

La radiologia intraorale
a portata di mano!**NOMAD PRO 2™**

Fai evolvere il tuo studio.

NOMAD PRO 2

permette di acquisire immagini radiografiche intraorali in modo più rapido ed efficiente. Trascorrerai più tempo vicino al tuo paziente!

- RAPIDO FLUSSO OPERATIVO
- MASSIMA FLESSIBILITÀ
- ESTREMA PRATICITÀ

Semplice da usare,
pronto da subito.Distribuito da KaVo ITALIA
www.kavo.it - demo@kavo.comCONTATTACI
PER SAPERNE
DI PIÙ

NEWS INTERNAZIONALI

Tele-odontoiatria? Utile sì, ma...
Le molte perplessità di un sistema

Ancora incertezze per molti professionisti per quanto concerne i possibili sviluppi di un sistema efficiente di tele-odontoiatria i cui programmi promettono di fornire cure a prezzi più accessibili.



pagina 3

ORTHO TRIBUNE

Odontoiatria
estetica in ascesa

Lo dice un sondaggio
dell'American Academy
of Cosmetic Dentistry



Madison, USA – Il settore dell'odontoiatria estetica mostra un andamento di persistente crescita, come emerge da un sondaggio dell'American Academy of Cosmetic Dentistry (AACD). La maggior parte degli intervistati ritiene infatti che i trattamenti estetici saranno fonte di entrate ancor più consistenti nel prossimo anno. Le maggiori aspettative tuttavia derivano dagli impianti dentali che continueranno a diffondersi.

pagina 3 Ortho Tribune

Scovolini
TePeQualità e
semplicità in
ogni dettaglio

TePe

ATTUALITÀ

Closed Meeting di Pollenzo:
ANTHEC in prima linea 4

VITA ORDINISTICA

Corsi universitari a Enna... 8

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 15

Emocomponenti
autologhi

per uso non trasfusionale anche in strutture
private, grazie al Decreto



“Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” si chiama così il decreto 2 novembre 2015, che sostituisce i precedenti decreti 3 marzo 2005. Costituisce un passo avanti decisivo nel processo di

adeguamento della normativa sulla qualità e la sicurezza del sangue e degli emocomponenti, e nel progresso scientifico e tecnologico compiuto in tutte le branche della medicina umana e veterinaria che nelle normative europee.

> pagina 5

L'odontoiatria è o no
una specialità medica
microchirurgica?

Perché la microscopia non si diffonde?

Sono stati spesi fiumi di parole e di retorica sul microscopio, limitandosi a descriverlo, narrandone la storia ed elencandone le possibili applicazioni.



> pagina 6

COMPOSITO SUB-MICRO IBRIDO UNIVERSALE



BRILLIANT EverGlow™

- Lucidabilità eccezionale e brillantezza che dura nel tempo
- Restauri estetici con un'unica tinta (single-shade)
- Consistenza liscia per un'ideale lavorazione
- Buona bagnabilità sulla superficie dentaria condizionata



ESTETICA SEMPLIFICATA E BRILLANTE CON UN'UNICA TINTA*

*TDS (Tecnica Duo-Shade)

everglow.coltene.com | www.coltene.com

 COLTENE

Le due facce della medaglia



Il primo lato della medaglia è quello dell'elenco sommario delle provvidenze previste "anche" per i liberi professionisti: deduzione del 140% dal reddito per nuove attrezzature e macchinari, parificazione al "piccolo imprenditore" con accesso ai PON

(Programmi Operativi Nazionali) e ai POR (Programmi Operativi Regionali) sui fondi europei. E ancora: deduzione del 100% delle spese per aggiornamento e delle spese per assicurarsi contro i mancati pagamenti, indennità di maternità per i due mesi prima del parto e tre mesi dopo, sospensione dei contributi previdenziali e premi assicurativi per la durata della malattia e infor-

tunio fino a un massimo di 2 anni. Sembrano finalmente realtà i sogni di maggior sicurezza perseguiti per anni dai professionisti. Il secondo lato della medaglia è quello tratto dai comunicati di categoria contro le "catene" scese di recente in campo con una massiccia campagna pubblicitaria, secondo i quali gli odontoiatri che vi lavorano «non sono liberi professionisti, ma,

sottoposti come sono alle logiche economiche del centro, sono in realtà dipendenti nella sostanza». Di qui la situazione "schizofrenica": da un lato una libera professione che può finalmente respirare, dall'altro molti, moltissimi neo dentisti (ma anche di qualche "vecchio") condannati dalla spietatezza dei tempi a una dipendenza, a scapito, spesso, del fondamentale rapporto fiduciario.

