guida un obbligo da parte di ciascun Gruppo/marchio di proteggere i pazienti dei propri centri in caso di chiusure, anche in caso di affiliati. Inoltre, in diversi casi, noi di DentalPro ci siamo fatti carico di alcuni pazienti a nostre spese, come nel caso di un centro chiuso nel Veneto.

La tutela del cittadino è una priorità e sarebbe auspicabile trovare una soluzione condivisa intorno a un tavolo con Ordini, Politica e Sindacati. Ritiene che i tempi siano maturi?

Certo. Abbiamo sempre condiviso la necessità di lavorare insieme sia con i Ministeri di riferimento sia con gli Ordini e con le Associazioni.

La "catena" rimarrà una novità destinata ad essere scoperta da molti oppure continuerà a prevalere sempre lo studio odontoiatrico ben organizzato?

Se i centri organizzati sapranno mantenere un forte legame paziente-medico anche nelle proprie strutture, come credo faccia bene DentalPro, allora credo che continueranno a crescere.

Trova irriverente il paragone fatto da un economista tra studio eguale negozio al dettaglio e catena eguale grande distribuzione?

Non l'avevo sentito, quindi non so chi l'ha detto. Più che irriverente (non saprei per chi tra l'altro) direi che vedo forti differenze invece con la grande distribuzione. I centri organizzati hanno da un lato dimensioni singole sovrapponibili agli studi tradizionali, ma soprattutto possono offrire – non tutti necessariamente – un grandissimo livello qualitativo sia in termini di tecnologia e innovazione, che di medici preparati.

Nel futuro il modello di riferimento sarà quello delle grandi strutture odontoiatriche?

No. Serve una personalizzazione del rapporto che nelle grandi strutture è difficile da ottenere.

Patrizia Biancucci

Pische: «Come medici e dentisti a salvaguardia dell'Uomo e dell'Ambiente dai danni dell'amalgama»

Dal 1 luglio 2018 l'UE vieta le otturazioni in amalgama per i bambini di età inferiore a 15 anni e le donne in gravidanza e allattamento. Una data fondamentale nella storia dell'amalgama in odontoiatria che dà spunto a Raimondo Pische, un'Autorità in materia, di formulare considerazioni generali e personali su un annoso problema.

Era il mese di giugno del 2009, quando partecipai, in qualità di referente italiano della World Alliance for Mercury Free Dentistry, con Bobbie Beckman alla prima conferenza per i negoziati sulla Convenzione di Minamata, a Stoccolma, in un'atmosfera gravida di aspettative da parte dei rappresentanti delle ONG di tutto il mondo: per la prima volta veniva esaminata in ambito istituzionale la problematica del mercurio odontoiatrico, seppur da lungo tempo si sentisse l'esigenza di sviscerare le grandi incongruenze che sostengono la difesa, anche accademica, dell'amalgama.

Fu una cosa curiosa (anche per me che da quasi 3 lustri, già allora, mi occupavo di tali tematiche) scoprire come da un paio di mesi fosse stato bandito l'uso di termometri e sfigmomanometri contenenti mercurio, per il pericolo alla salute e per l'ambiente e come, in quella sede, si sollevassero questioni di lana caprina in merito all'amalgama. Discussioni infinite, giornate intere a parlare di "pro" e "contro", non tanto in difesa di una pratica comunque considerata oltre che tossica obsoleta, quanto sui danni derivati all'ambiente.

Sorpresa, anche per me, navigato esploratore della materia, fu allora (ed è tutt'ora) il perché il mercurio sigillato in ermetici contenitori di vetro venisse considerato "fuorilegge" e invece mantenesse una patina di nobiltà quello odontoiatrico che, per mezzo di quel cavallo di Troia che è l'amalgama, viene trasportata nel corpo dei pazienti, soprattutto nel loro sistema nervoso.

La risposta a tale dubbio fu però altrettanto chiara: non si poteva criminalizzare una pratica medica, oltretutto validata da quasi due secoli di storia e di "successi" (da intendersi comunque come durata dei restauri), al fine di evitare conseguenti, inevitabili, problemi medico-legali e cause di risarcimento verso dentisti, istituzioni e governi. La strada maggiormente praticabile era (ed è) la messa al bando dell'amalgama per i danni determinati all'ambiente e di conseguenza alla catena alimentare.

