



Dicembre 2016 - anno XII n. 12

www.dental-tribune.com

Ti piacerebbe stare sempre a fianco ai tuoi pazienti?

Con NOMAD PRO 2 lo puoi fare!

NOMAD PRO 2™

Semplice da usare, pronto da subito.



KaVo. Dental Excellence.

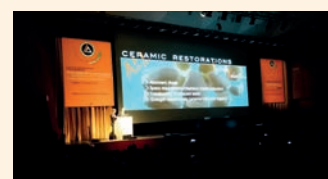


SCOPRI DI PIÙ ALL'INTERNO!

NEWS & COMMENTS

Una "grande" AIOP a Bologna il 17-19 novembre

Odontotecnici, odontoiatri, relatori di eccellenza e aziende si sono incontrati per tracciare il futuro prossimo della riabilitazione protesica.



[pagina 2](#)

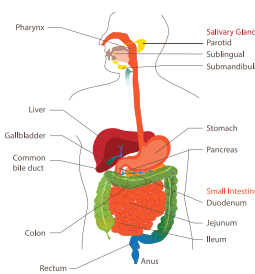
A.I.R.O.
Accademia Italiana Ricerca Orale

La sindrome metabolica

S. Santaniello

La pandemia del terzo millennio è la sindrome metabolica, legata all'ipernutrizione sbilanciata e alla sedentarietà, la quale ha come elemento caratterizzante la presenza di obesità viscerale che nel cavo orale si traduce in obesità viscerale e salivare infiammatoria.

[> Leggi l'articolo a pagina 6](#)



www.ricercaorale.it



TRENDS

Nuove sfide dei materiali dentari 3

GESTIONE DELLO STUDIO

Il passaggio generazionale alla luce delle nuove normative 4

ODONTOIATRIA & FUTURO

Il valore della formazione 7
Il sorriso del dentista 8

NEWS INTERNAZIONALI

Exponential Meeting 2017 23

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 31

Il passaggio di centralità dal medico al paziente

Eticamente un segno di civiltà, dalle numerose (e gravi) conseguenze

G. Ceretti

In vista dell'imminente regolamentazione della responsabilità professionale (cosiddetta Legge Gelli, ora all'esame del Senato) *Dental Tribune* ha raccolto alcune riflessioni in materia da parte di Gabriella Ceretti (in foto), professoressa a contratto della Scuola di specializzazione in Ortognatodonzia dell'Università di Padova.



Pochi argomenti come la responsabilità professionale sono in grado di suscitare nell'odontoiatra sentimenti così contrastanti. Curiosità, e quindi interesse, per un tema che la maggior parte dei professionisti conosce poco, ma del quale allo

stesso tempo è attratto, avendo la consapevolezza che è strettamente connesso con l'attività quotidiana. Inquietudine e, di conseguenza, rifiuto, in quanto si identifica con uno dei momenti più sgradevoli e penosi della vita professionale.

La statistica dice che, mediamente, nel corso di un'intera vita professionale ogni odontoiatra si troverà a dover affrontare almeno due o tre contenziosi.

[> pagina 8](#)

A fine 2016 scade il super-ammortamento

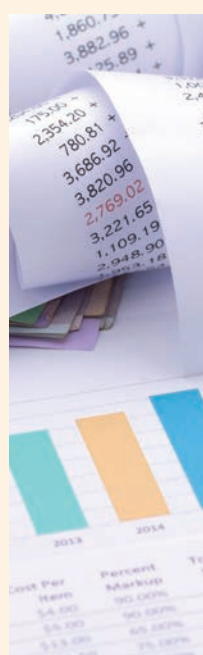
Occasione interessante che non va sprecata

A. Piccaluga

Ci ritroviamo sovente in questo periodo dell'anno a stilare un primo bilancio di verifica dell'attività professionale svolta. L'autunno pare ispirarci. È un tentativo di intuire l'andamento economico dell'attività allo scopo di trovare conferma nelle aspettative, ma anche di identificare i punti di forza e debolezza della nostra organizzazione e soprattutto ipotizzare il risultato economico

di fine anno, cercando altresì di intuirne i riflessi fiscali. Se mentalmente si è convinti di aver raggiunto un equilibrio economico tra profitti ottenuti e costi sostenuti, i conti ci riconducono invece spesso a una realtà ben diversa. E puntuale arriva lo sconcerto.

[> pagina 4](#)



electronics and medical devices

The Aliens of Ultrasonic

R. & D. DEPARTMENT

THE BRAND NEW ESACROM

"USER FRIENDLY" SURGERY TECHNIQUES

"GONDOLINO" & "ELITICAL"

PRESENTS

THE ULTIMATE "ZERO" LEARNING CURVE

DR. MOZZATI'S KIT

ULTRASONIC PREPARATION OF IMPLANT SITE

PROTOCOL

www.esacrom.com

Una “grande” AIOP a Bologna il 17-19 novembre

Odontotecnici, odontoiatri, relatori di eccellenza e aziende si sono incontrati per tracciare il futuro prossimo della riabilitazione protesica

1118 partecipanti, giovedì 17, sono accorsi al corso pregressuale, magistralmente tenuto da Mauro Fradeani e da Giancarlo Barducci: 7 ore al podio per presentare i nuovi orizzonti della riabilitazione protesica, di fronte a un pubblico, anche di grande protesisti, letteralmente incollato alla poltrona dell'auditorium al Palacongressi di Bologna. Si parla di utilizzo dei materiali, si trasmette la propria esperienza per concretizzare il lavoro di riabilitazione per un risultato duraturo. Si parla, ancora, dell'importanza dell'approccio multidisciplinare, di tecniche mininvasive, di utilizzo di tecnologie digitali. Non solo parole, ma presentazioni fotografiche di tanti casi clinici e di tanta esperienza, dove il lavoro di squadra – di odontoiatra e odontotecnico – rappresenta l'arma vincente.

Come per i grandi registi, il corso crea le aspettative sul finale che sempre riservano i grandi maestri-relatori. Arriva la presentazione di un'innovativa app a servizio della progettazione e del lavoro interdisciplinare e l'ultimo caso clinico, dove il fine prioritario è il cambiamento della vita e il raggiungimento della felicità del paziente. Sul corso, sui principali case report presentanti e sulla funzionalità dell'app (Guided Estetic Treatment Application) è stato regalato ai partecipanti un utile e interessante volume/vademecum. Parallelamente, al mattino si è svolto,

a cura del past president dott. Biscaro, la presentazione di un protocollo per la gestione del dolore del paziente odontoiatrico, che ha suscitato grande interesse di pubblico.

Il congresso del venerdì è iniziato con l'inaugurazione del presidente Fabio Carboncini, breve come nel suo stile, a cui vanno i complimenti per l'eccellente lavoro interdisciplinare con il board: hanno ulteriormente innovato e arricchito di contenuti una società scientifica, traghettandola sul podio delle migliori, e certamente più attuali, in Italia, e un congresso che ha ospitato oltre 2000 persone. Unica nel suo genere, la cena di gala all'insegna dell'arte e del buon gusto.

Infine, l'indagine Doxa presentata alla stampa, di cui riportiamo la recensione qui di seguito, è stata oggetto il sabato di una tavola rotonda brillantemente moderata da Alessandro Cecchi Paone e condotta da Fabio Carboncini, presidente AIOP, Niccolò Marchionni, ordinario di Medicina interna e Geriatria, Guido Corradi dirigente ANDI Onlus, Costanza Miccarelli consigliere AIOP e Massimo Sumbersi,



dirigente Doxa. Dal titolo “Come vivono gli italiani la perdita dei denti e il ricorso alla protesi” servirà come tabloid del board per gli indirizzi del moderno protesista. Quale “figura” di protesista delinea il congresso AIOP? Un medico-dentista molto preparato nella conoscenza dei materiali, delle tecniche tradizionali e digitali, delle discipline multidisciplinari; capace di controllare la propria azienda sanitaria, costi e benefici, bravo nel lavoro in team: perché, per essere “mininvasivi”, preparazione ed esperienza sono fondamentali.

