Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Febbraio 2021 - anno XVII n. 2

www.dental-tribune.com

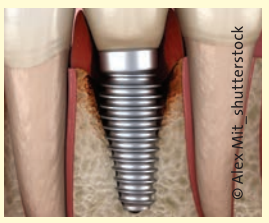
AD

SPECIALE PERIMPLANTITE

Perimplantite: conoscerla e prevenirla

Nell'edizione di febbraio, proponiamo ai nostri lettori una serie di contenuti inerenti alla perimplantite, passando dalla prevenzione al riconoscimento attraverso l'analisi eziologica.

da pagina 8


© Alex-Mit_shutterstock

FDI condivide la visione sull'erogazione di assistenza sanitaria nelle cure orali fino al 2030

FDI World Dental Federation

© FDI World Dental Federation

GINEVRA, Svizzera: per 120 anni FDI World Dental Federation ha concentrato la sua missione sull'obiettivo di migliorare la salute orale in tutto il mondo.

› pagina 2

AD

GESTIONE DELLO STUDIO

Studio monoprofessionale, studio associato o società di professionisti. Cosa scegliere? Risponde l'esperto 5

INDUSTRY REPORT

Alla conquista del biofilm sui brackets 12

FORMAZIONE

Il futuro del laser. Conversazione con il presidente di AIOLA 14

Chi sono i pazienti nomadi e dove sono?

Patrizia Biancucci

© Maurizio Quaranta

Il Covid-19 e i portatori sani di notizie false li vedremo presto allontanarsi dal nostro specchietto retrovisore, ma noi non possiamo rilassarci perché dobbiamo già approfittarne per mettere ordine nelle cose che facciamo. Per prima cosa dobbiamo alleggerire lo zaino, ridisegnando il sogno che abbiamo del nostro studio e fare una sana pianificazione finanziaria, se vogliamo arrivare alla meta. Dobbiamo mettere a frutto tutto ciò che di nuovo abbiamo imparato durante questi due diversi lockdown, incluso il modo di comunicare, che lo abbiamo visto consolidarsi in versione multicanale, soprattutto se vogliamo intercettare i pazienti "nomadi".

› pagina 4

Gli aspetti gestionali dell'evoluzione delle forme di aggregazione tra gli studi

Intervista al consulente esperto di controllo di gestione nel settore odontoiatrico

Patrizia Biancucci

© Tueor Servizi

Da molti anni stiamo assistendo all'aggregazione tra studi professionali. Un controllo di gestione molto accurato, puntuale e preciso permette di correggere in maniera tempestiva eventuali inefficienze dello studio dentistico in modo da consentire all'odontoiatra di prendere decisioni ponderate, rapide ed efficienti, sulla base dei dati aggiornati forniti dal consulente.

› pagina 5

AD

AD

FDI condivide la visione sull'erogazione di assistenza sanitaria nelle cure orali fino al 2030

‹ pagina 1

In un rapporto pubblicato di recente, intitolato "Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All" l'organizzazione ha condiviso il modo in cui intende continuare a portare avanti tale obiettivo nel prossimo futuro. Questo lungimirante rapporto delinea come la comunità della salute orale può affrontare i cambiamenti e le tendenze attuali di trasformazione, anticiparli nel mondo sanitario a livello globale e cogliere l'opportunità di diventare membri partecipi di un team sanitario che fornisce cure centrate sulla persona. Il messaggio principale di FDI è che, entro il 2030, l'assistenza sanitaria orale sarà responsabilizzante, basata sulle evidenze scientifiche, integrata e completa. Il rapporto Vision 2030 sottolinea anche la responsabilità dei singoli professionisti della salute orale nel mantenere un livello appropriato di competenza durante tutta la vita professionale e la necessità per ciascuno di assumere un ruolo di leader all'interno della comunità sanitaria e nella società intera. Tre pilastri, ciascuno con un obiettivo principale, rappresentano una strategia per l'istruzione che creerà una professione reattiva e resiliente e garantirà le capacità per guidare le riforme nei sistemi. Secondo FDI, l'istruzione e la formazione nella sanità pubblica consentiranno agli operatori sanitari di contribuire in modo più efficace alla prevenzione delle malattie orale a livello generale. Inoltre, consentirà loro di svolgere un ruolo centrale nell'affrontare possibili future emergenze di salute pubblica simili alla recente pandemia di Covid-19. Indubbiamente, l'epidemia di SARS-CoV-2 ha avuto un impatto importante sull'erogazione dei servizi di salute orale limitando il contatto diretto con i pazienti e limitando l'ambito delle cure che possono essere erogate in sicurezza. Secondo l'organizzazione, questo è stato un forte campanello di allarme sul mondo incerto in cui viviamo e un esempio del perché la nostra professione deve essere adattabile e resiliente. Questo rapporto ha lo scopo di guidare gli sforzi politici e di difesa per il prossimo decennio e si concentra in modo specifico sull'attuale pandemia. Tuttavia, considera anche ciò che si può imparare da questa crisi e come la professione dovrebbe evolversi per essere preparata alla prossima grande sfida sanitaria, qualunque essa sia. Inoltre, il rapporto riconosce che ci saranno delle differenze specifiche per Paese e regione nelle sfide della salute orale che dovranno essere affrontate, nonché differenze nelle priorità di salute e nelle risorse disponibili. Pertanto, non può esserci un approccio valido per tutti. Spetterà ai singoli Paesi interpretare le raccomandazioni di questo rapporto sulla base delle proprie circostanze. FDI ha affermato che sono previsti aggiornamenti sui problemi sanitari e sul raggiungimento degli indicatori chiave a intervalli regolari basati sui requisiti locali e globali. Tuttavia, questi non intendono essere prescrittivi ma piuttosto fornire una guida condizionata alle esigenze, condizioni e circostanze locali.

FDI World Dental Federation

Le migliori professioni: l'odontoiatria è nella top 10 per il 2021

WASHINGTON, Stati Uniti: Quest'anno, ci sono solo otto lavori migliori di quello dell'odontoiatra secondo l'elenco 2021 dei migliori lavori negli Stati Uniti compilato da US News & World Report. Il rapporto annuale sull'occupazione, dell'agenzia media, fornisce elenchi di classifiche e ricerche relative alle professioni e il dentista si è classificato nono nell'elenco dei migliori lavori del 2021. I notiziari statunitensi hanno riferito non solo che i dentisti hanno uno stipendio elevato e una bassa disoccupazione, ma che la professione offre forti opportunità di lavoro. Ha osservato che i dentisti hanno uno stipendio medio annuo di $ 155.600 (€ 127.850) e un tasso di disoccupazione dello 0,2% e che si prevede che nel prossimo decennio saranno disponibili 3.700 posti di lavoro nel settore odontoiatrico. L'odontoiatria è stata classificata al secondo posto nell'elenco dello scorso anno e al numero 1 nel 2017. Il rapporto, che si basa su ricerche e informazioni dagli Stati Uniti, e quindi riguarda solo il Paese, ha osservato che i dentisti lavorano bene fino ai 60 anni e hanno un livello di stress medio e una flessibilità lavorativa superiore alla media. I lavori sanitari rappresentavano 42 dei 100 migliori lavori e per la maggior parte delle professioni tra i primi dieci. Antonio Barbera, consumer advice editor della U.S. News, ha affermato che questo avviene in un momento in cui l'assistenza sanitaria è più critica che mai. "Una cosa che la pandemia globale ha rafforzato è la necessità e il valore degli operatori sanitari. Le classifiche di quest'anno affermano che è un buon settore professionale per molti, con stipendi medi tipicamente alti e bassi tassi di disoccupazione", ha commentato Barbera in un comunicato stampa. L'ortodontista si è classificato all'undicesimo posto nella lista dei 100 migliori lavori, perdendo di poco il fatto di essere incluso tra i primi dieci. I primi tre lavori nell'elenco sono l'assistente medico, lo sviluppatore di software e l'infermiere.