Grave e inequivocabile, infatti, è l'impatto che la classe odontoiatrica ha, in senso negativo, sull'ambiente in quanto già nel 1991 l'OMS ha dichiarato che gli studi dentistici rappresentano la maggior fonte non industriale di inquinamento mercuriale. Basti sapere che mediamente vengono immesse nelle acque reflue circa 300 tonnellate di amalgama all'anno. Scarti del metallo pesante più neurotossico, rifiuto dannoso (nocivo secondo l'attuale legislazione che prevede sanzioni pecuniarie fino a 27.000 € e condanne fino a un anno di reclusione per lo scorretto stoccaggio e/o smaltimento).

Situazioni queste ultime pressoché impossibili da garantire, visto che negli stessi negoziati di Stoccolma fu presentata la relazione di un gruppo di ricerca finlandese, che affermava come il mercurio dovesse essere sepolto in camera stagna a chilometri di profondità affinché ne potessero essere resi inerti i vapori emessi. Altra alternativa sarebbe, secondo certa scuola di pensiero odontoiatrica, inserirlo e stoccarlo nella bocca delle persone evidentemente considerate alla stregua di un deposito di rifiuti.

Il germoglio che timidamente sbocciava in quella storica conferenza sta, oggi, a distanza di 9 anni, cominciando a dare i suoi frutti, dato che si fa strada nella Comunità europea l'idea che, maturata ben prima nei Paesi nordeuropei (Norvegia, Danimarca, Finlandia, Svezia), ha visto nel decreto italiano del 2001 del Ministro Sirchia un timido esempio sull'attenzione al pericolo dell'amalgama, che può esser seguito dagli altri Stati membri.

Infatti, a dicembre 2016, tre istituzioni dell'UE (il Parlamento, la Commissione e il Consiglio dell'Unione europea) hanno raggiunto un accordo provvisorio per vietare le otturazioni in amalgama per i bambini di età inferiore a 15 anni e le donne in gravidanza e allattamento al 1 luglio 2018, e considerare di bandire completamente l'amalgama dentale entro il 2030.

Esiste l'obbligo di usare amalgame pre-dosate e incapsulate per la riduzione dell'esposizione del personale odontoiatrico e di predisporre dispositivi di aspirazione per l'installazione di separatori di amalgama per evitare il rilascio del metallo nei sistemi fognari (http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-17-1344_en.htm).

© Shutterstock

La presa di coscienza dei rischi a livello della professione, dell'ambiente e dei problemi iatrogeni per il paziente a causa dell'utilizzo del mercurio è cresciuta nel tempo e per questo la comunità mondiale ha cominciato a muoversi contro l'utilizzo del mercurio dentale, come è stato fatto per l'amianto e il piombo.

- La Norvegia ha vietato l'amalgama dentale nel 2008 (Ministry of the Environment, Norway. Minister of the Environment and International Development Erik Solheim: Bans mercury in products [Press release]. 2007 December 21. Available from Government of Norway Web site: https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/Bans-mercury-in-products/id495138/).
- La Svezia ha vietato l'uso dell'amalgama dentale per quasi tutti gli scopi nel 2009 [Swedish Chemicals Agency. The Swedish Chemicals Agency's chemical products and biotechnical organisms regulations. (KIFS 2008: 2 in English, consolidated up to KIFS 2012: 3). 2008: 29-30.].
- Danimarca, Estonia, Finlandia e Italia usano amalgama per il 5% dei restauri (BIO Intelligence Service. Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries. Final Report prepared for the European Commission- DG ENV. 2012. Page 188. Available from the European Commission Web site: http://ec.europa.eu/environment/chemicals/mercury/pdf/final_report_110712.pdf).
- Giappone e Svizzera hanno fortemente limitato l'utilizzo di amalgama (BIO Intelligence Service. Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries. Final Report prepared for the European Commission- DG ENV. 2012. Page 40. Available from the European Commission Web site: http://ec.europa.eu/environment/chemicals/mercury/pdf/final_report_110712.pdf).
- La Francia ha indicato di utilizzare materiali alternativi senza mercurio per il restauro dentale in donne incinte.
- L'Austria, il Canada, la Finlandia e la Germania hanno diminuito l'uso di otturazioni in amalgama in donne incinte, bambini e pazienti con malattie renali (Health and Environment Alliance and Health Care without Harm. Mercury and dental amalgams [fact sheet]. 2007. Page 3. Available from Health and Environment Alliance Web site: http://www.env-health.org/IMG/pdf/HEA_009-07.pdf).