Patrizia Gatto

Gli Italiani e la perdita dei denti: AIOP e Doxa si interrogano sul fenomeno

Se c'era un modo di “avviare alla grande” il 35° Congresso Internazionale AIOP (Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica) apertosi a Bologna giovedì 17 novembre, era quello di analizzare pubblicamente la “situazione protesica” in Italia, chiedendosi in quali termini si ponesse il problema. In altre parole, premesso che per l'anno 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità «consapevole dello stretto rapporto tra capacità masticatoria e qualità di vita, si è proposta di ridurre il numero di pazienti edentuli e aumentare la percentuale di ottantenni con almeno 20 denti naturali residui», come si configura tale rapporto in Italia? Quali i livelli di funzionalità della masticazione, soprattutto al procedere dell'età (prima concausa della perdi-

ta) in una società tra le prime al mondo nella corsa all'invecchiamento? Interrogativi pregnanti, ricchi di risvolti: c'è quello tecnico-funzionale, ovviamente, e questo spiega la presenza, all'incontro con i giornalisti mercoledì 16 al Circolo della Stampa di Milano, di Fabio Carboncini e Carlo Poggio, rispettivamente presidente e consigliere AIOP, oltreché di Roberto Canalis, dirigente della Sezione odontotecnica. Ma anche e soprattutto l'interrogativo sociopsicologico, in un quadro più generale dello stato di salute nel Paese. Nell'incontro, protagonisti sono stati gli atteggiamenti e gli stati d'animo, oltre alle cifre e ai rapporti percentuali raccolti dall'ampia statistica Doxa; questa, incentrata su «impatto, atteggiamenti e vissuto

attuale» degli italiani, ne fotografa le reazioni dinanzi a un problema che prima o poi tocca “quasi” tutti. Ossia la perdita dei denti.

Che il fenomeno e i suoi molteplici aspetti rimandasse a vari contenuti e causali è emerso chiaramente nel corso della conferenza stampa indetta unitamente da AIOP e Doxa, rappresentata da Massimo Sumbersi, responsabile del “Doxa Marketing Advice”. Il tema e l'articolata indagine non potevano non richiamare a Milano i rappresentanti della stampa tecnica, ma l'inchiesta ha interessato anche qualche “generalista”. La conduzione stessa del dibattito è stata affidata ad Annalisa Manduca, vivace giornalista di Rai 1, pienamente convinta della “varia socialità” del fenomeno, a delineare il quale basteranno, dati i limiti di spazio, alcune osservazioni sommarie. Nella fascia d'età tra i 40 e i 75 anni – dice la Doxa –, sono ben 7 su 10 i connazionali cui mancano uno o più denti naturali: in media, i 40-44enni ne hanno già persi 4, ma si arriva a 10 negli over 65. Alla statistica si aggiunge l'osservazione dei clinici: «L'edentulia, parziale o totale, se non opportunamente trattata ripristinando gli elementi dentari mancanti, può avere – ammoniscono – serie ripercussioni sulla capacità masticatoria, ma anche sulla vita di relazione, sulla

salute globale del paziente – specie se anziano – e addirittura sulle sue funzioni cognitive».

«L'età e la scolarità del campione giocano in generale un ruolo differenziale – osserva Sumbersi – con l'aumento degli anni, diminuisce il livello di istruzione e i soggetti tendono a trascurare il problema».

«Per il 77% del campione, perdere i denti è un evento molto traumatico – rileva l'indagine – soprattutto se riguarda quelli anteriori. Più sensibili al tema – ovviamente – le donne, i soggetti più scolarizzati, i 45-64enni e i residenti al Nord Italia».

Uno sguardo alla scelta delle soluzioni: «Le protesi più diffuse tra chi ha scelto di rimpiazzare i denti mancanti sono i ponti (42%) e gli impianti (38%); scheletrati (13%) e dentiere (8%) si riscontrano in particolare negli anziani». Si appanna inoltre il mito dei viaggi low-cost nell'Est Europa: «La quasi totalità dei pazienti (99%) ha preferito rivolgersi a un professionista in Italia», dice la Doxa. Il grado di soddisfazione? Decisamente elevato, secondo l'inchiesta, «sia per il lavoro del dentista (molto soddisfatto il 64%) sia per la soluzione protesica utilizzata (molto soddisfatto il 60%), della durata media di circa 11 anni».

m.boc



DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830

CLINICAL EDITOR - Magda Wojtkiewicz

ONLINE EDITOR/SOCIAL MEDIA MANAGER - Claudia Duscheck

EDITORS

Anne Faulmann; Kristin Hübner; Yvonne Bachmann

COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus

CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich

CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres

BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER

Claudia Salwiczek-Majonek

EVENT SERVICES/PROJECT MANAGER - Sarah Schubert

TRIBUNE CME & CROIXTURE PROJECT MANAGER ONLINE

Tom Carvalho

EVENT MANAGER - Lars Hoffmann

EDUCATION MANAGER - Christiane Ferret

PR & COMMUNICATIONS MANAGER - Marc Chalupsky

MARKETING SERVICES - Nadine Dehmel

SALES SERVICES - Nicole Andrä

ACCOUNTING SERVICES

Karen Hamatschek; Anja Maywald; Manuela Hunger

MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Antje Kahnt (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America); Maria Kaiser (North America); Hélène Carpentier (Europe); Barbora Solarova (Eastern Europe)

EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer

ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics

Dr Karl Behr, Germany – Endodontics

Dr George Freedman, Canada – Aesthetics

Dr Howard Glazer, USA – Cariology

Prof Dr J. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry

Dr Edward Lynch, Ireland – Restorative

Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology

Prof Dr Georg Meyer, Germany – Restorative

Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function

Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

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

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

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany

Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173

info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.

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, NY, 10011, USA

Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 7185

Anno XII Numero 12, Dicembre 2016

DIRETTORE RESPONSABILE

Massimo Boccaletti

[m.boccaletti@dental-tribune.com]

COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa

COMITATO SCIENTIFICO

G. Barbon, G. Bruzzzone, 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. Bianucci, E. Campagna, M. Del Corso,

L. Grivet Brancot, R. Kornblit, C. Marza, G.M. Nardi,

G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco,

A. Trisoglio

CONTRIBUTI

A. Abbinate, G. Barbon, A. Butera, G. Ceretti,

A. Chiesa, A. Chimienti, P. Covini, M. Doria, I. Franchi,

P. Gatto, A. Libero, A.N. Olofsson, A. Piccaluga, C. Preda,

S. Rengo, S. Santaniello, M. Segù

REDAZIONE ITALIANA

Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it

Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino

Tel.: 011 3110675 - 011 3097363

Ha collaborato: Rottemaier - Servizio Letterari (TO)

DESIGN MANAGER - Angiolina Puglia

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.

Nuove sfide dei materiali dentari: dal macro al nano

Il prof. Sandro Rengo (Università di Napoli) in questo articolo offre una sintesi della relazione da lui tenuta al Colloquium Italian Dental Show di Caserta (20-22 ottobre).

Nel campo dei nuovi materiali è in atto una rivoluzione filosofica del loro primordiale concetto. I materiali sono stati da sempre usati per assolvere una specifica funzione, mentre oggi la tendenza è quella di integrare la funzione nel materiale stesso. Per questa ragione, la progettazione di quelli nuovi cerca di imitare la struttura e le proprietà di quelli naturali. In passato si parlava di materiali “non biologici” evolutisi poi in “biomateriali”, i quali a loro volta stanno rapidamente evolvendo in materiali funzionalizzati: interagiscono e “parlano” con i tessuti e le cellule dove sono impiantati. Quindi, dal concetto di integrazione di un materiale biocompatibile all’interno del corpo umano, si è passato a quello di riparazione e poi rapidamente di rigenerazione di tessuti e organi, fino ad arrivare al concetto dell’autorigenerazione (*self-regeneration*).