Sulla responsabilità del medico tanto rumore per... poco

Il 28 gennaio 2016 è stato approvato dalla Camera dei Deputati il disegno di legge n. 2224 recante disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. L'eco sulla stampa era già stata molto forte quando la XII Commissione della Camera aveva licenziato il testo che avrebbe dovuto modificare dal profondo la legge sulla responsabilità dei medici.

Gli articoli più rilevanti per la categoria sono soltanto alcuni. Il n. 6 inserisce nel codice penale l'art. 590-ter il quale prevede la responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario soltanto a causa di imperizia e per colpa grave. Si tratta di un restringimento notevole della responsabilità del sanitario, perché la negligenza e l'imprudenza (elementi costitutivi della colpa) vengono cancellate, e l'ipotesi scatta soltanto in presenza di colpa grave.

Quest'ultima viene esclusa quando, «salve le rilevanti specificità del caso concreto», vengano comunque

rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida, che devono ancora essere pubblicate, e quindi rimarchevole sarà l'incertezza al riguardo nei prossimi anni.

L'art. 7 costituisce uno dei grimaldelli della rivoluzione che ha modificato la materia della responsabilità sanitaria. Prevede come i medici convenzionati o esercenti la professione sanitaria pubblica o in regime di libera professione intramuraria rispondano del proprio operato ai sensi della responsabilità aquiliana (art. 2043 CC).

Il cambiamento consiste in questo: la responsabilità del medico non può più essere invocata dopo cinque anni e l'onere della prova spetta al paziente danneggiato. Norma salutata con favore dalla classe medica, perché non solo riduce notevolmente il problema della medicina difensiva, ma consente al medico di lavorare con maggior serenità.

Il mutamento è notevole se si pensa che – prima della modifica apportata



ta dall'art. 7 comma 3, DDL citato – il medico convenzionato continuava anch'egli a rispondere a livello contrattuale (al pari della sua struttura per cui tutto è rimasto invariato), quindi con una responsabilità invocabile fino a dieci anni e con un pesante onere della prova a sé riconducibile, consistente nel dimostrare che l'inadempimento o il ritardo della prestazione erano causati da impossibilità derivante da causa a lui non imputabile.

Parliamo del tipo di responsabilità ex art. 1218 CC prevista ancora per gli odontoiatri intesi quali liberi professionisti, per i quali nulla è cambiato, e la loro aggritudine continuerà a essere quella derivante dal contratto, così come per gli avvocati o i geometri.

I medici dipendenti sono quindi "avvantaggiati"? Senza dubbio, in quanto la presenza della responsabilità contrattuale dell'ente (10 anni più onere della prova in capo alla struttura) garantisce già il paziente, il quale contro il medico dipendente deve avercela più dura (cinque anni più onere della prova a carico).

Alcuni correttivi significativi sono stati introdotti in termini pratici dagli artt. 8 e 12 anche per i dentisti "liberi". La causa al professionista che ha mal operato non si potrà muovere se non dopo aver "preliminarmente" adito il Tribunale, richiedendo una consulenza tecnico-preventiva ai fini della composizione della lite.

È una condizione di procedibilità della domanda risarcitoria. Il paziente che citi il proprio dentista senza essere prima transitato da questa camera di compensazione, non può procedere oltre. L'art. 12 prevede altresì che possa agire direttamente nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura all'azienda. Una rivoluzione per la responsabilità dei medici quindi? Nemmeno per idea. Si tratta di un adattamento interpretativo che nasce dalla giurisprudenza più avvertita e sensibile che aveva già anticipato una modifica del genere nel 2012. Il Tribunale di Varese – con la sentenza 26 novembre 2012 n. 1406 – aveva sin da allora statuito come la responsabilità da fatto illecito (2043 CC) potesse essere fatta valere dal paziente colpito da danno iatrogeno anche in assenza di contratto.