Le cliniche dentali devono installare filtri ad alte prestazioni, che ridurranno significativamente le emissioni di mercurio nell'acqua. Previste ulteriori azioni per ridurre e in definitiva porre fine all'uso dell'amalgama dentale e l'UE è stata in prima linea nel mobilitare la comunità internazionale per ridurre l'inquinamento da mercurio.

Il 17 maggio 2017, l'UE ha adottato un nuovo regolamento sul mercurio e il 18 maggio 2017 ha ratificato la Convenzione di Minamata (dal nome della città simbolo dell'inquinamento mercuriale), presso la sede delle Nazioni Unite, per l'entrata in vigore del trattato mondiale volto a ridurre l'esposizione al mercurio http://ec.europa.eu/environment/chemicals/mercury/.

È un'occasione unica per la categoria di mostrare attenzione sui rischi determinati dal mercurio dell'amalgama verso l'ambiente, i pazienti, i dipendenti e noi stessi. Ritengo doveroso non porsi domanda alcuna, neanche di tipo economico, sull'obbligo (operativo dal 1° gennaio 2019) di dotarsi di separatori d'amalgama sui riuniti o a valle del sistema di scarico dello studio.

È un obbligo morale, e non solo legislativo, quello che impone attenzione ai danni che provochiamo, attraverso un'inconsapevole o superficiale considerazione del problema mercurio, alla salute dell'Uomo e dell'Ambiente che, come medici e dentisti, dovremmo essere i primi a tutelare e a salvaguardare.

Raimondo Pische

Psico-design: un'architettura di spazio e mente nello studio odontoiatrico

Nella famosa "*Hierarchy of needs*" di Maslow (1954), ai primari bisogni fisiologici seguono immediatamente quelli della sfera psicologica di cui fanno parte sicurezza, stima sociale e autorealizzazione. L'uomo, da sempre, ne ricerca la soddisfazione attraverso un'innata trasposizione del proprio Sé nello spazio: le rappresentazioni mentali si attualizzano in una realtà fatta di ambienti, oggetti, materiali, colori e luci.

© Shutterstock

Lo spazio non si può pensare in modo oggettivo e univoco. La sua interpretazione dipende dagli occhi e dalla mente che in un dato momento lo percepiscono e ne attribuiscono dei significati. Non esiste spazio che non sia un'estensione della mente che l'ha progettato e vissuto partendo da assunti che riguardano in particolare la psicologia del Sé.

Decenni, se non secoli, di letteratura scientifica per delineare il concetto di identità: alcuni ne hanno studiato la natura più profonda individuando un Sé reale, uno ideale e uno normativo (Higgins, 1987); altri si sono soffermati invece su una sua rappresentazione fortemente condizionata dal contesto sociale parlando così di un Sé relazionale (Gergen, 1999); altri ancora, infine, hanno introdotto l'idea di quelli possibili, ovvero l'insieme di idee, progetti, aspirazioni che un individuo ha e proietta nel futuro.

La realizzazione di questa progettualità relativa all'immagine di se stessi trova un efficace specchio anche nell'ambiente circostante e lo psico-designer deve, pertanto, essere in grado di comprendere i bisogni reali del committente creando l'armonico connubio tra il suo spazio e la mente. Momento irrinunciabile è il cosiddetto briefing in cui emergono gli elementi chiave per il soddisfacimento del Sé del cliente: personalità, valori, aspirazioni e desiderio di comunicare messaggi a chi entrerà in contatto con l'ambiente realizzato.

Tenendo conto che l'emisfero sinistro del cervello umano è la sede del pensiero razionale e astratto, mentre quello destro è in grado di cogliere le relazioni spaziali nella loro globalità, il designer realizza un colloquio con il cliente che si nutre, prima di ogni altro aspetto più prettamente cognitivo, di emotività. Sono proprio le emozioni, infatti, la chiave di volta dell'intero processo. Chi sei? Quale sfumatura della tua identità vuoi fare emergere? Cosa desideri comunicare? Che tipo di relazioni intendi instaurare tra l'ambiente e le persone? Ma soprattutto: quali reazioni psicologiche, o ancora più precisamente, quali sensazioni saprai generare?