Le professioni sanitarie orali tra i lavori meglio pagati

I lavori nell'assistenza sanitaria orale si collocano al terzo posto tra i primi dieci nella lista dei lavori più remunerativi. Mentre l'anestesista è stato classificato al primo posto, ha lo stesso stipendio medio ($ 208.000) del chirurgo orale e maxillo-facciale (terzo classificato), l'ortodontista è quinto classificato e l'odontotecnico sesto classificato. US News ha affermato che il 25% dei professionisti meno pagati tra i chirurghi orali e maxillo-facciali, ortodontisti e protesisti, guadagnano rispettivamente $173.470, $ 139.330 e $ 127.690. I chirurghi orali e maxillo-facciali hanno un tasso di disoccupazione dello 0,3%, solo leggermente superiore al tasso di disoccupazione dello 0,2% indicato per ortodontisti e odontotecnici. Secondo il rapporto, il chirurgo e il protesista orale e maxillo-facciale americano medio lavorano bene fino ai 60 anni e godono di un basso livello di stress e di un buon equilibrio tra lavoro e vita privata. Tuttavia, il livello di stress per i due lavori è stato segnalato come superiore alla media e la flessibilità del lavoro inferiore alla media. US News ha affermato che anche gli ortodontisti americani lavorano bene fino ai 60 anni e hanno un livello di stress inferiore alla media e una flessibilità lavorativa superiore alla media.

Per compilare le sue classifiche, US News identifica i lavori con il maggior potenziale di assunzione, sulla base dei dati del Bureau of Labor Statistics degli Stati Uniti. I posti di lavoro vengono quindi valutati in base a una serie di misure: volume di crescita previsto e percentuale di crescita su un periodo di dieci anni, salario medio, tasso di occupazione, prospettive di lavoro future, livello di stress e equilibrio tra vita e lavoro.

Jeremy Booth

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

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

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

All rights reserved. © 2021 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

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

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XVII Numero 2, Febbraio 2021

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

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

DENTAL TRIBUNE EDIZIONE ITALIANA FA PARTE DEL GRUPPO DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL CHE PUBBLICA IN 25 LINGUE IN OLTRE 90 PAESI

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

La ripartenza, soluzioni e opportunità per il 2021

Guarda il Congresso di **Management Odontoiatrico**

Parte 1

Parte 2

La gestione dello studio odontoiatrico, da qualche anno un tema a cui è stato finalmente attribuito il giusto peso e considerazione da parte dei diversi protagonisti del settore, non è mai stata tanto difficile come durante l'anno appena concluso. La crisi sanitaria dovuta alla pandemia di SARS-CoV-2 e la conseguente crisi economica hanno messo in ginocchio moltissime attività e l'odontoiatria, non solo italiana ma mondiale, ha per qualche mese perso completamente le sicurezze conquistate in tanti anni. Tuttavia è stata anche un' occasione per riflettere sulla propria professionalità in primis e poi sul proprio studio, il team, i problemi che ci si trascinano da anni senza fermarsi mai a pianificare una riorganizzazione.

In questo clima di insicurezza, timori, desiderio di mollare tutto dopo anni di sacrifici o, all'opposto, di rilanciare con entusiasmo la propri attività o magari creare strutture aggregate perché "l'unione fa la forza", la testata Management. odontoiatrico.it ha organizzato lo scorso dicembre la quarta edizione del Congresso di Management dello studio e della professione odontoiatrica, che normalmente si svolge a settembre in presenza a Marina di Carrara che sapesse essere di reale ispirazione per tutti. Nelle prossime pagine si propongono alcune interviste ai relatori (altre sono state pubblicate sul numero del Dental Tribune di Gennaio).

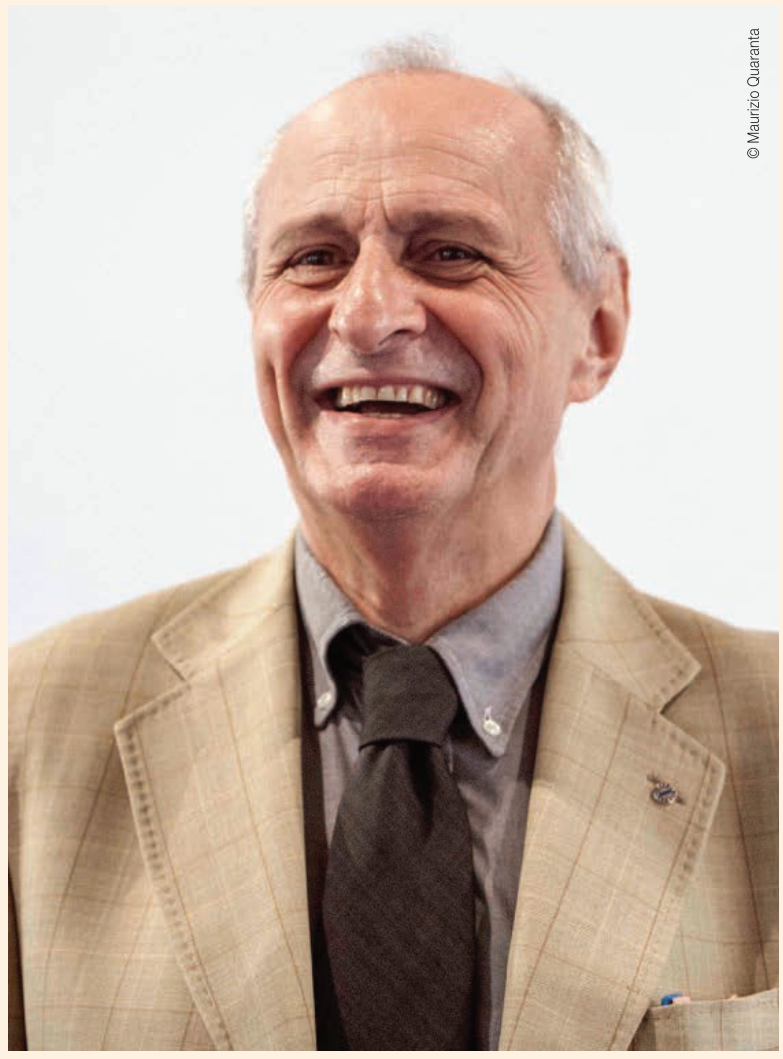
La scelta dei contenuti e delle sessioni non è stata indirizzata a statistiche del passato o teorie: rivolgendosi a consulenti esperti di ogni aspetto del complesso mondo odontoiatrico le relazioni hanno espresso indicazioni pratiche e analitiche rivolte al 2021 e oltre , invogliando i professionisti a prendere consapevolezza della propria situazione e valutare soluzioni, tante oggi disponibili, utili al raggiungimento degli obiettivi del proprio futuro professionale.