In questa evoluzione stanno avendo un ruolo fondamentale di supporto le nanotecnologie. In particolare, in campo odontoiatrico hanno permesso di introdurre il concetto di *nanodentistry* definita come la “scienza e la tecnologia per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione di patologie orali e dentali, miranti a ridurre, preservare e migliorare la salute orale attraverso materiali nanostrutturati”. Essi hanno aperto la strada alla medicina e all’odontoiatria rigenerativa, dove i tre ingredienti fondamentali sono: le cellule staminali, gli scaffold (quindi i biomateriali) e i growth factor (ovvero i segnali molecolari).

Le nanotecnologie hanno permesso di creare in laboratorio materiali e scaffold progettati su scala nanometrica, in cui le loro proprietà possono essere adattate manipolandone le caratteristiche microstrutturali. In questo campo, la tecnologia più innovativa che attualmente può essere utilizzata è il 3D bioplotting che permette di avere scaffold ingegnerizzati (*custom made*) con un’architettura prestabilita e regolare creando filamenti e pori di precisione nanometrica.

L’importanza di avere una struttura dello scaffold regolare e tridimensionale risiede nel fatto che le cellule hanno maggiori informazioni e contatti con il materiale stesso, a sua volta caricabile con fattori di crescita. Quindi l’architettura degli scaffold è di fondamentale importanza poiché determina non solo l’adesione, ma anche il differenziamento cellulare. Re-

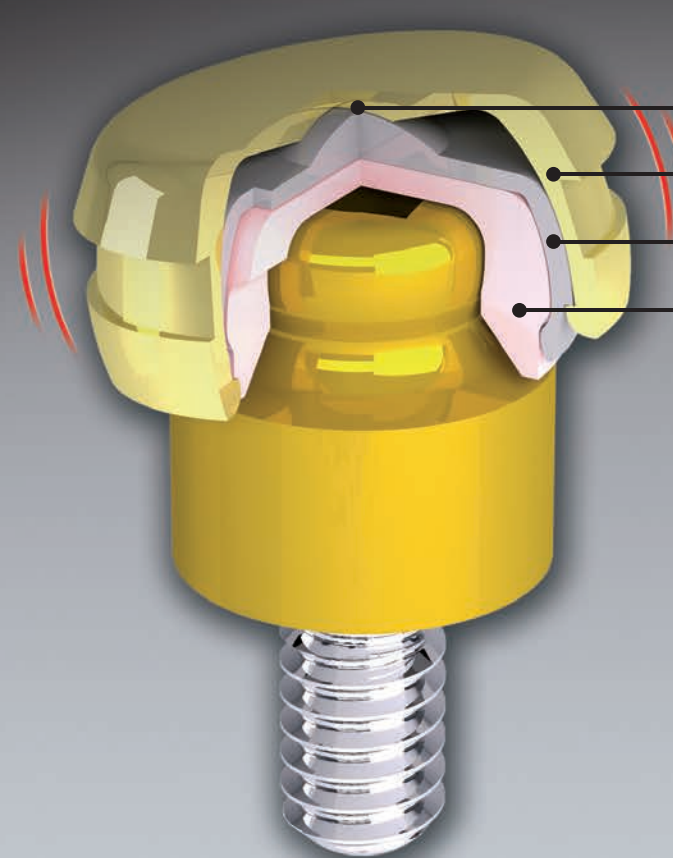
centemente, studi in vitro e in vivo hanno avuto e hanno come obiettivo quello di perfezionare le nanotecnologie e le metodiche

per utilizzare le cellule staminali adulte al fine di rigenerare tessuti dentari, con struttura e morfologia controllabile.

Da tutto ciò si comprende come lo sviluppo di nuovi materiali nanostrutturati svolge, e in futuro guiderà, in maniera sempre

più decisa le evoluzioni dell’odontoiatria rigenerativa.

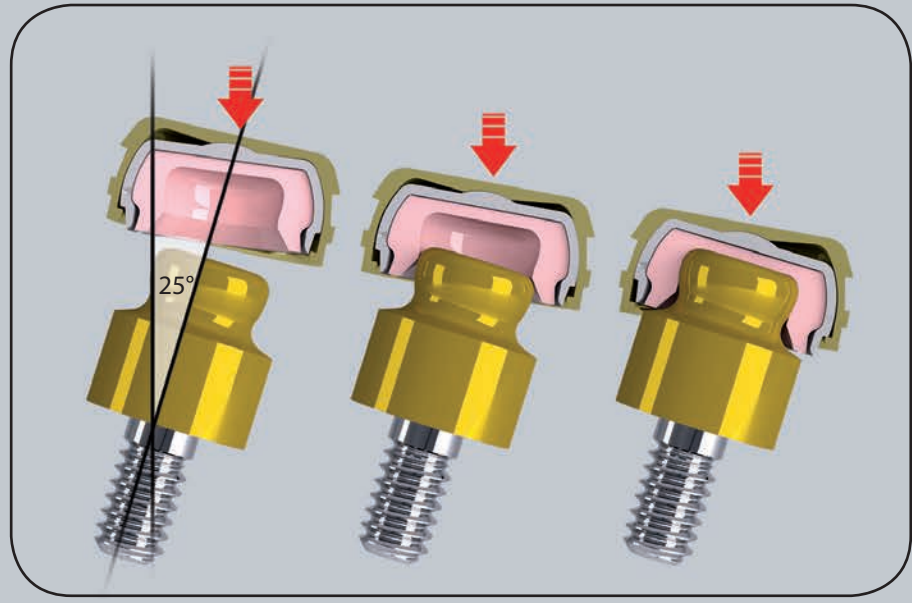
Prof. Sandro Rengo



fulcro di rotazione
contenitore in titanio anodizzato
meccanismo basculante
cappetta ritentiva Ot Equator

Insertione atraumatica

Corregge disparallelismi fino a 50°





Via E.Zago 10/abc 40128 Bologna (Italy) Tel. +39 051244510
www.rhein83.com • info@rhein83.com

Il passaggio generazionale alla luce delle nuove normative

Nel 2016 ci sono stati grandi cambiamenti, poiché sono state introdotte leggi che modificheranno la famiglia, come la legge n. 76 del 20/05/2016 denominata legge Cirinnà; la legge n. 122 del 22/06/2016 denominata legge “Dopo di noi”, a favore delle persone con disabilità; oltre all’introduzione del bail in nel sistema bancario, che ha creato e sta creando sicuramente attenzioni diverse sulla salvaguardia del denaro depositato nelle banche. Non si può dimenticare a questo proposito la tematica successoria, in quanto potrebbe modificarsi anche la normativa fiscale per impensierire ulteriormente il risparmiatore. Massimo Doria, presidente della società di consulenza Kleros di Milano, pone l’attenzione sulle importanti novità che stanno maturando e che probabilmente modificheranno la fiscalità in tema di passaggio generazionale e sulla tutela del patrimonio. Ne rappresentiamo alcune.

- La riforma del catasto, diventata legge (n. 23/2014), si tramuterà in una variazione delle rendite riferite agli immobili, con conseguente aumento delle imposte ipocatastali in successione e/o in donazione.
- Il certificato successorio europeo, diventato operativo in Europa dal 17 agosto 2015, potrà modificare sensibilmente la tematica successoria in Italia.