«È evidente che l'adesione a un modulo siffatto contribuisce a realizzare la finalità perseguita dal legislatore (contrasto alla medicina difensiva), in quanto l'onere probatorio del medico viene alleggerito e viene fatto gravare sul paziente anche l'onere (non richiesto dall'art. 1218) di offrire dimostrazione giudiziale dell'elemento soggettivo di imputazione della responsabilità.» Come al solito si grida alla rivoluzione, quando sulle barricate i suoi figli ne sbandierano il drappo già da tempo.

A. Pezzini, A. Gallese, Avvocati

Editoriale

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 Duschek

EDITORIAL ASSISTANTS - Anne Faulmann; Kristin Hübner

COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus

CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich

CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres

BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek

JR. MANAGER BUSINESS DEVELOPMENT - Sarah Schubert

PROJECT MANAGER ONLINE - Tom Carvalho

EVENT MANAGER - Lars Hoffmann

EDUCATION MANAGER - Christiane Ferret

INTERNATIONAL PR & PROJECT MANAGER - Marc Chalupsky

MARKETING & SALES SERVICES - Nicole Andrä

EVENT SERVICES - Esther Wodarski

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 I. 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.
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105-111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 7185

Anno XII Numero 3, Marzo 2016

DIRETTORE RESPONSABILE

Massimo Boccaletti

[m.boccaletti@dental-tribune.com]

COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa

COMITATO SCIENTIFICO

G. Barbon, G. Bruzzese, V. Bucci Sabatini,
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. Griwet Brancot, R. Kornblit, C. Mazza, G.M. Nardi,
G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco,
A. Trisoglio

CONTRIBUTI

S. Fiorentino, A. Gallese, F. Grasso, C. Mortellaro,
A. Pezzini, G. Renzo, M. Signorini, L. Viganò

REDAZIONE ITALIANA

Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363

Ha collaborato: Rottermair - Servizi Letterari (TO)

STAMPA

RDierichs Druck+Media GmbH
Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Germany

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE

ADDRESSVITT srl

PUBBLICITÀ

Alessia Murari [alessia.murari@tueorservizi.it]
Stefania Dibitonto [s.dibitonto@dental-tribune.com]

Copia singola: euro 3,00

Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C
DPR 633/72

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

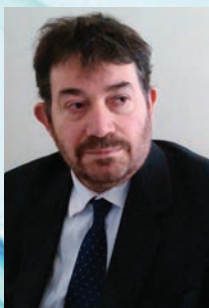
È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza 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.

HOME

CORSI ONLINE

EVENTS

Digital dentistry - Cad/Cam



WEBINAR REGISTRATO

-SPONSORIZZATO DA-



KaVo. Dental Excellence.

La CBCT
in Endodonzia... e dintorni

Dott. Emanuele Ambu

La Radiologia tridimensionale in Odontoiatria era, in passato, relegata a settori di nicchia, quali l'Implantologia e la Chirurgia Orale per la diagnosi e la pianificazione della rimozione delle lesioni di grandi dimensioni.

L'avvento, circa una decina di anni fa, dei dispositivi Cone Beam Computed Tomography (CBCT) ha completamente rivoluzionato la scena, consentendo l'introduzione di questo tipo di diagnostica per immagini nella pratica clinica giornaliera dell'Odontoiatra. L'introduzione di dispositivi che consentono di ottenere immagini ad alta risoluzione con un modesto irraggiamento del Paziente ha naturalmente portato all'estensione di questo tipo di esame ad alte branche dell'Odontoiatria, quali, tra le prime, l'Endodonzia.