Con il titolo "La ripartenza: soluzioni e opportunità per il 2021", nelle giornate di venerdì 11 e sabato 12 dicembre 2020, si è svolto l'evento online che ha visto la partecipazione di relatori clinici, consulenti di gestione, psicologi, esperti di marketing, comunicazione, organizzazione e risorse umane che hanno tracciato le linee guida per la gestione delle attuali criticità e per essere in grado di poter cogliere le opportunità che nascono sempre anche in periodi di profonda crisi. Chi sa investire il proprio tempo e la propria professionalità nei progetti futuri potrà contribuire da protagonista alla ripresa di un settore così dinamico come quello dentale che da anni è già in grande evoluzione clinica e non solo. Il motto "Fare il dentista è un'impresa" non è mai così attuale come in quest'ultimo anno nelle sue due accezioni: un'impresa davvero riuscire a stare a galla non facendosi affondare dalle chiusure forzate, dal senso di impotenza, dalla paura dei contagi, dai pregiudizi per un settore che da sempre utilizza i dispositivi di protezione individuale e che è stato invece stigmatizzato dal giudizio popolare. Ma anche nella accezione di impresa come azienda e quindi imprenditorialità imprescindibile oggi più che mai nei nuovi modelli di sviluppo.

Indirizzi e soluzioni per ogni tipo di realtà: a chi non ha più pazienti, a chi ha deciso di velocizzare il processo di pensionamento, a chi ha pensato di aggregarsi e lasciare nel passato il suo studio mono-professionale, a chi invece ha investito ancora di più in una nuova e più efficace comunicazione con il paziente e nella clinica facendo ricerca e abbracciando nuove visioni dell'odontoiatria all'interno della più ampia e inclusiva medicina orale. Oltre 450 i registrati di cui 260 live. Il Congresso è disponibile on line ed è possibile visionarlo scansionando i QRcode in alto.

Carola Murari

Chi sono i pazienti nomadi e dove sono?


© Maurizio Quaranta

< pagina 1

Ma ammesso che esistano, chi sono questi pazienti nomadi e dove sono? È la domanda che ci pone il dr. Maurizio Quaranta, laureato presso l'Università Statale di Milano, master in Business School presso la Bocconi e consulente esperto nel settore odontoiatrico.

Dr. Quaranta, crisi del mercato e pandemia amplificano le criticità della professione odontoiatrica?

Voglio ricordare che il XX secolo è iniziato con la Prima Guerra Mondiale e una pandemia, la Spagnola del '18, che ha mietuto milioni di vittime. Il XXI secolo è iniziato con un'altra pandemia, il Covid-19, che ha sospeso l'attività degli studi dentistici, ad eccezione delle emergenze. A causa del Covid-19 la situazione sicuramente è peggiorata, ma di sicuro anche senza pandemia da qualche anno il mercato era leggermente in sofferenza, perché se andiamo a vedere soffrivamo già da tempo di elevata frammentazione. Nei 40.000 studi di odontoiatrici la domanda purtroppo è stata fondamentalmente stabile e questo lo abbiamo visto anche nella crisi del 2008, che ha preceduto quella del Covid del 2019, con la sindrome da poltrona vuota. Cause ovviamente macroeconomiche perché non è stato così facile riprenderci da un paio di crisi endemiche che sono successe. E poi, al di là della bolla finanziaria del 2008 che ha comunque lasciato i segni, sicuramente dall'altra parte c'è stato un deciso miglioramento dello stato di salute dell'apparato stomatognatico dei cittadini italiani.

Come vede l'evoluzione degli attuali 60 mila dentisti in Italia?

Riferendoci ai numeri arrotondati, oggi abbiamo 60.000 dentisti, 40.000 studi dentistici e quindi, se facciamo i conti come fanno in altri Paesi europei con il rapporto dentisti/abitanti, risultano circa 1.000 pazienti ciascuno, precisamente 917. Teniamo presente che circa 30 mila professionisti, vale a dire più del 50%, potenzialmente lasciano la professione nell'arco di 10 anni perché pensano alla pensione. I nuovi dentisti che nel frattempo entrano sono circa 13.000 (ogni anno 850 in Italia e il resto dall'Estero). Di questi 13.000, di cui il 20-30% sono figli d'arte che resteranno uno zoccolo duro, ne rimangono 11.000 dentisti che probabilmente effettueranno delle prestazioni e delle collaborazioni presso gli studi, senza avere l'intenzione di aprirne uno proprio. Possiamo dunque prevedere che verosimilmente nella situazione finale avremo circa 23.000 studi dentistici in Italia.

È da questi numeri che è nata la sua intuizione del paziente "nomade"?

Quando diversi studi mi hanno chiesto, semplicemente per cortesia, di svuotare lo studio odontoiatrico e liberare il locale, mi sono reso conto che forse non abbiano neanche pensato di vendere per cui, anziché traghettare i pazienti da un collega, hanno probabilmente avvisato i pazienti che avrebbero chiuso ed ognuno si sarà arrangiato per i fatti suoi. È qui che ho avuto l'idea del paziente nomade, che poi invece è diventato un paziente "orfano".

Riguardo quegli 11 mila odontoiatri non titolari di studio, come potremmo definirli?

In realtà possiamo chiamarli dentisti "nomadi", che non sono dentisti di serie B, ma odontoiatri di serie A che decidono di non aprire il proprio studio perché non sono figli di dentisti liberi professionisti, perché si dovrebbero rompere la schiena 12 ore al giorno attaccati alla poltrona per guadagnarsi la propria vita.

Dr. Quaranta, non basta sapere che esistono i pazienti potenziali, bisogna anche raggiungerli. E come da suo punto di vista?

Si, è vero che perdiamo circa 20.000 studi e questo vuol dire che dei 60.000 dentisti ci ritroveremo ad essere semplicemente 30.000, con 25 milioni di pazienti "orfani"; questa è la realtà perché significa che in ogni studio teoricamente ho un passaggio da 1.500 - 2.500 pazienti. Ma questi pazienti entrano nello studio direttamente perché mi cadono nella rete o dovrò fare qualcosa per andarli a recuperare? È certo che devo fare qualcosa, e anche qui la tecnologia mi aiuterà, ma mi aiuterà anche l'essere medico, mi aiuterà anche l'essere odontoiatra, mi aiuterà anche essere online quando comunico col paziente, ma anche quando finalmente riesco a essere in presenza con il paziente nel one-to-one in studio. Mi devo domandare in quale modo raggiungerò i pazienti in futuro, quale sarà il ruolo che io dentista, con le mie pubbliche relazioni e con la mia catena di Sant'Antonio, al di là dell'online o offline, dovrò avere per andare a prendere quei 1.000-1.500 pazienti che vorrei traghettare nel mio studio.