- Le imposte successorie potrebbero essere soggette a variazioni in aumento (considerando che al momento l’Italia applica imposte sensibilmente minori rispetto alle altre nazioni) e inoltre potrebbero diminuire sensibilmente le franchigie ereditarie a disposizione degli eredi (attualmente a quelli in linea retta spetta la franchigia di un milione pro capite). A titolo di esempio viene riportata (si veda Tab. 1) una simulazione sui possibili impatti economici.
- Nella prossima revisione per la riduzione e/o eliminazione delle esenzioni fiscali potrebbero essere coinvolti anche i prodotti assicurativi e i titoli di Stato (a oggi gli unici rimasti esenti in successione).
- Le semplificazioni fiscali introdotte con il D.lgs 175 del 23 novembre 2014, sulla presentazione della dichiarazione di successione, potrebbero agevolare gli eredi nell’incombenza amministrativa richiesta nel momento successorio usufruendo nel contempo di vantaggi fiscali.
- Una corretta pianificazione del passaggio generazionale aziendale o del trasferimento delle partecipazioni societarie agli eredi, consente di usufruire di risparmi fiscali evitando, ove possibile, plusvalenze sulle future cessioni.

Simulazione dell’effetto imposte in seguito a variazioni sulla normativa fiscale

La simulazione considera il caso di una famiglia composta da due genitori sposati con due figli, situazione familiare più favorevole in termini di imposte successorie. Vengono ipotizzati casi di possibili variazioni sulla normativa per rilevare i cambiamenti del loro effetto nelle imposte di successione.

Come si vede dalla tabella le ipotesi elaborate dalla società Kleros Srl, nel caso di cambiamenti della normativa fiscale, potrebbero incidere pesantemente sul patrimonio. Per questo motivo riteniamo sia indispensabile, per difendere il patrimonio della famiglia, valutando attentamente con esperti del settore una corretta pianificazione successoria.



Massimo Doria, presidente della società di consulenza Kleros, Milano.

Massimo Doria

Esempio: marito imprenditore, moglie casalinga e due figli studenti.	
1 milione di euro di patrimonio intestato al marito imprenditore. Totale tasse: 600 mila euro valore immobiliare catastale e 400 mila denaro. (rapporto Banca Italia 60% immobili/40% denaro)	
Muore il marito si apre la successione. A oggi la franchigia degli eredi (1 milione di euro pro capite) assorbirebbe totalmente il milione di euro ereditato e il patrimonio verrebbe attribuito per un terzo al coniuge e due terzi ai figli. Si pagherebbero solo le imposte ipocatastali: 3% sul valore catastale degli immobili (qualora gli eredi non possano godere dell’agevolazione prima casa). Totale imposte da versare: 18 mila euro per la dichiarazione di successione.	
IPOTIZZIAMO PROBABILI CAMBIAMENTI	
1) Diminuzione della franchigia da 1 milione di euro a 200 mila pro capite per erede mantenendo l’aliquota successoria al 4%.	In questo caso le imposte (successorie e ipocatastali) si quantificherebbero in un importo pari a 35,6 mila euro* .
2) Diminuzione della franchigia da 1 milione di euro a 100 mila pro capite per erede mantenendo l’aliquota successoria al 4%.	In questo caso le imposte (successorie e ipocatastali) si quantificherebbero in un importo pari a 48,8 mila euro* .
3) Diminuzione della franchigia da 1 milione di euro a 200 mila pro capite per erede e un aumento dell’aliquota successoria al 10%.	In questo caso le imposte (successorie e ipocatastali) si quantificherebbero in un importo pari a 62,0 mila euro* .
4) Diminuzione della franchigia da 1 milione di euro a 100 mila pro capite per erede e un aumento dell’aliquota successoria al 10%.	In questo caso le imposte (successorie e ipocatastali) si quantificherebbero in un importo pari a 95,0 mila euro* .
5) Diminuzione della franchigia da 1 milione di euro a 200mila pro capite per erede e aumento dell’aliquota successoria al 20%.	In questo caso le imposte (successorie e ipocatastali) si quantificherebbero in un importo pari a 106 mila euro* .
6) Diminuzione della franchigia da 1 milione di euro a 100mila pro capite per erede e un aumento dell’aliquota successoria al 20%.	In questo caso le imposte (successorie e ipocatastali) si quantificherebbero in un importo pari a 172,0 mila euro* .
* È stato inserito nel calcolo l’aumento del 10% a forfait oltre le franchigie applicato dall’Agenzia delle Entrate.	

Tab. 1 - Simulazione dell’effetto imposte in seguito a variazioni sulla normativa fiscale.

A fine 2016 scade il super-ammortamento, occasione interessante che non va sprecata

< pagina 1

Il problema che più frequentemente si rivela essere artefice di questa asimmetria tra risultati e attese è il computo delle spese di studio. In un’ottica trasparente e anche un po’ ingenua, il professionista è solito sottrarre ai propri profitti i costi sostenuti ritenendo che solo il residuo, che poi è quanto realmente è rimasto in cassa, possa essere oggetto di attenzioni da parte dell’erario. Così accade in molti Paesi esteri in effetti. Ma non in Italia. Da noi il fisco consente ai contribuenti di scalare dai profitti solo alcuni tipi di spesa ritenuti di particolare rilevanza, ignorando tutte le altre. Come se non fossero mai state sostenute. In sostanza è possibile dedurre solo i costi indispensabili al raggiungimento della propria attività, ossia strumentali ad essa. Ma come sapere quali costi vadano considerati tali? Ogni attività è un caso a sé, per gestione come per sviluppo, e non è possibile stereotiparla. Ci sono poi i cosiddetti “costi promiscui”, ossia quelli che servono per acquistare beni o servizi potenzialmente in grado di soddisfare le esigenze dell’attività di lavoro autonomo e quelle di interesse personale. Lo Stato non è in grado di verificare analiticamente, per ognuno di noi, quale parte di costo sia effettivamente destinata all’uno e quale all’altro. Pertanto interviene definendo delle percentuali forfettarie massime di deducibilità. È il caso dell’auto, del telefono, dello studio professionale all’interno della propria abitazione, ecc. Così scopriamo che l’uso dell’abilitazione a scopi professionali ci permette di dedurre solo il 50% dei canoni pagati, che la formazione professionale è anch’essa solo parzialmente deducibile, che solo il 20% delle spese sostenute per l’autovettura con la quale visitiamo i clienti può essere portata in sottrazione

dal reddito ed egualmente che solo i tre quarti delle spese sostenute per vitto e alloggio, anche se sorte per effetto di un’indiscutibile esigenza di lavoro, sono da computarsi nel nostro bilancio. L’elenco in realtà è molto lungo. Si aggiunga che per essere considerate nella dichiarazione, le spese devono essere state sostenute nel corso dell’anno per il quale essa viene presentata, anche se le relative prestazioni sono eseguite in anni precedenti. Va da sé che con queste premesse il disallineamento tra i costi realmente sostenuti e quelli fiscalmente riconosciuti sarà sempre incolmabile. Talvolta anche con gravose conseguenze fiscali. Memore di queste sue “mancanze” sporadicamente l’erario propone nuove misure ad hoc volte a compensare fiscalmente talune spese professionali. Chiariamocelo subito: non si tratta di un ravvedimento del legislatore in nostro favore, quanto piuttosto di una strategia economica che mira a indurre verso determinati consumi. È in quest’ottica che va inquadrato il cosiddetto “super-ammortamento” introdotto con la scorsa finanziaria 2016, un incentivo che è legato agli investimenti in beni strumentali effettuati tra ottobre 2015 e dicembre 2016, attraverso il quale gli studi che investono in beni strumentali possono ammortizzare fiscalmente il bene al 140 per cento in luogo del 100 per cento ordinario. È il caso per esempio dell’acquisto in proprietà o in leasing dell’auto, ma in senso lato ogni spesa di rilievo, purché chiaramente attinente l’attività professionale, può essere ricondotta nella sfera di applicazione dell’incentivo. Per esempio, se una clinica acquista un cespite per un costo pari a 1.000 euro e il relativo coefficiente di ammortamento è pari al 10% per 10 anni, con il super ammortamento questa clinica avrebbe diritto a dedurre fiscalmente il 14% (in luogo del 10). Alla fine del periodo di ammortamento, quindi, il totale dedotto dal