www.dtstudyclub.it

I dentisti australiani e il loro punto di vista sulla tele-odontoiatria

Perth, Australia – Sebbene la tele-odontoiatria abbia dimostrato di essere un prezioso complemento ai servizi odontoiatrici istituzionali nell'ambito di programmi pilota destinati ad aree remote, scarsamente servite, molti professionisti del settore hanno ancora incertezze per quanto riguarda le possibilità di sviluppo di un efficiente sistema di tele-odontoiatria nella pratica quotidiana, come rileva uno studio australiano. I programmi di tele-odontoiatria promettono di fornire ai pazienti meno abbienti e a basso reddito cure a prezzi accessibili, riducendo così gli oneri finanziari grazie all'intervento preventivo. L'idea di fondo è che gli igienisti e assistenti appositamente formati, consultandosi via Internet con i loro dentisti tutor, possano eseguire trattamenti di base che altrimenti non sarebbero ufficialmente alla portata della loro esperienza. Per cogliere la percezione di utilità della tele-odontoiatria nel miglioramento della pratica odontoiatrica e dei risultati sui pazienti, i ricercatori della University of Western Australia hanno sottoposto 135 dentisti australiani a un questionario online. Nel sondaggio, sono stati intervistati in merito a come vedono la tele-odontoiatria in base a quattro categorie: 1) l'utilità per i pazienti; 2) l'utilità per lo studio dentistico; 3) la capacità nel migliorare lo studio; 4) le problematiche legate all'uso. Oltre l'80% dei partecipanti concorda sulla crescita dello studio dentistico dovuta alla tele-odontoiatria tramite una miglior comunicazione, che consente di orientare e recuperare nuovi pazienti. La maggioranza ritiene inoltre che tale metodo potrebbe esser utile per migliorare la gestione stessa del paziente, contribuendo ad accrescerne la soddisfazione. Una parte importante degli intervistati tuttavia esprime riserve nei confronti della tele-medicina inserita nella pratica quotidiana dello studio: individuano dei punti deboli nell'incertezza legata all'affidabilità tecnica, negli aspetti che riguardano la privacy, le spese stesse per lo studio, le questioni mediche, come il tempo di intervento chirurgico e l'accuratezza diagnostica.

Anche se in generale i dentisti sono ottimisti e favorevoli al sistema e alla sua integrazione nella vita dello studio così come oggi viene concepito, occorre saperne di più dicono gli autori della ricerca sul "come" la tele-odontoiatria potrebbe contribuire alla soluzione di alcuni specifici problemi dello studio, per spingere i dentisti ad adottarla nella quotidiana pratica clinica. Intitolata "Perceptions of Australian dental practitioners about using telemedicine in dental practice" la ricerca è stata pubblicata online il 15 gennaio sul British Dental Journal. Nel corso degli ultimi anni, vari progetti hanno sperimentato le potenzialità della telemedicina in Australia. Nel 2015, uno studio condotto da ricercatori ed esperti di tecnologia presso il Melbourne's Institute for a Broadband-Enabled Society (ora Melbourne Networked Society Institute) ha calcolato che più della metà dei partecipanti, che aveva effettuato un esame della vista su Internet, ha evitato l'impegno di un viaggio per trovarsi faccia a faccia con lo specialista.

Attualmente, il Victoria ha altri due progetti di tele-odontoiatria in corso, tra cui uno per i pazienti pediatrici che vivono in zone rurali e remote e l'altro per verificare se gli esami di tele-odontoiatria gestiti da infermieri possano rivelarsi accettabili per pazienti ospiti in strutture per anziani. Negli Stati Uniti, l'American Dental Association's House of Delegates ha rilasciato una dichiarazione

generale sulla tele-odontoiatria nel novembre 2015. Essa afferma che organismi votati ad affermare la salute dentale e altre terze parti che vi contribuiscono dovrebbero coprire i servizi forniti attraverso la tele-odontoiatria, così come avviene nei tradizionali incontri di persona.

Dental Tribune International



La tele-odontoiatria, che fu usata dai militari degli Stati Uniti per trattare le truppe di stanza lontano da specialisti dentali, potrebbe essere uno strumento per migliorare l'accesso alle cure a basso costo per le persone bisognose (Fotografia: everything possible/Shutterstock/).

5 Ragioni per scegliere Rhein83

- 1** Diverse applicazioni per personalizzare il trattamento protesico
- 2** Cappette elastiche con materiali e design innovativi che consentono di assorbire al meglio il carico masticatorio
- 3** Linea Sphero Block e Sphero Flex: le soluzioni ideali per i casi di forti divergenze implantari
- 4** Linea Ot Equator: l'attacco con la migliore stabilità, le dimensioni più ridotte in altezza e diametro
- 5** I sistemi Rhein83 sono compatibili con tutti i tipi e piattaforme di impianti

Linea di Attacchi per Impianti Rhein83

Registriamo un'ottima casistica di successi nei trattamenti con i monconi **Ot Equator**, **Sphero Block** e **Sphero Flex** di Rhein83. Nella progettazione di un trattamento overdenture o di una barra a supporto implantare sappiamo che l'utilizzo di questi componenti garantirà la soddisfazione dell'odontoiatra e del paziente.