Secondo lei, profondo conoscitore del comparto odontoiatrico, quale sarà il ruolo dei professionisti in un mondo di macchine intelligenti?

La tecnologia è di certo importante, però la tecnologia alla fine è un'isola, quindi sono io che voglio scegliere come giocarmela su quest'isola. Sicuramente devo essere in grado di capire e di avere la capacità di gestire il cambiamento, di avere nella testa questo contrafforte, questo spartiacque tra clienti e pazienti. Saper personalizzare l'offerta per soddisfare le singole nicchie o le cerchie di clienti che potranno diventare poi dei pazienti, perché sono io a dover andare a prendere la mia parte che mi spetta di quei 25 milioni di pazienti "orfani", perché mi voglio portare a casa i miei 1.000-1.500 pazienti per il mio studio. Dovremo sicuramente avvalerci anche della tecnologia, che sarà comunicazionale e integrata, vale a dire multicanale, perché se il mio studio odontoiatrico avesse solo pazienti che sono albergatori, ristoratori o proprietari di agenzie di viaggi praticamente potrei chiudere. Da ricordare che dal 2006 con la Legge Bersani c'è stata una progressiva e veloce globalizzazione e deregolamentazione con l'ingresso del capitale, vale a dire degli investitori non prettamente medici e tutto questo ha cambiato lo scenario in cui dobbiamo saperci muovere.

Patrizia Biancucci

Studio monoprofessionale, studio associato o società di professionisti. Cosa scegliere? Risponde l'esperto

Da molti anni stiamo assistendo all'aggregazione tra studi professionali. Il contesto economico attuale richiede al professionista risposte rapide ed efficienti per competere in un mercato in continuo cambiamento. L'aggregazione tra professionisti sotto forma di studio associato o di StP (tipicamente nella forma di società a responsabilità limitata) rispondono a questa esigenza, seppure con peculiarità diverse. Una breve disamina degli aspetti fiscali e giuridici fatta con il dr. Federico Moine, commercialista esperto del settore odontoiatrico, sull'evoluzione delle forme societarie dello studio odontoiatrico per approfondire l'analisi degli aspetti giuridici, fiscali, previdenziali e gestionali.

Dr. Moine, quante formule giuridiche esistono per la gestione di uno studio odontoiatrico?

Sostanzialmente le forme giuridiche con cui uno studio odontoiatrico può essere gestito sono le seguenti:

1. lo studio monoprofessionale, in cui il professionista è l'unico titolare dello studio

2. lo studio associato, o associazione professionale, in cui due o più professionisti iscritti all'albo si associano ed esercitano in forma associata

3. la società tra professionisti, riconosciuta dalla legge 183 del 12 novembre 2011

Nello studio monoprofessionale tutto è in carico al titolare? Ritiene che possa reggere il mercato?

Il titolare di studio monoprofessionale ha non solo la responsabilità professionale, come è ovvio, ma anche quella fiscale, giuridica e previdenziale, rispondendo in proprio anche con il patrimonio personale, dunque privo di schermi protettivi. Lo studio monoprofessionale, di cui molto spesso si celebra il funerale, in realtà può avere tranquillamente una sua ragione di esistenza legata a una scelta da parte del titolare di operare soltanto in certi ambiti di attività e non in altri, oppure di avvalersi di collaboratori esterni. Ma è solo il titolare che si vede applicare l'IRPEF, con gli scaglioni progressivi, l'IRAP e l'ENPAM, con un prelievo fiscale che può arrivare fino al 55-60%.

Lo studio associato equivale ad una associazione tra soli professionisti? Con quali caratteristiche?

Le associazioni professionali sono possibili solo tra professionisti iscritti al proprio Ordine, ma non necessariamente allo stesso. Ad esempio, due o più professionisti che si associano per l'esercizio congiunto dell'attività, redigono un atto costitutivo che non significa necessariamente l'equiparazione degli utili tra i soci dello studio, ma le quote di partecipazione possono essere determinate in modo diverso e variare di anno in anno, anche sulla base dell'effettivo apporto da parte di ciascuno degli associati. La principale caratteristica della StP odontoiatrica, iscritta regolarmente all'Ordine dei medici e degli odontoiatri di appartenenza, è che il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale debba costituire la maggioranza con i due terzi, a tutela dei professionisti e dei pazienti. Inoltre l'associazione professionale ha una propria partita IVA con la quale fattura le prestazioni ai pazienti.

Dr. Moine, ritiene che i professionisti individuali e gli studi associati stiano valutando l'evoluzione verso forme societarie vere e proprie? Con quali vantaggi?

Mi sembra probabile che si stia andando verso l'aggregazione, vale a dire forme di società di persone, società di capitali o addirittura di società cooperativa. Sul territorio nazionale c'è già qualche esperienza di società tra professionisti che comporta un maggior impegno amministrativo e per certi versi un'organizzazione più strutturata, tra cui determinare il magazzino, le rimanenze finali e di fusione. Però vanno anche evidenziati i pregi del modello societario, soprattutto rispetto a capitali che possono affluire dall'esterno e comunque avere soci nel contesto familiare del professionista. Altro vantaggio è che possono consentire uno sviluppo diversificato dell'attività secondo un'organizzazione più tipica del mondo dell'impresa.

Patrizia Biancucci

Gli aspetti gestionali dell'evoluzione delle forme di aggregazione tra gli studi

Intervista al consulente esperto di controllo di gestione nel settore odontoiatrico

< pagina 1

Nel contesto economico attuale, che richiede al professionista risposte efficaci per competere con il continuo cambiamento del mercato, facciamo una breve disamina degli aspetti gestionali con il dr. Franco Cellino, esperto di organizzazione e di controllo economico e finanziario dello studio odontoiatrico.

Dr. Cellino, cos'è il controllo di gestione?

Qualcuno potrebbe pensare che si tratti di un doppione del lavoro del commercialista valutando incasso e fatturato. In realtà il controllo di gestione valuta i costi di produzione iniziando a suddividere i costi fissi e i costi variabili, per poi associarli ai vari operatori/produttori, alle aree cliniche e alle singole prestazioni, fino a determinare la produzione e il valore economico delle prestazioni eseguite.

Come si fa a individuare le criticità di uno studio?

Molte volte la criticità di uno studio può essere legata ad una organizzazione amministrativa non perfetta. L'analisi dell'utile di settore ci fa capire quali sono i settori più forti e quali i meno forti in termini di resa, per arrivare poi ad analizzare anche le singole prestazioni con l'analisi delle tariffe.

Molti sono i parametri da tenere sotto osservazione: tempi di lavoro, programmazione di agenda, tempi poltrona e la sua utilizzazione, efficienza delle risorse umane che lavorano all'interno dello studio odontoiatrico, come collaboratori, dipendenti clinici e amministrativi.

Dr. Cellino, nella sua relazione al IV congresso Management dello studio e della professione odontoiatrica 2020 ha portato come esempio i dati di tre studi che si sono associati. Li vogliamo riassumere?