Un costrutto multidimensionale quale quello delle emozioni impatta fortemente nella quotidianità di ciascuno: che siano di natura positiva o negativa, con intensità variabile, sono in grado di creare potenti effetti di feedback e immagazzinamento nella memoria a lungo termine e ciò condiziona le scelte future in ogni campo.

Tornerò in quel luogo? Proverò piacere ad incontrare nuovamente quella persona? Eviterò un certo tipo di contesto? Rimane un campo di ricerca stimolante per la psicologia della Gestalt, quella cognitiva e le neuroscienze nel tentativo di comprendere sempre di più le modalità con cui la mente, insieme ai segnali chimici inviati dal corpo, interagisce con lo spazio in cui è immersa in una reciproca influenza.

Il design delle strutture finalizzate alla cura non può che essere patient-centered: grazie ad una scelta accurata di mobilio, luci e colori si è in grado di predeterminare e prevedere le reazioni emotive dei pazienti fin dal loro ingresso nella sala d'attesa.

Dal 1993 il Center for Health Design (USA) ha raccolto evidenze scientifiche a dimostrazione della capacità del design in ambito medico di incrementare la qualità e l'efficacia delle cure sui pazienti. Ci si deve allora focalizzare su accorgimenti quali la presenza di numerose finestre che garantiscano un'apertura visiva esterna, la predilezione per fonti di luce più calda nelle aree di segreteria e sala d'attesa che attenuino la luminosità fredda degli studi con i riuniti, o ancora la tinteggiatura dei muri perimetrali con colori che accompagnino il paziente e ne migliorino l'umore evitando l'effetto claustrofobico o decisamente austero di molti studi odontoiatrici.

Lo spazio di lavoro, a maggior ragione quello di cura dello studio odontoiatrico, è una configurazione sociale con un susseguirsi di azioni e relazioni in una continua co-costruzione di significati; alcuni studiosi, pertanto, hanno preferito utilizzare il termine "locale" piuttosto che "luogo" evidenziandone la natura dinamica e condizionata dalle relazioni tra gli utenti che ne occupano lo spazio (Greenbeerg, 2001).

L'attuale complessità operativa e tecnologica degli studi dentistici necessita di una maggiore fluidità dei confini e delle barriere architettoniche per garantire prima di tutto il rispetto dei principi ergonomici: essi devono essere accompagnati da un'attenta progettazione del layout

Da non dimenticare, poi, l'importanza di stampe o fotografie alle pareti e di piante che richiamino l'idea di familiarità e casa. Nella selezione dei materiali PVC, laminati, Corian e gres porcellanato perfetti per il clinico ma freddi e "sterili" per gli altri ambienti in cui l'uso del legno può rendere l'ambiente più accogliente e avvolgente.

L'autore approfondirà l'argomento durante il II Congresso Management dello Studio e della professione odontoiatrica: L'IMMAGINE | L'ORGANIZZAZIONE | LA CLINICA EFFICACE.

Carola Murari

Nota: Psico-design è un marchio registrato da Ernestina Rossotto – info@psico-design.com

Medico orale: creare una nuova figura professionale che risulti vincente nella sfida del terzo millennio

‹ pagina 1

L'odontoiatria (intesa anche come parte di igienisti dentali) deve rientrare nell'ambito medico. La figura del "dentista" viene sostituita da quella del medico orale che integra le cure tipiche della professione con le cure professionali di altri specialisti spiegandone le strette simbiosi. All'igienista viene riconosciuto il ruolo fondamentale della prevenzione.

La relazione viaggia dal conoscere chi siamo, come la popolazione microbica influenza la nostra salute e pensiero, fino a raccontare come il delicato equilibrio del microbiota orale incida sullo stato di malattia in particolare nella terza età. Questo percorso permette di costruire una nuova figura professionale che risulta vincente nella sfida del terzo millennio.

Una figura che dovrà integrare nuove competenze, correlare le malattie orali e sistemiche, capire come le variazioni microbiche a livello orale incidano profondamente nello stato di salute del paziente. Eseguire test per monitorarne il profilo genetico e capire come il variare dei ceppi batterici e le loro resistenze agli antisettici creino patogeni sempre più aggressivi sia a livello locale che sistemico.