*Dott. Luca Ortensi
Odontoiatra libero professionista di Bologna
Esperto in protesi a ritenzione implantare*

Specifiche tecniche:

Altezza Bordo Gengivale:
Disponibile da 0,5 a 7mm

Dimensioni Sfere:
Disponibili da 1,8 a 2,5mm

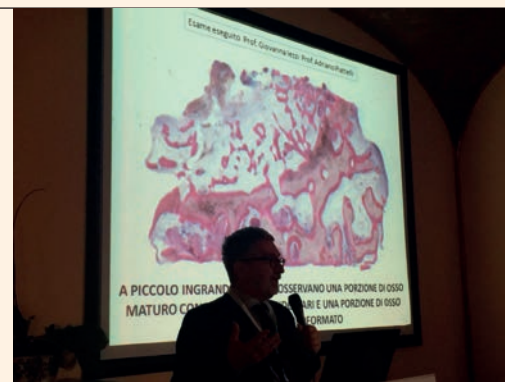
RHEIN83

Rhein83 s.r.l.
Via Zago, 10/ABC
40128 - Bologna
www.rhein83.it
marketing@rhein83.it
Tel. (+39) 051 244510

Closed Meeting di Pollenzo: ANTHEC in prima linea

nell'applicazione delle terapie basate sugli emocomponenti autologhi a uso non trasfusionale

Con il Closed Meeting di Pollenzo (12 e 13 febbraio) l'ANTHEC ha promosso un confronto a viso aperto tra ricercatori, clinici, aziende e legali sul tema rivoluzionario della medicina rigenerativa affermando un suo importante ruolo di "incubatore" di aziende. La sua presidente, prof.ssa Carmen Mortellaro, e l'avv. Stefano Fiorentino, socio onorario, ne hanno diffusamente parlato con *Dental Tribune*.



La medicina rigenerativa comprende un insieme di attività interdisciplinari volte a rigenerare cellule, organi e tessuti compromessi da malattie o dall'invecchiamento cellulare. Il suo obiettivo non è sostituire il tessuto, ma rigenerarlo biologicamente, con tecniche innovative e rivoluzionarie, oltre che con approcci convenzionali, affermando il suo maggiore punto di forza, e cioè esser priva di effetti collaterali. Una tecnica terapeutica utilizzata per curare diverse patologie, basata su meccanismi naturali dell'organismo poiché sfrutta le elevate capacità rigenerative e di guarigione proprie. In primis dei fattori di crescita rilasciati dalle piastrine contenute nel sangue, che, somministrate localmente, attivano e accelerano il processo antinfiammatorio e di riparazione dei tessuti in diverse branche della medicina, quali odontoiatria, ortopedia, chirurgia plastica ricostruttiva, medicina estetica, dermatologia e chirurgia cardiovascolare. L'obiettivo del Closed Meeting ANTHEC svoltosi all'Agenzia di Pollenzo (nata con questo nome a metà dell'800 per volontà dei Savoia come centro studi per l'agricoltura e oggi sede dell'Università di Scienze gastronomiche) è stato illustrare i più moderni approcci di medicina rigenerativa a livello di sperimentazione preclinica e clinica, per favorire le conoscenze tra esperti e costruire le basi di collaborazioni che permettano un'accelerazione della fase clinica traslazionale, anche in collaborazione con le aziende, come in un laboratorio. Con il programma scientifico, le giornate di studio di Pollenzo hanno sottolineato come in medicina rigenerativa sia importante l'approccio multidisciplinare per terapie indirizzate al grande tema delle patologie degenerative a carico di diversi organi umani (apparato cardiovascolare, sistemi muscolo-scheletrico e nervoso), analizzando i possibili protocolli, dal trapianto di cellule staminali all'uso dei biomateriali, all'impiego del laser, all'utilizzo di emocomponenti e fattori di crescita (campi specifici di ANTHEC) ed evidenziando come la rigenerazione dei tessuti rappresenti oggi il modello ideale di medicina traslazionale, basato sul trasferimento di informazioni dal bancone al letto del malato quale opportunità unica di interazione tra mondo scientifico e industriale. Dal dibattito è emerso come oggi siamo spettatori interessati dell'evoluzione, della rapida trasformazione di ciò che definivamo, pertanto, «nuove conoscenze». Nuove conoscenze e tecnologia obbligano tutti gli attori presenti nella platea della medicina rigenerativa a confrontarsi a viso aperto, tralasciando le rendite di posizione, facendosi carico di aspetti tecnologici, metodologie produttive, criticità intrinseche alla stessa disciplina.