reddito sarebbe di 1.400 euro a fronte dei 1.000 spesi. Non male, ma ovviamente non è tutto oro quello che luccica, perché restano le consuete storture tipiche della machiavellica mente del nostro legislatore. Non è dato di sapere, ad esempio, perché i beni oggetto del super ammortamento siano soltanto quelli il cui coefficiente di ammortamento civilistico è pari o superiore al 6,5%, o perché il super-ammortamento valga ai fini Irpef ma non ai fini Irap. O, ancora, perché possa essere applicato al leasing di un’autovettura, ma non al suo noleggio – in particolare pensando a quanto simili siano strumenti quali la locazione e il leasing (non a caso chiamato anche “locazione finanziaria”). O, infine, perché pensare a una maggiorazione della deducibilità del coefficiente di ammortamento quando sarebbe invece parso più sensato (e soprattutto più semplice) permettere l’ammortamento integrale del bene? Va considerato, infatti, che se acquistiamo un’autovettura, ci è concesso di dedurre esclusivamente il 20% del mezzo. Questo significa che con la vecchia norma avremmo potuto ammortizzare il 100% del 20% del valore di acquisto dell’auto, mentre con il super-ammortamento ammortizziamo il 140% del 20% del valore di acquisto dell’auto. Sarebbe interessante poter comprendere le ragioni di certe caprie tributarie. Al di là di ogni osservazione, però, se si è convinti di voler investire su noi stessi e sulla nostra attività, il super-ammortamento resta un’interessante occasione e non va sprecata. E se si è anche quest’anno alle prese con i conti, è il momento giusto per definire la nostra pianificazione fiscale e farci un serio pensiero. Ma in fretta. A fine hanno l’opzione scade, e il 31 dicembre inizia a farsi vicino.

Alfredo Piccaluga, dottore commercialista



per iscrizioni e info visita il sito WWW.ISTITUTOTOSCANOCONGRESS.IT

4° INTERNATIONAL MEETING ISTITUTO STOMATOLOGICO TOSCANO

Non solo perimplantiti:

LE PATOLOGIE PERIMPLANTARI

Diagnosi • Prevenzione • Terapia

ULTIMO
ANNUNCIO

VENERDÌ MATTINA

PRESIDENTE DI SESSIONE:
ENRICO GHERLONE, BJORN KLINGE

Roberto Weinstein, Milano
Implantologia fra presente e futuro

Ugo Covani, Pisa
Considerazioni diagnostiche
nelle patologie perimplantari

Antonio Barone, Ginevra
Proposta di classificazione
delle patologie perimplantari

Ann Wennerberg, Goteborg
Le superfici implantari: una revisione
delle attuali opinioni e conoscenze

Tomas Albrektsson, Goteborg
Le patologie perimplantari come reazione
da corpo estraneo

VENERDÌ POMERIGGIO

PRESIDENTE DI SESSIONE:
LUCA CORDARO, MICHÈLE RENERS

Tomas Albrektsson, Goteborg
Le patologie perimplantari come reazione
da corpo estraneo

Andrea Mombelli, Ginevra
Aspetti microbiologici
delle patologie perimplantari

Adriano Piattelli, Chieti
Aspetti istologici della perimplantite

Wilfried Wagner, Mainz
Le patologie neoplastiche perimplantari

SABATO MATTINA

PRESIDENTE DI SESSIONE:
MARIO GABRIELE, MIA RAKIC

Tiziano Testori, Milano
Diagnosi e fattori di rischio
delle perimplantiti

Luigi Canullo, Roma
Malpractitis: eziologie
emergenti della perimplantite

Mariano Sanz, Madrid
Malattia parodontale
e perimplantiti

Magda Mensi, Brescia
Complicanze biologiche perimplantari:
ruolo della terapia non chirurgica

Sebastiano Andreana, Buffalo
Complicanze biologiche perimplantari:
ruolo della terapia chirurgica

CORSI E WORKSHOP

GIOVEDÌ 26

Annamaria Genovesi
Corso teorico pratico "Standard
clinici equalitativi della strumentazione
ultrasonica: aspetti scientifici e clinici"

VENERDÌ 27

Elisabetta Blasi
Presentazione della ricerca "Interazione
Candida albicans-cellule dell'ospite:
studi in vitro sull'impatto dei collutori
con e senza clorexidina"

Alessandro Quattrini
Workshop "Tecnologia, entertainment
ed igiene orale impeccabile"

Lamberto Venturelli
Workshop "Gestione delle perimplantiti
e delle parodontiti con l'utilizzo
del Metronidazolo"

Magda Mensi
Workshop "GBT Guided Biofilm
Therapy Gestione del Biofilm
sopra-sotto Gengivale"

Workshop Acteon

SABATO 28

Maha Yacob
Workshop Lunch Learn "Come la nuova
tecnologia nella prevenzione orale può
essere di supporto nel mantenimento
domiciliare del paziente implantare"
Corso Premio "Amici di Buffalo"

GOLD SPONSOR



SILVER SPONSOR



SPONSOR



Media Partner



La sindrome metabolica: la pandemia del terzo millennio e le implicazioni orali

Revisione della letteratura dr.ssa Sabrina Santaniello

Una volta una delle pandemie più diffuse era l'edentulismo, nel terzo millennio l'edentulismo è un fenomeno sempre più raro. Quindi anche le problematiche gastroenteriche legate all'edentulismo, cioè alla malnutrizione, come le sindromi da malassorbimento, il cancro dello stomaco e del pancreas, l'infezione da *Helicobacter*, ecc., hanno cambiato volto: le stesse conseguenze che si avevano prima con l'edentulismo ora si vedono con l'ipernutrizione. La vera e propria pandemia del terzo millennio, infatti, è la sindrome metabolica, una sindrome legata all'ipernutrizione sbilanciata e alla sedentarietà, la quale ha come elemento caratterizzante la presenza di obesità viscerale che nel cavo orale si traduce in *obesità viscerale e salivare infiammatoria*.

Questo termine, che di solito indica l'obesità addominale profonda, peritoneale, omentale, mesenterica, o anche detta centrale, in realtà è un accumulo di grasso in vari distretti del nostro corpo, caratterizzato dal fatto che è presente un infiltrato infiammatorio costituito da macrofagi attivati, capace di comportarsi come una ghiandola endocrina ectopica e quindi di produrre ormoni quali estrogeni, cortisolo, ecc. Questo grasso si distribuisce nel pericardio, sull'epicardio, nel mediastino, nel fegato, nel testicolo, nel perineo, nei muscoli e anche nel periarterioso. Per la sua presenza ubiquitaria non trascura nemmeno la ghiandola salivare che si infarcisce di grasso al pari di una vera e propria obesità viscerale salivare di natura infiammatoria. Dall'età infantile a quella adulta si perde circa il 50% di cellule secretorie sostituite da un grasso che risulta essere sempre presente dopo i 60 anni, ma il suo accumulo si anticipa in presenza della sindrome metabolica, nell'obesità e nella insulino resistenza; patologie oggi già riscontrabili anche nei bambini. I cambiamenti istologici e funzionali della ghiandola salivare portano a una diminuzione della secrezione di saliva, ma ancor di più alla diminuzione della alfa amilasi salivare, deputata alla digestione orale dei carboidrati complessi. Questi non più digeriti, arrivano nello stomaco rallentando la cinesi gastrica, alterando la corrispondente contrattilità antro-pilorica e fermentando sotto l'azione dei batteri presenti nel cibo, con conseguente fermentazione batterica (*Helicobacter pylori*).