Premesso che alla fine dell'anno 2 c'è stato un calo reddituale dei soci presi singolarmente, dovuto anche a nuovi investimenti, di fatto i dati analizzati dall'anno 0 all'anno 4 ci dicono che c'è stato un incremento del 72% dei ricavi, una crescita del 138% dei costi variabili, del 73% dei costi fissi, una crescita di utile pari al 36 %. Andando a vedere la ripartizione del reddito rispetto all'anno 0, il socio 1 è passato da 60 a €95.000 lordi, il socio 2 da 87 a €100.000, il socio 3 da 177 a €240.000. Questa è una dimostrazione di come l'aggregazione può dare dei risultati importanti anche economicamente.

Altri vantaggi dell'aggregazione tra studi odontoiatrici?

Ritengo che il fatto di aggregarsi non significhi solo cercare a tutti i costi il vantaggio economico. Percepisco infatti nei miei clienti anche una certa tranquillità psicologica nel non essere da soli a dover gestire l'attività produttiva odontoiatrica, con la possibilità di essere tranquilli quando per vari motivi ci si deve fermare oppure semplicemente rallentare la propria attività operativa, prendersi dei momenti di relax o di vacanza.

Gli odontoiatri che si associano non hanno tutti la stessa capacità produttiva, anche in relazione alla propria area di intervento clinico. E allora quali sono i criteri per stabilire la partecipazione agli utili?

Premetto che si possono determinare gli utili tra gli associati con dei criteri non necessariamente correlati alle quote associative, oppure stabilire una quota fissa magari proprio legata alle quote associative. Ma poi ci sono altri fattori di cui tenere conto: il tempo diretto, cioè quello clinico passato sui pazienti, il tempo indiretto, cioè quello extraclinico come rapporti con le risorse umane, i fornitori, i consulenti, tempo che permette ad altri di eseguire prestazioni remunerative. Da non sottovalutare la capacità commerciale, vale a dire la capacità di vendere e quindi di creare lavoro che sicuramente ha un beneficio su tutta l'attività dello studio odontoiatrico e che quindi in qualche modo va riconosciuto.

Patrizia Biancucci

Operazioni di acquisizione e cessione di studi odontoiatrici: un mercato in crescita

© Tueor Servizi

Alessandro Siess

L'ingresso nel mercato da parte del mondo imprenditoriale

Nell'ambito delle attività professionali, il mercato degli studi dentistici è stato uno dei primi ad essere oggetto di interessamento da parte del mondo imprenditoriale, con l'ingresso circa 15 anni fa delle cosiddette catene dentali, società di capitali sovente partecipate da fondi ed investitori esteri. Questi operatori hanno sostanzialmente accelerato il processo di imprenditorializzazione dell'attività professionale, applicando logiche aziendali all'organizzazione del lavoro:

- standardizzazione ed ottimazione dei processi organizzativi
- spersonalizzazione dell'attività e realizzazione di brand strutturati
- utilizzo di risorse manageriali
- attività di marketing e comunicazione
- controllo di gestione

Trattasi pertanto di operatori del mercato che, tramite un utilizzo mirato del marketing e della comunicazione, hanno portato il paziente a vedere l'offerta odontoiatrica non più come una mera prestazione sanitaria, bensì come una prestazione che si inserisce nell'ambito di una più ampia "esperienza di consumo". Il paziente viene avvicinato tramite una proposta che si presenta attraente, non solo in termini economici (convenienza economica in realtà poi non sempre riscontrata), ma anche in termini più ampi: maggiore e migliore organizzazione, cura della relazione "commerciale", offerta di strumenti finanziari, maggior fruibilità al servizio in termini sia di location (sovente presso aree commerciali, con facilità di parcheggio) sia di maggiore elasticità di orari e di giorni di apertura.

Nel corso di questi processi di crescita imprenditoriale sono certamente emerse anche delle criticità, in quanto la corsa "ossessiva" all'utile, tipica della visione imprenditoriale, ha avuto necessariamente anche degli effetti negativi:

- spinta alla turnazione dei professionisti impiegati dalla struttura e conseguente perdita del rapporto fiduciario fra il paziente ed il titolare dello studio
- in certi casi una minor attenzione agli standard qualitativi, causata dall'impiego sovente di professionisti giovani, inesperti ed a basso costo
- scelta di terapie funzionali alla miglior resa delle prestazioni in termini di marginalità immediata
- aumento del contenzioso legato a responsabilità professionale e conseguente ricaduta sull'immagine reputazionale della struttura.

Una possibile inversione di tendenza?

Si stanno affacciando ora sul mercato dei player imprenditoriali che si fanno portatori di una progettualità diversa. E' presto per parlare di una consolidata inversione di tendenza, ma certamente ora si incontrano sul mercato operatori propensi ad abbinare l'applicazione delle logiche aziendali con:

- un alto livello degli standard qualitativi delle prestazioni sanitarie
- un importante coinvolgimento del titolare della clinica nel progetto imprenditoriale
- significativi investimenti nella formazione

Si ritiene che questa scelta costituisca la strada giusta da percorrere, in quanto, a parere di chi scrive, l'organizzazione aziendale non può prescindere dalla qualità della prestazione professionale, bensì deve essere di supporto alla medesima, al fine di consentire al professionista di fornire ai pazienti un servizio altamente qualificato. Ecco che diviene fondamentale un robusto coinvolgimento nel progetto del titolare dello studio e ciò non solo al fine di accompagnare la pazientela nel percorso di fidelizzazione verso la nuova struttura, ma anche per cooperare e vigilare ai fini del mantenimento degli standard qualitativi in essere prima dell'ingresso dell'imprenditore.

I professionisti sono attivi sul mercato delle acquisizioni?

L'emergenza sanitaria, la quale accelera il processo di decadenza dello studio mono professionale a causa della sua fisiologica difficoltà ad affrontare le crisi di mercato, sta aprendo delle vere e proprie praterie inesplorate per chi ha la lungimiranza e lo spirito di iniziativa necessari.

Quali le riflessioni che si possono proporre ai professionisti interessati ad affrontare il mercato delle aggregazioni di studi dentistici?

Vale all'inverso un po' il discorso fatto per gli imprenditori: anche i dentisti devono mutuare quanto di buono espresso dalle catene dentali e quindi far loro le positività dell'approccio imprenditoriale al mondo professionale, in quanto una migliore organizzazione si traduce in efficienza e in maggior marginalità, a sua volta necessaria a garantire la qualità della prestazione. Allo stesso tempo il professionista non deve fare l'errore di sottovalutare e sminuire i plus tipici del suo dna: indipendenza, preparazione, aggiornamento continuo, perizia, responsabilità.

Il dentista, inoltre, deve rendersi conto che, per intraprendere questi percorsi e fronteggiare la concorrenza del mondo imprenditoriale, deve presentarsi sul mercato in forma aggregata ed integrata con altri professionisti, non disdegnando ove necessario la partecipazione al progetto di altri soggetti: solo così potrà avere la capacità e la forza per creare strutture in grado di fornire prestazioni di qualità in un contesto di efficienza.