Un nuovo livello di flessibilità. F6 SkyTaper.

Finalmente un nuovo sistema di strumenti endodontici dalla flessibilità ottimale per il trattamento di quasi tutte le anatomiche 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.

L'odontoiatria è o no una specialità medica microchirurgica?

Perché la microscopia non si diffonde?

< pagina 1

Chi scrive l'ha fatto in più occasioni, ma nessuno si è chiesto come mai questo strumento indispensabile per qualsiasi specialità medica microchirurgica non riesca a diventare indispensabile anche ai dentisti, così come lo è il riunito.

Il microscopio operatorio è uno strumento oramai diffuso negli studi odontoiatrici di tutto il mondo, specie in alcune specifiche realtà "in via di sviluppo", dove questo nuovo modo di approcciare l'odontoiatria sta rappresentando per alcune di esse, fino a oggi fanalino di coda, un primato per diffusione e utilizzo.

Stiamo parlando dell'India, del Sud America, della Russia. Realtà dove (come da trent'anni a questa parte per gli Stati Uniti) l'iperspecializzazione e la suddivisione degli specialisti in unicisti di singole specialità è oramai una realtà consolidata. Sono gli endodontisti in questi Paesi a guidare la classifica di coloro che non credono di potersi esimere dall'utilizzo costante di un tale strumento di precisione. Ciononostante, e nonostante siano migliaia i microscopi venduti nel mondo agli odontoiatri, questi ultimi rappresentano sì e no il 5-7% dei professionisti totali. Di questi, non sono più dell'1-2% coloro che, oltre a possederlo, sono riusciti anche a farne uno strumento di lavoro quotidiano.

Come tutti gli strumenti costruiti industrialmente, anche il microscopio operatorio segue leggi e regole di mercato per le quali, se la domanda è scarsa, il prodotto deve avere costi esagerati per generare profitti importanti per le realtà industriali che lo producono. Per queste ragioni le aziende e loro promoter "consigliano" spesso macchine dal basso costo di realizzazione a prezzi comunque elevati, ma abbordabili per la media dei pagabili utilizzatori.

Sono i microscopi definiti "odontoiatrici": praticamente inutilizzabili perché macchinosi, esageratamente "meccanico-manuali", privi di ergonomia ed elettrificazione dei comandi, utili a un utilizzo pratico in un contesto che ancor oggi non nasce per integrare la macchina stessa. Che significa? Che le unità operative odontoiatriche non sono concepite per la microscopia. Troppi gli ostacoli al movimento fluido dei bracci e alla nuova postura da acquisire per utilizzare lo strumento. Troppo scarse le dotazioni di automatismi (praticamente inesistenti) adottati dalle macchine di base, ossia quelle sedicenti dedicate.

Dall'industria attualmente vengono vendute macchine ina-



datte con costi costruttivi bassi, tali che la media dei dentisti possa acquistarli, consentendo di supportare la catena industriale di produzione con una continuità tra quantità del prodotto realizzato e venduto. Il prodotto proposto viene presentato come "adatto", equiparando di fatto i dentisti alla cenerentola dei medici specialisti. A nostro avviso, quindi, i limiti alla diffusione dello strumento sono da attribuirsi a quanto descritto e alle seguenti circostanze:

1. unità operative inadatte perché non dedicate;
2. microscopi (quelli considerati in maniera inappropriata come dedicati) inadatti perché insufficienti a generare un'ergonomia adeguata ad acquisire un approccio e una postura per noi totalmente nuovi. Si pensi solo al tempo impiegato per ottenere che i dentisti passassero dal lavorare in piedi a seduti. Almeno trent'anni, anche se tutt'oggi ancora buona parte dei colleghi più anziani si ostina a lavorare in piedi;
3. mancanza totale di insegnamento dedicato a questa ergonomia. La specialità in oggetto (la microscopia) non è considerata tale perché la maggior parte di chi insegna non la utilizza e non ha interesse a diffonderne l'uso. È come se si insegnasse nelle università a lavorare in piedi quando razionalmente nel mondo professionale si lavora seduti. Ogni studente uscito dalla realtà accademica dovrebbe reimpagare l'approccio alla poltrona impiegando molti anni a capire che quanto la scuola ha insegnato va riconsiderato e abbandonato. Nelle università si insegna ad affrontare la cura di un apparato, organi e annessi, ardui da vedere a occhio nudo, con tutti i limiti oggettivi della visione naturale.