Costruire un team di successo il cui focus sia il paziente attraverso competenze nuove e specifiche è uno dei passaggi fondamentali di una relazione che ripone nella passione la chiave di volta nel costruire giorno per giorno uno studio in empatia con i propri pazienti. Dove il successo è misurato dalla loro soddisfazione nell'affidare al "dentista" la propria salute. Dove sorriso e passione vengono prima di marketing e brand. Un team di successo batte con un cuore solo... il vostro.

Luca Viganò

Gestione informatizzata del magazzino

Come trasformarlo da problema a risorsa

Troppo spesso sottovalutato nelle sue implicazioni organizzative ed economiche, il magazzino di studio è un importante centro di costo che deve conformarsi a precisi standard e protocolli per evolvere da potenziale problema a risorsa.

Nell'era pre-digitale la sua organizzazione era affidata alle sapienti arti delle ASO, capaci di scovare il prodotto richiesto anche in sterminati magazzini "a vista" e di mandare a memoria i prodotti mancanti per ore prima di aver tempo per annotarli sulla lavagnetta in sterilizzazione. Metodologia datata, eppure non mancava quasi mai niente. Fino a quando non mancava l'ASO.

Nell'era digitale l'organizzazione di magazzino resta sempre appannaggio dell'ASO, ma in un sistema di informazioni aperto, condiviso, istantaneo e, soprattutto, controllato. Il lavoro importante è tutto concentrato a monte, nella creazione del database: quanto più complete sono le anagrafiche tecniche ed economiche degli articoli, tanto più il software gestionale farà risparmiare tempo e ridurre i rischi di errore durante l'operatività quotidiana (attività di carico e scarico).

Analogamente è indispensabile individuare il responsabile di magazzino e il jolly in caso di assenza, la metodologia e la cadenza per l'approvvigionamento dei riuniti, per la verifica dei sottoscorta, per la preparazione degli ordini e per il controllo e lo stoccaggio della merce in arrivo. Attività propedeutiche, effettuate una tantum, da considerarsi un investimento temporale ad alta redditività per i mesi e gli anni futuri.

Concluse le attività preliminari arriva il momento topico: l'inventario, durante il quale ci si rende conto delle limitazioni di un magazzino non digitale: articoli scaduti, strumentario obsoleto, materiale in esubero frutto di acquisti "in offerta speciale", residui di sperimentazioni di nuovi prodotti o di particolari esigenze del collaboratore di turno, migliaia di euro immobilizzati o mal investiti.

L'inventario è quindi una vera e propria esperienza di team building: tutto il personale viene coinvolto nel conteggio e nella riorganizzazione logistica. Tutti partecipano e imparano, tutti faticano per un obiettivo comune e tutti contribuiranno con piacere al mantenimento nel tempo del nuovo status quo.

Le attività di preparazione dell'ordine, di carico e scarico merce e i relativi controlli (pacco vs ddt, ossia documento di trasporto, ddt vs ordine, sottoscorta, scadenze) diventano più veloci e agevoli per effetto di ricerche strutturate (descrizione, codice interno, codice a barre) e automatismi (crea ordine da sottoscorta, crea ddt da ordine).

La gestione informatizzata del magazzino culmina la sua performance a consuntivo quando, a fine anno o in qualunque altro momento, si potranno "tirare le somme" e verificare quantità e valore del materiale acquistato, entità scaricate ad ogni singolo reparto, valorizzare le giacenze (obbligatorio per gli studi costituiti in forma di srl), e comparare i prezzi unitari di acquisto per ogni fornitore.

Digitalizzazione, ottimizzazione e acquisti consapevoli sono i fattori di successo negli studi altamente performanti.

Sonia Volpe, *Presidente Lessicom srl*

L'avvocato: «Gestire la privacy è ormai uno dei processi dello studio odontoiatrico. Adeguarsi è un must»

Il "Regolamento (Ue) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio 27 aprile 2016, sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla loro libera circolazione in abrogazione alla Direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)", è entrato in vigore il 25 maggio. Noto al pubblico come GDPR, ecco il commento di uno specialista in materia.