È evidente, infine, che i dentisti difficilmente possono avere le competenze per sviluppare autonomamente simili progetti, essendo invece consigliabile che si avvalgano di consulenti specializzati in materia.

Alessandro Siess
di MpO & Partners

AD

TOOL
ODONTOIATRIA DEL FUTURO

Noi organizziamo **progetti**.
Tu avrai **soluzioni**.

MARKETING E COMUNICAZIONE
SITI WEB E SOCIAL NETWORK
GRAFICA E BRAND IDENTITY
INTRAMARKETING
ANALISI E CONTROLLO DI GESTIONE
ORGANIZZAZIONE E SEGRETERIA

SCOPRI ORA COME FAR
CRESCERE IL TUO STUDIO

www.toolodontoiatria.it

Scarica la brochure

Gli odontoiatri potrebbero essere in prima linea nella campagna vaccinale

© siam.pukkato/Shutterstock

Il 12 gennaio è apparso un articolo molto illuminante della collega Franziska Beier sul sito Dental Tribune international, dedicato al Coronavirus dallo scorso gennaio 2020 che riporta giornalmente i numeri mondiali della pandemia e le principali notizie e ricerche riguardanti il Covid-19 e il settore dentale, a cui rinviamo e che ringraziamo per tenerci sempre aggiornati.

In California, USA, i 30.000 dentisti registrati potranno somministrare i vaccini Covid-19 e per primi essere vaccinati, grazie alle pressioni della California Dental Association (CDA) che ha ottenuto una deroga, il 4 gennaio scorso, dal Department Of Consumer Affairs affinchè i dentisti possano somministrare i vaccini, presso strutture pubbliche e ospedaliere o presso i loro studi professionali e le cliniche, a condizione è che:

- i pazienti abbiano più di 16 anni
- si completi la propria istruzione con un percorso specifico formativo di 3 ore
- il vaccino sia uno tra quelli approvati dalla Food and Drug Administration.

È auspicabile, si legge nel comunicato stampa della CDA, che il dentista stesso a sua volta si vaccini. Si legge, inoltre, che la finalità di questa richiesta, ottenuta, è che 30.000 operatori sanitari a supporto della task-force, se pur su base volontaria, aiuterebbero molto alla diffusione del vaccino. In California i primi di gennaio erano disponibili 2 milioni di vaccini e appena mezzo milione sono stati somministrati, forse per gli stessi problemi organizzativi e di carenze di personale addetto alle vaccinazioni come in molte altre parti del mondo. E' comprensibile, quindi, che avere una base potenziale di 30.000 esperti, quali sono i dentisti, addetti alla somministrazione in zone particolarmente delicate e a rischio, possa rafforzare il processo della vaccinazione e sopperire a ritardi.

In Italia gli odontoiatri, oltre 50.000, sono registrati all'Albo dei Medici e Odontoiatri, lo stesso albo dunque dei Medici e Chirurghi.

Siamo sorpresi che ci si ponga ancora il problema delle priorità o meno della vaccinazione (volontaria), e la messa a disposizione dei vaccini a chi opera in strutture sanitarie private in genere. C'è stata una "svista" nei regolamenti di priorità, adesso non facilmente mutabile.

Recentemente, quasi a volersi fare perdonare, anche i media televisivi, che di settore dentale non hanno quasi mai parlato, fanno apparire sullo schermo, in trasmissioni prestigiose e seguite, un odontoiatra, parte della categoria medica e moralmente anche "buono".

Il 10 gennaio infatti, nella stessa serata, ben due conduttori televisivi quali Fazio su Rai3 nella trasmissione "Che tempo che fa" e Massimo Giletti su La7 nel corso del programma "L'Arena" hanno fatto riferimento ai dentisti. Grazie al Prof. Burioni del San Raffaele, ospite fisso di Fazio, abbiamo assistito in diretta alla vaccinazione di un odontoiatra del San Raffaele, in risposta al conduttore (anche i dentisti saranno vaccinati), mentre Giletti citava un medico odontoiatra di Genova, il Prof. Rubino, titolare di studio odontoiatrico, che per un anno ha fatto la scelta di lavorare in un reparto ospedaliero Covid. Farsi sentire dall'opinione pubblica è importante per rialzare l'asticella di una professione a tutela della salute.

Patrizia Gatto

AD

La perimplantite: come prevenirla

Dott. Marco Mozzati, Dott.ssa Giorgia Gallesio***

**Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Odontostomatologia.*
***Laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria.*

La Perimplantite è una complicanza decisamente attuale in Implantologia: nel 2008, infatti, al sesto European Workshop on Periodontology è stato reso noto che la prevalenza della patologia perimplantare è di circa il 50% dei siti perimplantari (80% dei soggetti) per le mucositi e di circa il 12-40% dei siti (56% dei soggetti) per le perimplantiti. Per prevenirla è importante conoscerne l'eziologia e la multifattorialità.

Lo spazio biologico circostante un impianto è costituito da epitelio giunzionale e da un tessuto connettivo completamente differente da quello che circonda il dente. Il sigillo che garantisce questo tessuto, principalmente costituito da fibre monodirezionali è assai meno efficace della protezione garantita dal tessuto parodontale ai denti naturali. Il connettivo della zona sopracrestale prossima agli impianti è più ricco di fibre di collagene, ma presenta una minore popolazione cellulare rappresentata da fibroblasti e una minore vascolarizzazione rispetto a quella dei denti naturali e questo fa sì che assuma le caratteristiche di un tessuto cicatriziale.

Sia nei denti naturali che negli impianti viene riconosciuta la funzione di barriera dell'attacco connettivale e del connettivo sopracrestale. Negli impianti è importante ricordare che la cosiddetta "ampiezza biologica", corrispondente a circa 3 mm se non presente a seguito della protesizzazione tende ad essere ricreata a spese della cresta ossea con relativa perdita ossea perimplantare: è importante quindi tener presente questa regola in fase di progettazione dell'intervento chirurgico perché molto spesso è alla base della futura salute dell'impianto.

Per quanto riguarda l'eziologia della perimplantite, gli indicatori di rischio sono molti e si possono suddividere in locali e generali; e spesso vi è una correlazione al percorso di trattamento chirurgico/protesico. Diventa quindi importante un corretto fresaggio biologico, la superficie implantare, la selezione del diametro implantare ed emergenza protesica, il sigillo tra impianto e protesi, la scelta del manufatto protesico (cementato vs avvitato), etc. Il sistema implantare BTI è stato concepito per ovviare a tali problematiche: prevede infatti un fresaggio a bassi giri, una gamma molto ampia di diametri e lunghezze, il concetto BioBlock garantisce il sigillo biologico e la superficie implantare permette una miglior osteointegrazione. È importante ricordare che il fattore chiave per il successo implantare a lungo termine è il mantenimento della salute dei tessuti perimplantari, ed è quindi necessario utilizzare tutta la tecnologia a nostra disposizione per ottenere questo risultato. L'argomento Perimplantite è vasto e di estrema attualità, per chi vuole approfondire l'argomento può seguire il webinar dal titolo "Perimplantite: diagnosi e terapia" al seguente link https://webinar.bti-biotechnologyinstitute.com/accesso-marco-mozzati-8-maggio-2020.