All'interno del cavo orale nulla si può realizzare con precisione e controllo, con sicurezza e appropriatezza, senza una visione magnificata che vada da un minimo di 3 X (3 volte la visione naturale) fino a "quanto basta" per vedere bene. Per la sua diffusione capillare la microscopia odontoiatrica necessita quindi

di un insegnamento dedicato in ogni sede universitaria (in alcune sedi i microscopi esistono e sono utilizzati ma senza insegnarne in maniera specifica l'ergonomia, limitandosi all'utilizzo come per un'attrezzatura qualunque). L'insegnamento dovrebbe stimolare l'industria a creare le nuove unità operative dedicate alla nuova odontoiatria.

I microscopi utili alla professione sono i migliori i più performanti, maggiormente ricchi di automatismi elettrificati che consentono di non dover mai togliere la vista dagli oculari e di spostare il corpo ottico come una piuma sul maggior numero di assi possibili, bloccandolo stabilmente nella posizione prescelta e consentendo ogni aggiustamento di fuoco, distanza focale, aumento, riduzione e collimazione della sorgente d'illuminazione con semplice pressione delle dita sulle manopole di appoggio. Quindi i modelli migliori, grazie ai quali il dentista non si sente inferiore nella sua specialità medica né la ritiene inferiore alle altre. Questo principio, diffuso e spiegato alla categoria nei suoi razionali obbligherebbe l'industria a calmiare i prezzi delle macchine più performanti per favorirne vendita e diffusione.

I denigratori

Infine due parole dedicate ai denigratori. Il potere logora chi non ce l'ha, diceva un noto politico della Prima Repubblica. Quando la volpe non arriva all'uva dice che "è acerba". Esiste una corrente diffusa di clinici che, per esperienza negativa associata o per incapacità di approccio, lavora costantemente alla diffamazione di ciò che non è loro congeniale. Questi sostenitori "del contrario" hanno fatto sì che, nonostante la comparsa dei primi microscopi operatori in odontoiatria sia avvenuta ben oltre quarant'anni fa, tutt'ora si continui a considerarli non indispensabili, se non addirittura superflui.

Maurizio Signorini, medico odontoiatra microscopista

Il microscopio? Sconosciuto in odontoiatria o quasi

Maurizio Signorini, che iniziò a esercitare utilizzando fin dal primo giorno un sistema ottico ingrandente su misura (occhiale prismatico personalizzato montato su occhiale), cominciò con un training formativo presso un noto studio italiano tra i pionieri della disciplina, che allora possedeva 6 microscopi per 6 poltrone e oggi ne ha 12 per 12. Acquistò, sette anni fa, il suo primo microscopio "dedicato" e tre anni e mezzo fa il secondo, adattandosi all'utilizzo di due macchine "inutilizzabili", massacranti, non performanti ergonomicamente, se non a frutto di sacrifici. Con esse Signorini realizza tutto nella sua odontoiatria, producendo una ricca e va-

ria documentazione video a dimostrazione del suo operare, ma soprattutto del fatto che "l'uva è tutt'altro che acerba".

«Come vedo io i distretti anatomici a cui mi approccio – dice – non è lontanamente possibile vederli a occhio nudo o con scarso ingrandimento. I fatti filmati e documentati – continua – non sono discutibili per ciò che concerne il valore aggiunto della magnificazione ottica e le possibilità che tale visione dà, ampliando i limiti della visione naturale "ridotta" e aumentando la sicurezza di esecuzione.»

La videodocumentazione di Signorini è oggi disponibile gratuitamente sul suo canale YouTube con un numero di visual-

izzazioni che ha oramai ampiamente superato il milione di visualizzazioni da tutto il mondo. Relatore da anni su temi legati alla microscopia operatoria, nel 2014 Signorini è stato docente di corso teorico pratico di due giornate a Tel Aviv con 25 discenti da tutto il Paese, di cui almeno 22 già possessori di un microscopio operatorio e due docenti universitari, per apprendere i modi di utilizzare appieno lo strumento. Da anni Signorini si sente impegnato nel diffondere questa cultura «nella speranza – dice – che venga sdoganata e riconosciuta come tale».