L'entrata in vigore del provvedimento è stata preceduta da due anni di "vacatio", tra la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale UE e la sua presa d'effetto, un periodo che sarebbe dovuto servire agli operatori economici europei per prepararsi nel migliore dei modi, ma purtroppo ciò non è avvenuto. Le aziende sono arrivate all'appuntamento del 25 maggio in ordine sparso.

Va detto che l'Italia non è l'unico Paese in ritardo: a gennaio 2018, secondo il commissario UE alla Giustizia Vera Jourova, solo Austria e Germania erano in linea con le previsioni; nello stesso periodo, uno studio dell'Osservatorio Information Security & Privacy del Politecnico di Milano rilevava che il 58% delle grandi aziende aveva già dedicato un budget all'adeguamento e che la conoscenza delle nuove regole era oramai diffusa nel 94% dei casi.

Contraddizione solo apparente: l'economia italiana è fatta principalmente di un gran numero di piccole e medie imprese, in cui l'adeguamento è proceduto con un ritmo molto più lento, tanto che all'indomani dell'entrata in vigore, solo il 4% delle PMI dichiarava di aver completato l'adeguamento (fonte: Unolegal).

Le ragioni del ritardo sono diverse e tutte comprensibili: dall'oggettiva novità e (relativa) complessità della disciplina, alla difficoltà di percepire l'importanza del trattamento dei dati personali in attività che sembrano avere poco a che fare con essi, ai precedenti storici della normativa "sulla privacy", per moltissimi soggetti nient'altro che una storia di adempimenti burocratici.

Il mondo dell'odontoiatria, come quello della medicina privata, è tradizionalmente più attento di altri alle esigenze di protezione della privacy: vuoi perché il trattamento dei dati personali confina con il "consenso informato" (di grande rilevanza pratica per i risvolti risarcitori e assicurativi), vuoi perché la riservatezza, nella professione medica, è parte dell'etica e della pratica professionale.

Le associazioni di categoria hanno svolto un ruolo meritorio nella diffusione delle buone pratiche in quest'area, aiutando gli studi aderenti ad affrontare gli adempimenti previsti dalle normative previgenti. Il GDPR, però, è quello che si dice un "game changer", costringendo gli operatori a passare dalla logica fiscale dell'adempimento (realizzare una modulistica conforme, effettuare delle notificazioni) a quella aziendale del controllo di processo.

Non è un'operazione ovvia: molti soggetti, soprattutto software houses propongono oggi prodotti "per la privacy", ovvero suites software che, alcune in modo più completo e valido, altre meno soddisfacente, forniscono strumenti per affrontare le nuove incombenze. Tuttavia, il software è solo un mezzo tecnico: il cambiamento non è costituito da esso, bensì dall'introduzione di una gestione più consapevole dei dati personali di pazienti e dipendenti dello studio.

Soprattutto, il cambiamento è già avvenuto: con questo nuovo strumento normativo la gestione della privacy è divenuta uno dei processi dello studio odontoiatrico, al pari di quelli di acquisto e di recupero crediti. Adeguarsi è quindi una necessità.

Questi argomenti saranno trattati al congresso "Trasformare lo studio odontoiatrico in un'impresa di successo_2" che si terra a Marina di Carrara dal 21 al 22 settembre 2018, in cui si parlerà anche di questa nuova sfida con il "Data Protection Officer", ossia l'autore del presente articolo.

Avv. Ivan Tosco

La responsabilità in protesi Un'incognita sempre presente

Con la richiesta di cure si instaura tra sanitario e paziente un rapporto giuridico definito contratto dal quale derivano delle obbligazioni in cui si identificano: due soggetti (creditore e debitore), un oggetto (cura o protesi), una prestazione (intesa come comportamento).

L'obbligazione insorta con il contratto ha conseguentemente forza di legge e si può estinguere in diversi modi. Principalmente sono due: adempimento o inadempimento.

Se è pur vero che di norma l'oggetto della prestazione sanitaria è finalizzato dalla definizione di una diagnosi o dall'esecuzione di una terapia e non già dal conseguimento della guarigione del paziente (e ciò vale soprattutto in ambito medico), in ambito odontoiatrico l'attuale orientamento giurisprudenziale nel rapporto fiduciario che il sanitario instaura con il paziente, stabilisce un obbligo di risultato (e non di mezzi).