Marco Mozzati

Giorgia Gallesio

Come l'identificazione dei tratti microbici della perimplantite potrebbe aiutare a combattere la malattia

La parodontite e la perimplantite sono entrambe condizioni infiammatorie che colpiscono il tessuto gengivale. Tuttavia, a causa delle differenze anatomiche tra denti e impianti, le due malattie richiedono trattamenti distinti. In una recente intervista, Dental Tribune International ha parlato con il dott. Georgios N. Belibasakis, professore di biologia clinica delle infezioni orali e capo della Divisione delle malattie orali presso il Karolinska Institutet di Stoccolma, in Svezia, sull'argomento.

Belibasakis è stato recentemente coautore di uno studio sulla patogenesi microbica della perimplantite e ritiene che una comprensione più profonda del problema potrebbe aiutare a sviluppare strategie migliori per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento.

Prof.Belibasakis, cosa l'ha spinta a condurre lo studio e perché è necessario ricercare la patogenesi microbica della perimplantite?

Sono coinvolto nel campo della ricerca perimplantare da più di un decennio. Durante questo periodo, ho partecipato a gruppi specializzati per la diagnosi e la pianificazione del trattamento della perimplantite e ho pubblicato ricerche originali e articoli di panoramica scientifica sul campo. L'anno scorso, il direttore di una sezione chiamata Critical Reviews in Oral Biology and Medicine nel Journal of Dental Research mi ha invitato a scrivere una recensione aggiornata sul tema della microbiologia della perimplantite. Ho accettato volentieri di svolgere questo compito insieme al mio borsista post-dottorato, il dottor Daniel Manoil, che è anche un odontoiatra e microbiologo orale.

"A tutt'oggi, utilizziamo in gran parte gli stessi mezzi per curare sia la perimplantite che la parodontite".

Si può dire che, nonostante l'enorme mole di ricerca svolta relativamente alla pato-biologia della perimplantite, abbiamo ancora pochissime conoscenze che possono essere considerate sufficientemente innovative per entrare nell'applicazione clinica di routine. Ad oggi, utilizziamo in gran parte gli stessi mezzi per curare la perimplantite adottati per la parodontite. Quindi, identificare i tratti microbiologici e le caratteristiche patologiche di questo tipo di infezione orale, così come le sue differenze rispetto alla parodontite, può aiutarci a diagnosticare in modo più efficiente e trattarla con protocolli più specializzati in futuro.

Secondo le sue scoperte, che tipo di cambiamenti si verificano negli impianti dentali in termini di diversità microbica quando si passa dalla salute perimplantare alla mucosite perimplantare e poi, infine, alla perimplantite?

Compilando i dati degli ultimi studi basati sulla tecnica di sequenziamento del gene dell'RNA ribosomiale 16S, abbiamo osservato che la diversità microbica aumenta gradualmente durante questa transizione dalla salute perimplantare alla malattia. Più specificamente, è emerso che la maggior parte di questo aumento della diversità si verifica durante lo sviluppo della mucosite perimplantare, una fase iniziale in cui l'infiammazione perimplantare è limitata alla sottomucosa, mentre persistevano i cambiamenti che hanno accompagnato un ulteriore deterioramento verso la perimplantite, si è verificato in uno schema più sottile. Naturalmente, il cambiamento clinico dalla mucosite perimplantare alla perimplantite è grave. Ecco perché è sorprendente che i cambiamenti microbiologici non siano così drastici (Fig. 1).

Ha notato cambiamenti nella composizione all'interno delle comunità batteriche perimplantari?

Sì. I siti perimplantari sani hanno mostrato comunità batteriche che ospitano molte abbondanze di commensali orali e parodontali, simili a comunità microbiche comunemente rilevate nei solchi gengivali sani, anche se con minore diversità. Le transizioni infiammatorie perimplantari sono state caratterizzate

› pagina 9

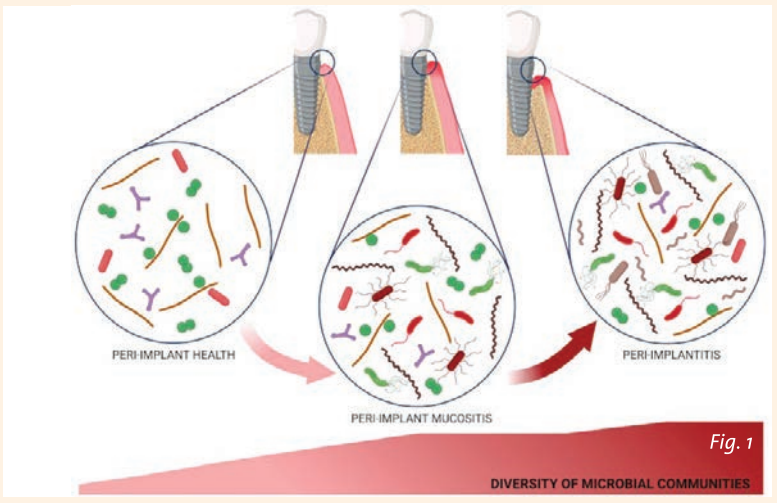


Fig. 1

Fig. 1 - La maggior diversità microbica dei biofilm sottomucosi durante il passaggio dallo stato di salute a quello della mucosite perimplantare e quindi alla perimplantite (immagine: Journal of Dental Research. Pubblicato per la prima volta su Belibasakis GN e Manoil D, J dent Res 2021; 100 (1): 21-28. Riprodotto con il permesso di SAGE in accordo con la licenza CC-BY Creative Commons)

< pagina 8

microbiologicamente da un graduale esaurimento di questi commensali, insieme ad un arricchimento dei classici patogeni parodontali, come i rappresentanti del complesso rosso (Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola e Tannerella forsythia) e di patogeni meno noti e di recente emergenza come Fretibacterium fastidiosum, Anaeroglobus geminatus o specie di Mogibacterium. È anche importante ricordare che alcuni taxa batterici, come lo Staphylococcus, sembravano essere distintivi della nicchia perimplantare, almeno rispetto a quella parodontale.

Qual è stato per lei personalmente il risultato più sorprendente della sua ricerca?

Due aspetti. Il primo di questi è la natura non unitaria del cavo orale e il suo impatto sulle comunità microbiche. Infatti, nonostante le evidenti omologie tra un solco perimplantare e un solco gengivale, le variazioni piuttosto leggere nella loro anatomo-istologia sono sufficienti a generare una nicchia perimplantare ecologicamente distinta.

Diventa sempre più evidente che, rispetto ai denti naturali, questa nicchia centrata sull'impianto può dettare la "selezione" di un microbiota differenzialmente abbondante.