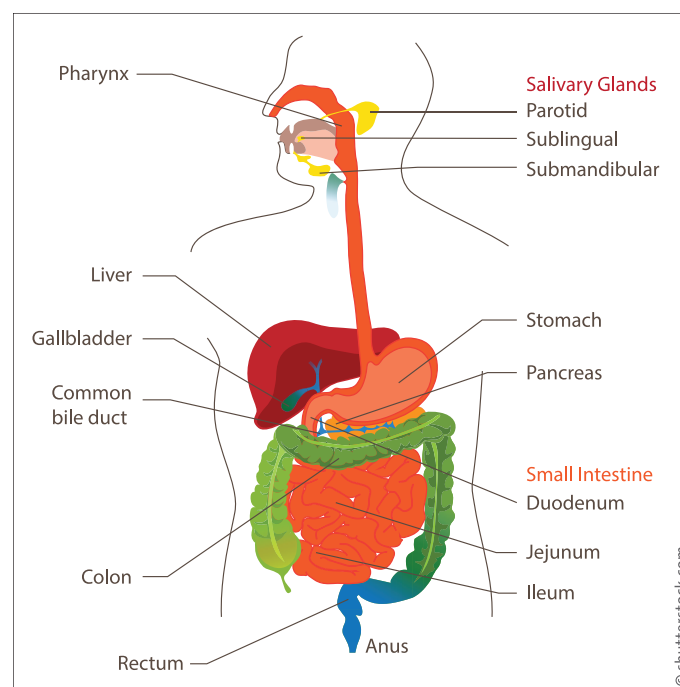
Questo è uno dei primi danni da ipofunzione salivare, a cui si aggiungono altri effetti come la diminuzione dell'azione trofica e protettiva della ghiandola sugli epiteli (incluso il gastroenterico), la diminuzione dell'attività disinfettante della saliva con la lattoferrina, le immunoglobuline A secretorie, ecc., che portano a una minore sterilizzazione del tratto gastro-esofageo, in particolare a livello del cardias dove la letteratura scientifica ha mostrato la presenza di colonie gram negative di origine orale, concausa di esofagiti di Barrett e di alterazioni funzionali e istologiche del tratto pericardiale.

La ghiandola salivare inoltre produce la transcobalamina 1 che lega e protegge la vitamina B12 durante il suo assorbimento orale; la diminuzione di questa porta inevitabilmente a uno stato di carenza di vitamina B12. Anche alcuni farmaci di uso comune, quali la metformina, usata frequentemente nel diabete tipo 2, nell'obesità e nell'ovaio policistico, possono, ad esempio, interferire con la secrezione salivare di transcobalamina 1 aggravando a

volte una neuropatia diabetica, in cui uno dei target è la gastroparesi o il colon ipocinetico. Per ultimo, l'infiltrato leucocitario della ghiandola salivare aumenta la secrezione di lisozima salivare che porta alla distruzione dei batteri gram positivi, selezionando la sopravvivenza dei gram negativi, amplificandone il loro effetto sulla malattia parodontale e il danno gastrolesivo dell'*Helicobacter pylori*.

Specialmente nella malattia parodontale, l'abbondanza di gram negativi nel parodonto diventa un rifornimento continuo dei lipopolisaccaridi dei gram negativi che si riversano nello stomaco attraverso la deglutizione, generando la produzione da parte di questi ultimi di metalloproteasi che distruggono i tessuti sani, innescando azioni proliferative anche sui tessuti tumorali.

Ricordiamo che l'*Helicobacter pylori* si trova nella placca batterica orale e sembra essere la causa delle recidive dopo terapia antibiotica; alcuni ritengono la placca batterica orale il serbatoio di questo gram negativo, che rifornisce continuamente lo stomaco. Questo batterio, colonizzando lo stomaco, crea gastriti, diminuisce la produzione di melatonina e gherlina gastrica che normalmente proteggono la mucosa gastrica ed evitano il reflusso gastroesofageo. Infatti, l'infiltrazione e l'attivazione macrofagica nel tessuto gastrico e intestinale è considerata oggi la vera causa delle lesioni nelle gastroduodeniti e coliti.



Un altro fenomeno molto importante è che nella sindrome metabolica e nell'obesità il PH salivare si abbassa, venendo meno il cosiddetto "effetto tampone", non solo nel cavo orale con l'aumento del rischio di carie dentali, ma anche per lo stomaco e per l'esofago. Ricordiamo che la saliva ha un ruolo protettivo verso l'effetto dannoso dell'acido gastrico sulla stessa mucosa gastrica e sull'esofago, specie in presenza di reflusso gastro-esofageo. Da non trascurare l'obesità del palato molle e del retro-faringe che crea russamento notturno, ipossia e attivazione del sistema simpatico, con conseguente sindrome discinetica gastroenterica e facilitazione dei processi infiammatori.

Conclusioni

L'odontoiatra è lo specialista più frequentemente consultato dagli italiani. Oltre l'odontoiatra anche gli igienisti dentali e altri specialisti del cavo orale devono imparare a intervenire e promuovere la prevenzione nelle sindromi metaboliche oltre quelle legate alla normale attività odontostomatologica. Questo intervento deve fornire informazioni sanitarie e suggerire ai propri pazienti la promozione di stili di vita appropriati. Molto in questo senso è stato fatto, ad esempio per la cessazione dell'abitudine al fumo, e molto potrebbe essere fatto per altri fattori, come l'alimentazione, le strette correlazioni tra cavo orale e le patologie sistemiche (diabete, cardiopatie, patologie respiratorie, ecc.) sull'importanza dell'attività fisica. In tal modo l'odontoiatra potrà indirizzare, grazie anche alla medicina estetica, il proprio lavoro non solo dal punto di vista dentale, ma in modo olistico e multidisciplinare, sull'intera persona, cambiando quindi il suo approccio terapeutico migliorandone la qualità della vita e diventando veri e propri medici orali.

Il valore della formazione. Qualche consiglio per i giovani odontoiatri

Intervista alla dottoressa Giovanna Perrotti, CEO di Lake Como Institute

Parliamo dei giovani odontoiatri. Secondo lei, quali prospettive di lavoro hanno?

I giovani laureati in odontoiatria sono condizionati dalla tipologia di organizzazione del lavoro che ha preso piede negli ultimi dieci anni con la quale sempre di più è necessario accorciare i tempi di trattamento e tagliare i costi. Questo aspetto è in linea con la realtà economica che stiamo vivendo ma può essere un'arma a doppio taglio. Per il professionista esperto l'utilizzo del workflow operativo è sicuramente un plus importante, ma per il giovane meno esperto il fatto di utilizzare protocolli standardizzati spesso troppo univoci può rappresentare un taglio netto e un evidente ostacolo rispetto alla capacità di individuare un corretto piano di trattamento individualizzato.

Cosa intende per taglio netto?

L'odontoiatria, non dimentichiamolo, è una professione medica e in quanto tale non può essere ridotta a trattamenti uguali per tutti ma esiste un processo diagnostico individuale che va inteso come atto fondamentale per la scelta del miglior approccio per il paziente. Il tempo dedicato alla fase diagnostica viene compresso e finalizzato alla ricerca di una risoluzione veloce e immediata a scapito di un'attenta scelta della migliore risoluzione per il paziente.

Allora che cosa consiglia?

Secondo la mia esperienza e la valutazione dei trend verso i quali sta andando l'odontoiatria, credo che dopo sei anni di preparazione accademica il giovane odontoiatra abbia ancora bisogno di una guida che lo indirizzi verso un percorso formativo ulteriore. La prima fase è capire in quale settore dell'odontoiatria ci si vuole specializzare o se si preferisce essere un odontoiatra generico.