E fra tutte le discipline di carattere odontostomatologico, il settore protesico appare quello più rappresentativo nel dover soddisfare le aspettative sia funzionali, che soprattutto estetiche, insite nelle richieste terapeutiche del paziente.

Tuttavia è egli realmente consapevole di ciò che desidera? È in grado di comprendere i vantaggi e gli eventuali svantaggi conseguenti alla sua scelta? Di considerare i compromessi come traguardi e non sempre come penalizzazioni? L'attuale "forma mentis" giuridica pone ad un livello prioritario la sua autodeterminazione nelle scelte di carattere clinico rispetto alle indicazioni e scelte del curante, anche se risultano più idonee e corrette.

Pure le diverse (ma spesso affini) esperienze giurisprudenziali delle Corti europee tendono ormai al riconoscimento di un regime probatorio favorevole al paziente che porta sovente ad una presunzione della colpa medica. La recente legge Gelli/Bianco 24/17 indica che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle proprie prestazioni, si debbono attenere alle raccomandazioni previste dalle Linee Guida pubblicate dal Ministero della Salute.

Non vi fa certo eccezione l'odontoiatria che, nelle proprie Raccomandazioni Cliniche in Odonstomatologia, definisce con estrema accuratezza le caratteristiche che i manufatti protesici debbono riportare nella fase di progettazione, realizzazione ed inserimento, controllo e mantenimento.

Ci sembra tedioso riportare tutti i passaggi elencati in tali protocolli ma ci preme sottolineare l'estrema complessità e difficoltà a soddisfare tali indicazioni. Se aggiungiamo, come già accennato, l'aspetto prioritario di autodeterminazione del paziente nelle scelte finali basato, di fatto, sulla non conoscenza clinica unitamente ad una personale visione critica, comprendiamo quanto l'aspetto della comunicazione precura rivesta carattere imperativo.

Nella pratica quotidiana, quanto sopra descritto può portare fondamentalmente a tre tipi di risultato. Un primo caso, il più auspicato, in cui c'è il rispetto delle Linee Guida con esecuzione della prestazione *lege artis* (secondo i dettami dell'arte) e la soddisfazione concomitante del paziente.

Un secondo caso, con rispetto delle Linee Guida ed esecuzione della prestazione *lege artis* ma, contestualmente, anche l'insoddisfazione del paziente. Quasi paradossale, il terzo caso, con mancato rispetto delle Linee Guida e della *lege artis*, però con un paziente soddisfatto.

Al di fuori del primo caso, che rappresenta ovviamente un traguardo ideale, in quale delle altre due situazioni risulta convenientemente trovarsi? Quali possono essere le conseguenze giuridiche nelle due diverse situazioni?

Un quesito amletico.

Mario Turani, *Odontostomatologo ed Odontoiatra Forense*

LASER TRIBUNE

The World's Newspaper of Laser Dentistry • Italian Edition

Settembre 2018 - anno X n. 1

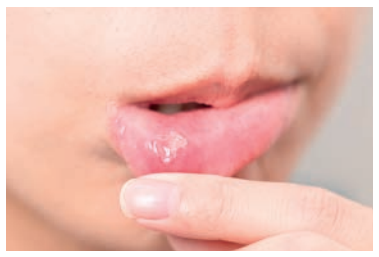
Allegato n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Settembre 2018 - anno XIV n. 9

www.dental-tribune.com

Laserterapia per afte: realtà o finzione?

P. Bevilacqua

Si definisce ulcera aftosa una condizione patologica muco-cutanea caratterizzata dalla presenza di lesioni ulcerative di color grigiastro-giallo, accompagnate da un'aureola eritematosa. Un'afta può rappresentare un'esperienza estremamente dolorosa per il paziente che frequentemente è costretto a ricorrere a terapie antalgiche rappresentante da trattamenti topici a base di lidocaina o, in casi gravi, a corticosteroidi per via sistemica e locale.



L'ulcera aftosa normalmente si localizza solitamente sulle mucose orali meno cheratinizzate, anche se nelle forme più gravi è possibile riscontrare la presenza delle stesse anche nelle mucose orali cheratinizzate. Nonostante numerose investigazioni abbiano cercato di evidenziare i pathways patogenetici d'esordio, si disconoscono i fattori ai quali sarebbero relazionate le afte. Nonostante ciò, si suppone che l'eziologia sia di origine multifattoriale, con fattori predisponenti come le alterazioni immunologiche, patologie sistemiche o abitudini dannose come il fumo.