Il secondo aspetto è più metodologico. Uno degli scopi del nostro lavoro era fornire una visualizzazione completa degli output microbici derivanti da studi di sequenziamento di nuova generazione. Siamo rimasti piuttosto sorpresi di osservare che la stragrande maggioranza di tali studi si basava su approcci di sequenziamento basati su 16S rRNA. Questi hanno permesso un salto di qualità in termini di mappatura della diversità delle comunità perimplantari sia in termini di salute che di malattia. Tuttavia, gli approcci attuali limitano nella migliore delle ipotesi la risoluzione tassonomica tra i livelli di genere e di specie. Prevediamo che studi futuri che riusciranno a ri-assemblare metagenomi tramite sequenziamento a fucile o che potranno scavare più a fondo in geni trascritti in modo differenziale, porteranno alla luce differenze più definite tra le malattie perimplantari. Attualmente, questi rimangono nascosti a livello di deformazione o all'interno di profili funzionali di base.

"Un principio cardine di qualsiasi professione sanitaria è una conoscenza approfondita dell'eziologia della malattia, e ancor di più nelle infezioni perimplantari". In che modo i dati acquisiti nel tuo studio potrebbero aiutare a migliorare la ritenzione a lungo termine degli impianti?

Ebbene, crediamo che un principio cardine di ogni professione sanitaria sia una conoscenza approfondita dell'eziologia della malattia, e ancor di più nelle infezioni perimplantari. Poiché il tasso di progressione della perimplantite è notevolmente più veloce della parodontite, un quadro chiaro dei suoi tratti microbici può rivelare possibili biomarcatori microbici e aiutare a prevenire l'insorgenza dell'infiammazione perimplantare. In definitiva, l'identificazione di tratti microbici notevoli e unici nella perimplantite aiuterà a progettare e selezionare strategie antimicrobiche appropriate per combattere la malattia.

Nota editoriale: lo studio, intitolato "Eziopatogenesi microbica della perimplantite guidata dalla comunità", è stato pubblicato nel numero di gennaio 2021 del *Journal of Dental Research*.

Iveta Ramonaite

Malattia parodontale e infiammazione

© Pixel-Shot/Shutterstock

La Parodontite, secondo quanto riportato dal manifesto della European Federation Periodontology nel 2012, è una malattia multi-fattoriale scatenata da microrganismi batterici e caratterizzata da una grave infiammazione cronica che porta alla progressiva distruzione dell'apparato di supporto del dente, alla perdita dello stesso e conseguentemente a disfunzione masticatoria[1].

L'intervento sugli aspetti microbici è irrinunciabile; quello di gestione del processo infiammatorio cronico ancora poco considerato come target terapeutico.

La cronobiologia dell'infiammazione è peculiare e la sua analisi consente di interpretare, attraverso lo studio delle fluttuazioni di citochine-marker specifiche, il ruolo delle citochine stesse nella modulazione del fenomeno. In estrema sintesi si può affermare che IL1 β, TNF-α innescano il processo e IL-6 lo mantiene attivo, mentre IL 10 ha il ruolo di chiudere l'evento portandolo a risoluzione[2].

St. Laurent III e Colleghi[3] hanno dimostrato che un farmaco multicomponent, a base di Arnica e di altri 13 componenti di origine vegetale e minerale (Arnica comp. Heel/Traumeel – Heel GmbH, Baden-Baden, Germania), in un modello animale di wound-healing vs Diclofenac:

- riduce l'espressione genica di IL-1β
- riduce in ampiezza e ritarda temporalmente il picco di IL-1β nell'arco delle prime 12-24 ore successive all'onset dell'infiammazione

La riduzione dell'espressione genica di IL-1β, e quindi l'innesco dell'intero processo, e la conseguente riduzione dell'intensità del fenomeno infiammatorio sono in pieno accordo con la possibilità di utilizzare il farmaco per il controllo di tutti i processi infiammatori, sia acuti che cronici.

Parimenti importanti sono i dati relativi ai meccanismi di risoluzione dell'infiammazione. Traumeel, infatti:

- riduce, senza bloccarla, l'espressione e l'attività di PGE2 necessaria, nella seconda fase del processo infiammatorio, per lo shift dei Macrofagi M1 in M2 con la conseguente produzione di resolvine e lipoxine necessarie per il processo di risoluzione dell'infiammazione attraverso meccanismi quali cell motility, stem-cell differentiation, anti-apoptosis
- è quindi in grado di modulare i geni coinvolti nei meccanismi di riparazione tissutale; per questo possiamo ipotizzare un effetto profondo sui meccanismi di regolazione cellulare nell'area colpita dall'evento infiammatorio.
- sostiene sia i fenomeni di migrazione delle cellule sia di organizzazione del tessuto durante il processo di riparazione tissutale.

In conclusione, si può affermare che Traumeel (fiale, compresse, gocce, crema) è in grado down regolare il processo infiammatorio e di promuovere la riparazione tissutale in presenza di danno con spiccata componente infiammatoria.

Questa osservazione è in linea con quanto evidenziato da Marzotto et al.[4] e Olioso et al.[5] i quali hanno ottenuto anch'essi dati sulla modulazione genica a fronte del trattamento in vitro di macrofagi con estratti diluiti e dinamizzati della sola Arnica montana. Concentrazioni sub-nanomolari di Arnica montana sono in grado di alterare positivamente l'espressione di geni coinvolti nel reclutamento dei neutrofili in sede di infiammazione e nei fenomeni di angiogenesi. Al contrario, il gene codificante per Matrix Metalloproteinase-1 (MMP1) (enzima coinvolto della degradazione della ECM) risulta down-regolato da Arnica montana. Esaminati collettivamente, i risultati discussi dagli studi di ricerca di base citati forniscono evidenze basate sulla gene-expression dell'attività biologica sia dell'estratto di Arnica montana a concentrazioni sub-nanomolari sia del medicinale multi-component il quale agisce modulando selettivamente i pannelli di geni coinvolti nei meccanismi dell'infiammazione, del rimodellamento tissutale e della chemiotassi.

Dott. Francesco Santi

Scansiona il QRcode e visualizza la scheda tecnica

bibliografia

1. Van Dyke, T. Janvan Winkelhoff Infection and inflammatory mechanisms J.Clin.Periodontol. 2013 .
2. Del Prete M, Lozzi A. Low dose Medicine e infiammazione. Nuova Ipsa , III Edizione 2018 .
3. St Laurent G 3rd, Seilheimer B, Tackett M, Zhou J, Shtokalo D, Vyatkin Y, Ri M, et al. Deep Sequencing Transcriptome Analysis of Murine Wound Healing: Effects of a Multicomponent, Multitarget Natural Product Therapy-Tr14. Front Mol Biosci.2017;4:57.
4. Marzotto M, Bonafini C, Olioso D, Baruzzi A, Bettinetti L, Di Leva F, et al. Arnica montana Stimulates Extracellular Matrix Gene Expression in a Macrophage Cell Line Differentiated to Wound-Healing Phenotype. PLoS One. 2016;11(11):e0166340.
5. Olioso D, Marzotto M, Bonafini C, Brizzi M, Bellavite P. Arnica montana effects on gene expression in a human macrophage cell line. Evaluation by quantitative Real-Time PCR. Homeopathy. 2016;105(2):131-47.

AD