A oggi, le specialità accademiche sono la chirurgia orale, l'ortognatodonzia e l'odontoiatria pediatrica: con questi percorsi si creano le basi fondamentali scientifiche e cliniche per una capacità medica di alto livello.

A percorso accademico terminato, il giovane odontoiatra viene catapultato nella barabanda della formazione continua. Qual è il corso migliore da fare? Quanti crediti formativi posso acquisire con questo corso? Sono alcune delle domande a cui il giovane odontoiatra fa fatica spesso a rispondere.



Un nuovo livello di flessibilità. F6 SkyTaper.

Finalmente un nuovo sistema di strumenti endodontici dalla flessibilità ottimale per il trattamento di quasi tutte le anatomie canalari: F6 SkyTaper della Komet. Gli strumenti con conicità .06 consentono la sagomatura del canale radicolare utilizzando una sola misura.

Sono disponibili 5 misure per rispondere a tutte le esigenze cliniche. Flessibilità e capacità di taglio sono le caratteristiche peculiari del sistema F6 SkyTaper.

© 03/2016 - 413187VI

www.komet.it

< pagina 7

Fortunatamente, l'odontoiatria italiana ha nel suo paniere nomi di eccellenza riconosciuti in Italia e all'estero e credo proprio che questo sia il primo punto da considerare quando si vuole scegliere un corso: chi è il relatore, qual è il suo valore in termini di attività accademico-scientifica, ha visibilità in Italia e all'estero? L'altro punto da valutare è il valore aggiunto della proposta formativa e quali reali benefici potrà trarne in termini scientifici e clinici. Infine, il terzo aspetto è la valutazione costi-benefici dell'impegno economico al quale si fa fronte per la formazione che deve necessariamente essere correlato ai crediti formativi acquisibili e alla possibilità di trasferire velocemente nell'attività clinica le cognizioni acquisite durante il corso.

Sembra molto complesso. Come fa un giovane odontoiatra a uscirne vivo e magari formato a dovere?

Il Lake Como Institute nasce proprio per questo e cerca di rispondere ai tre aspetti a cui accennavo. Da molti anni ormai, il nostro centro corsi rappresenta un punto di riferimento per l'aggiornamento in implantologia. Un posto dove apprendimento, confronto e discussione trovano una loro sede naturale, è spesso una casa per i giovani chirurghi alla ricerca di un modello pratico-metodologico su cui impostare il proprio futuro professionale. Per questo motivo, nel 2017 proponiamo la Scuola di chirurgia orale e implantologia: abbiamo voluto costruire la formazione in chirurgia orale sotto forma di un percorso che possa coinvolgere i giovani odontoiatri che desiderano implementare le loro conoscenze, a partire dalle basi.

Questo tipo di percorso va di pari passo con la Scuola di ansiolisi endovenosa e la Scuola di management e marketing, una formazione moderna e strettamente dedicata in management odontoiatrico. Infine, abbiamo aperto una sezione di Odontoiatria conservativa estetica ispirata alle più moderne tecniche ricostruttive. Ovviamente rimangono i nostri corsi di sempre (Ortodonzia, Assistenza chirurgica, Live Prosthesis 360° e Live Surgery 360°).

Il tutto per garantire una formazione ben strutturata agli odontoiatri impartita da professionisti del settore, già eccellenze nella loro materia, anche oltre i confini nazionali.

Grazie per l'intervista.

Il passaggio di centralità dal medico al paziente

Eticamente un segno di civiltà, dalle numerose (e gravi) conseguenze

< pagina 1

Purtroppo, però, è ormai evidente a tutti che, oltre a questi eventi, ciò che è profondamente cambiato è la “litigiosità” di base e quindi il rapporto che si instaura con il paziente e le sue aspettative. La consapevolezza di questa mutata situazione induce l'odontoiatra a comunicare in modo molto più accorto e attento di un tempo, ottemperando con attenzione a quelli che sono i principi del cosiddetto “consenso informato” e dell'autodeterminazione del paziente, anche minorenne, nei confronti della scelta terapeutica.

Se oggi esaminiamo il nostro approccio e lo rapportiamo a quello che avevamo nel passato non possiamo che ritrovarci, tutti e in particolar modo chi giovanissimo non è più, molto diversi. Il risultato di questo cambiamento ha portato a un grande aumento del rispetto per il paziente che si riverbera nel diritto a conoscere in modo compiuto la sua situazione e a scegliere fra i diversi tipi di terapia, sia fra quelli che siamo in grado di offrirgli ma anche eventuali altri tipi di trattamento che noi stessi non siamo in grado di garantirgli al meglio. Ciò, di fatto, consente al paziente di scegliere consapevolmente oltre che le caratteristiche e il profilo economico della prestazione anche come, dove e da chi farsi curare. Questo, di fatto, ha spostato la cen-

tralità dal medico al paziente e, innegabilmente, non può non essere considerato un grande progresso sotto il profilo etico. A fronte di questo cambiamento sta mutando anche l'atteggiamento della magistratura nella valutazione dell'operato del professionista. Se è noto che sotto il profilo penalistico la responsabilità del medico è stata alleggerita, prima dal Decreto Balduzzi e in seguito con la Legge Gelli, attualmente in attesa di approvazione al Senato, contemporaneamente però in ambito civilistico la posizione del medico si è aggravata per un'interpretazione sempre più strettamente “contrattualistica” del rapporto medico-paziente. All'osservazione di chi si occupa di responsabilità professionale balza però all'occhio che forse, se di “contratto” si parla, a fronte di una molteplicità di obblighi e balzelli che certamente “guidano”, ma a volte impastoiano il medico, appesantendo e complicando la sua attività clinica, ben poco è stato definito di quello che è poi realmente l'impegno che, nel “contratto”, formalmente si assume il paziente e che, se non viene rispettato, potrebbe farlo decadere. Infatti, a fronte di elencazioni di rischi, alternative terapeutiche, costi e previsioni di tempi, disagi e possibili complicanze, a volte francamente difficilmente prevedibili, molto poco si scrive nei nostri consensi di quello che “anche” il nostro paziente si im-



pegna a fare e a rispettare per un corretto andamento delle cure, sia sotto il profilo clinico sia sotto quello economico, e ancor di più una volta che la fase di cura attiva è terminata. Forse dunque è giunto il momento di rivedere ancora una volta la maniera di comunicare con i pazienti e definire in modo circostanziato il loro impegno – anche acquisendo formalmente il loro consenso – a ottemperare con precisione a quanto noi chiediamo per poter dare quella “garanzia di risultato” che, purtroppo, sempre più viene richiesta. Ciò ovviamente nella consapevolezza che solo una chiara e consapevole collaborazione fra le parti può portare al miglior risultato clinico ottenibile, nell'interesse finale del paziente e della serenità degli operatori.

Gabriella Ceretti



Per dedicarsi al sorriso del paziente occorre che il dentista abbia una buona preparazione e cultura, ma anche che egli stesso sorrida. Tuttavia, per sorridere dobbiamo essere in una situazione psicologica che lo consenta e a tutt'oggi vi sono una serie di fattori che si frappongono alla condizione di essere sereni e attenti alle richieste dei pazienti. Sono infatti molte le statistiche che indicano che il dentista è tra le professioni più soggette allo stress e ai danni che questo causa alla salute. Lavoriamo nella sfera dell'intimo di un paziente che ha grandi aspettative di risultato, in tempi sempre più ristretti, ma con capacità di spesa sempre minori. Alla gestione clinica dobbiamo sommare la gestione economico-organizzativa, e quindi il rapporto con il personale, i collaboratori, i fornitori, gli aspetti normativi e fiscali, il venir meno della prevedibilità di spesa dei pazienti, il passo sempre più rapido dell'innovazione tecnologica.