› pagina 12

La mission SILO: sviluppo del laser e collaborazione con Società odontoiatriche potenzialmente coinvolte

Paolo Vescovi

Società Italiana Laser in Odontostomatologia, la SILO venne fondata a Roma nel 2000 su progetto del compianto Maurizio Ripari docente all'Università di Roma La Sapienza, uno dei pionieri nell'uso del laser in odontostomatologia in Italia. Insieme a lui, primo Presidente della Società, altri noti docenti e ricercatori Italiani ne costituivano il primo Consiglio direttivo: Giovanni Dolci (presidente onorario), Franco Santoro (Vice Presidente), Maurizio Procaccini, Claudia Maggiore, Giovanni Resta, Carlo Maiorana, Luciano Pacifici (Segretario), Umberto Romeo (Tesoriere).

L'obiettivo principale della Società scientifica non è mai stato quello di diffondere l'impiego del laser tra i dentisti, ma di effettuare la divulgazione delle conoscenze necessarie ad un corretto impiego di tali apparecchiature per formare professionisti scrupolosi e competenti. Nei suoi 18 anni di vita, la SILO ha raccolto un numero ragguardevole di soci, rappresentanti di numerosi atenei universitari, centri ospedalieri e liberi professionisti distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Incoraggiante la presenza nella Società di tanti giovani laureati e la partecipazione agli eventi scientifici di studenti e igienisti dentali che vi hanno trovato una guida importante nella loro formazione scientifica e professionale. La Società si fonda su un'organizzazione regionale con rappresentanti locali, Responsabili regionali, che organizzano momenti di formazione rivolti a soci e colleghi non ancora iscritti, ma interessati all'impiego corretto della tecnologia laser.

Il laser è diventato uno strumento importante (e per certi versi insostituibile) nell'attività odontoiatrica: per questo motivo la SILO promuove iniziative didattiche rivolte già agli studenti del corso di laurea in Odontoiatria, ai masterizzandi e specializzandi ed ha istituito un premio annuale in memoria di Maurizio Ripari, per la migliore tesi in questo campo.

Con orgoglio si può affermare che anche grazie all'impegno della Società, il livello clinico e scientifico degli specialisti italiani negli ultimi anni si è elevato. La SILO occupa un ruolo determinante an-

› pagina 10

L'utilizzo del laser come strumento diagnostico

Tueor Servizi

Qui di seguito, proponiamo un breve estratto dal corso "Patologie ossee e mucose del cavo orale", a cura di Francesco Riva, Chiara Riva Cavalletti De Rossi, Florian Telha, Stefano Loghi, Giovanni Riva, Costanza Riva edito dalla Tueor Servizi srl. Questo frammento di testo, facente parte del capitolo sulle strumentazioni diagnostiche, spiega come utilizzare il laser nella procedura bioptica.

Biopsia incisionale mediante laser o altro device per tessuti molli

Procedura bioptica che consiste nella rimozione di una porzione relativamente piccola di tessuto da una lesione mucosa più vasta mediante l'uso di laser: valgono per la biopsia incisionale mediante laser o altro device per tessuti molli, le considerazioni generali già espresse in precedenza. I recenti progressi nella tecnologia laser, soprattutto per quanto riguarda il laser a diodo, il laser KTP, e l'introduzione del bisturi a risonanza quantica hanno fatto venir meno la controindicazione assoluta che c'era in precedenza all'utilizzo di tali metodiche e cioè il danno tessutale e quindi

› pagina 10

ATTESTAZIONE
Al superamento del test finale, una procedura guidata ti consentirà di conseguire il certificato ECM.
Provider standard
Adakta n. 379
ID EVENTO 230845

VALIDITÀ
da giugno 2018
al 20 giugno 2019

COSTO
150 euro
iva compresa
Il costo per l'acquisto è deducibile al 100%.

DENTAL TRIBUNE DT STUDY CLUB
CORSI | DISCUSSIONI | BLOG | GUIDA

Per ulteriori informazioni e/o iscrizioni:
chiamare lo 011 3110675
scrivere a info@tueorservizi.it
acquistare su shop.tueorservizi.it

tueor SERVIZI
marketing & comunicazione