Il sorriso del dentista

Tutto questo ci riporta al simbolo dell'attuale stile di vita, e cioè al concetto di flessibilità per cui, a fronte di rapidi cambiamenti sia organizzativi sia clinici, dobbiamo rispondere con un adeguamento del nostro essere, prima ancora che del nostro operare nella professione. Possono essere principalmente due gli ambiti di nostro interesse:

- 1) perdere il controllo delle fasi cliniche e organizzative. Ci sentiamo responsabili dei nostri successi o insuccessi, del benessere del paziente e del nostro personale di studio. Come spesso accade, la burocrazia può minare il nostro senso di controllo e portare allo stress lavoro correlato.
- 2) Perdere la motivazione. Abbiamo bisogno di obiettivi e di piccole o grandi sfide da portare avanti ogni giorno per sentirci realizzati. Dobbiamo però essere consapevoli che avere obiettivi irrealistici e sfuggenti per la “legge dei rendimenti decrescenti” porta inevitabilmente allo stress da lavoro, come ad esempio la tendenza al perfezionismo è un'attitudine che può avere ripercussioni negative.

Impariamo dunque a riconoscere i segni del disagio come un semaforo che regola la nostra vita:

- a) verde: ho un grande team. I pazienti mi apprezzano e il lavoro procede regolarmente. La vita sociale e affettiva è appagante e il sole splende;
- b) giallo: un assistente lascia il lavoro e questo genera mansioni extra per il resto del personale. Seduto accanto al paziente con il lembo aperto cerco di isolare il nervo alveolare inferiore per inserire un impianto, ma non sono concentrato. Mi sento come se mi mancasse il braccio destro. La sera, a casa, i bicchieri di vino che consumavo da uno diventano due e poi tre. Non riesco a riposare e sono facilmente irritabile. I rapporti nel team si fanno più spigolosi, così come quelli affettivi. Non riesco a controllare tutto, insorge un contenzioso con un paziente;
- c) rosso: la sindrome da burnout è una possibile conseguenza. Si manifesta con una progressiva perdita di entusiasmo verso il

lavoro, ritardi decisionali, irritabilità, spossatezza fisica e mentale, senso di depressione, sino a giungere una sorta di “spersonalizzazione”. Una nota positiva: i segni del burnout possono essere utilizzati come catalizzatori di un cambiamento che può portare a una migliore qualità di vita. Il cambiamento si fonda su due pilastri:

- 1° ammettere che c'è un problema e farsi aiutare dal team per individuarlo, prendersi la responsabilità di risolverlo. Cerca la nuova assistente, crea un protocollo di prevenzione del contenzioso.
- 2° Ritaglia il tempo per una fisiologica “decompressione” dal lavoro. Separa la vita professionale da quella sociale, affettiva e privata. Prediligi la compagnia di chi sa ascoltare senza dare giudizi. Sei azioni concrete da mettere in atto nel “tempo di vita” che hai riconquistato.

- 1) Programma una pausa dal lavoro, uno spuntino fuori dall'ufficio, una breve passeggiata o un brano musicale da ascoltare.
- 2) Esegui con regolarità un'attività sportiva, i benefici li conosciamo tutti; ricorda soltanto che l'eccesso di adrenalina prodotto dallo stress viene in parte bruciato con l'esercizio fisico.
- 3) Tra le tecniche di rilassamento lo yoga è particolarmente adatto al personale di studio poiché unisce agli indubbi benefici psicologici e mentali a un'azione benefica sull'elasticità muscolare e articolare, che aiuta a tollerare le impegnative posture di lavoro.
- 4) Controlla l'alimentazione; una colazione ricca, molta acqua e frutta durante la giornata; attenzione agli eccessi a cena.
- 5) Programma l'agenda in modo da avere spazio per le urgenze e per la gestione manageriale dello studio, che è un'attività produttiva come quella clinica.
- 6) Investire tempo nella formazione del personale e dei collaboratori ha sempre un ottimo ritorno di investimento. Il personale competente, atto a recepire la delega, riduce lo stress.

Dott. Alberto Libero, segretario sindacale nazionale ANDI, libero professionista a Vercelli

La **potenza** di questo



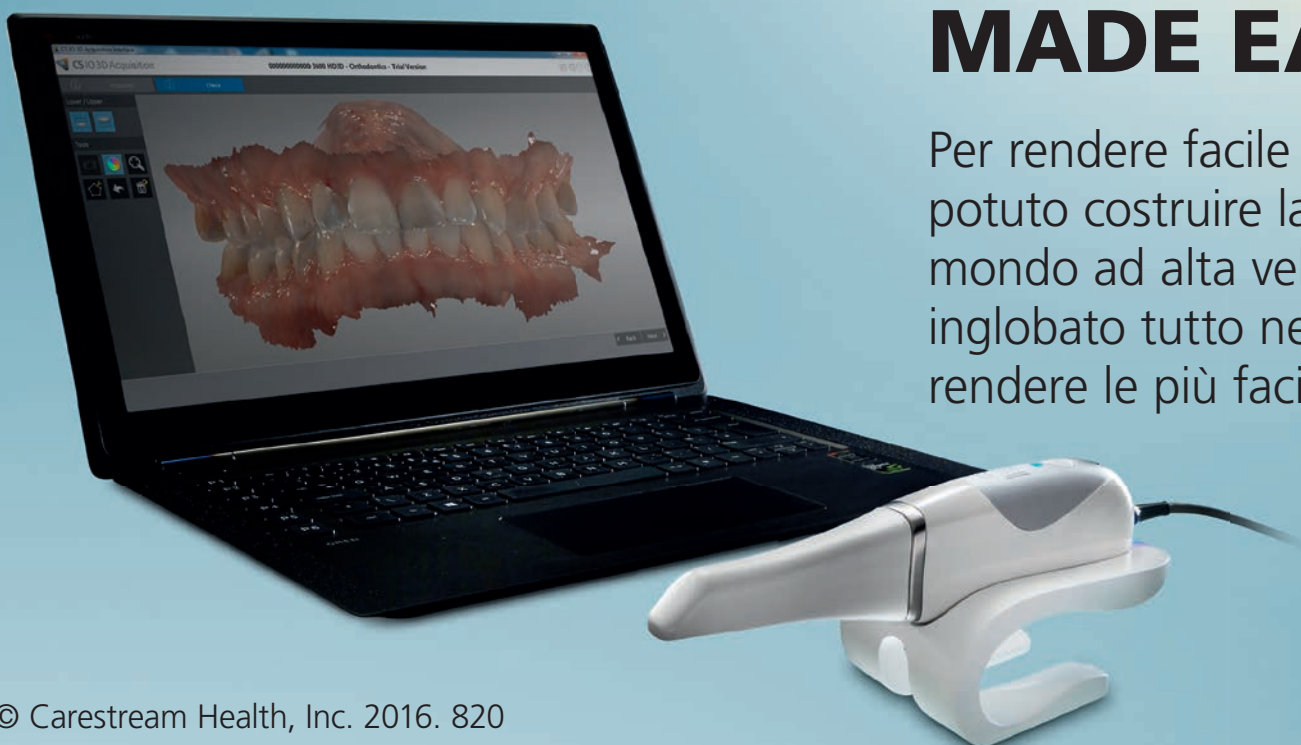
Inglobata in questo



Perchè non siamo nati con bracci robotici

MADE EASY FOR YOU

Per rendere facile la scansione dentale, avremmo potuto costruire la prima appendice bionica al mondo ad alta velocità autorizzata. Invece abbiamo inglobato tutto nel nostro nuovo CS 3600 per rendere le più facili per voi le impronte digitali.



Per maggiori informazioni
carestreamdental.it/CS3600