Dental Tribune Italia

BRESCIA

Dott. Salvatore Longoni
Dott. Michele Jacotti

MILANO

Prof. Carlo Maiorana
Prof. Enrico Conserva
Dott. Filippo Fontana
D.s.a Carolina Lenzi
Prof. Eugenio Romeo

PADOVA

Dott. Aldo Zupi
Dott. Claudio Stacchi
Dott. Davide Farronato
Dott. Francesco Mangano
Dott. Jason Motta Jones

ROMA

Prof.ssa Antonella Polimeni
Prof. Giuseppe Luongo
Prof. Carlo Mangano
Dott. Deflorian - Dott. Parenti
Dott. Roberto Pistilli



CONNESSIONE SATELLITARE
DA BRESCIA CON
MILANO - ROMA - PADOVA

PER ISCRIZIONI
frigerio@megagenitalia.it

PER INFORMAZIONI
www.megagenitalia.it

 **MEGAGEN** Italia

SABATO
14.05
2016

PASSION & ESTHETIC IN IMPLANT DENTISTRY

*Tre sedi separate **Milano-Padova-Roma**
per il Simposio più tecnologico e innovativo del settore odontoiatrico.*

*Un unico programma, con lo stesso timing
e un intervento in **live surgery** trasmesso in diretta da Brescia,
tramite **connessione satellitare**, con **immagini 3D**.*

*Un evento straordinario per qualità scientifica
e per grado innovativo di comunicazione.*

*Tutti i partecipanti potranno porgere domande alla sede di Brescia attraverso una chat internet
presente in ogni sede.*

Corsi universitari a Enna... più Kafka che Pirandello

Avevo sempre saputo che la mia Sicilia era la terra di Pirandello e non di Kafka; eppure non potrei che definire kafkiano il “processo” svoltosi sulla questione dell’Università romana di Enna che ha visto il Tribunale di Caltanissetta emanare un’ordinanza che in sostanza dà il via libera all’inizio dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia presso l’Università degli Studi Kore di Enna.

Da un punto di vista tecnico, siamo in presenza di un’ordinanza di natura cautelare che respinge il ricorso presentato dal Ministero dell’Università, ex art. 700 cpc, che aveva chiesto di impedire l’inizio degli stessi corsi. La vicenda quindi non è certamente conclusa e lo stesso Tribunale di Caltanissetta riconosce che il MIUR ha il diritto di adottare, nell’ambito delle proprie attribuzioni, un formale provvedimento di diniego dell’efficacia dei diplomi di laurea rilasciati dall’Università Dunarea di Jos di Galati in

collaborazione con l’Università di Enna nel nostro ordinamento didattico.

Se questa è la situazione giuridica che, come troppo spesso accade, privilegia aspetti solamente formali, quanto si sta concretizzando dimostra ancora una volta la capacità da parte di soggetti privati di trasformare in business il delicato settore della formazione universitaria. Non è possibile nascondersi dietro un dito, facendo finta di credere che questi eventuali nuovi laureati eserciteranno in Romania, quando invece è di tutta evidenza che il vero scopo dell’iniziativa è quello di “irridere” il concetto del numero programmato, come più volte dimostrato anche da similari iniziative. Basti ricordare la vicenda della “succursale” dell’Università Pessoa, dell’apertura del corso di laurea in Odontoiatria in una “cattedrale nel deserto” a Salerno, Tirana ecc.

Non è possibile accettare passivamente

queste speculazioni e occorre pertanto la conferma di risposte forti e chiare da parte sia del Ministero dell’Università sia del Ministero della Salute. Non basta difendersi nelle aule di Tribunale, ma occorre dimostrare la capacità di attivare una vera programmazione degli accessi in un ambito europeo, portando a compimento il progetto già attivato nell’ambito del Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting promosso dalla Commissione europea a cui partecipa il Ministero della Salute e in cui viene rappresentata anche la Federazione. Il Ministero della Salute è da elogiare per questa iniziativa! Non è mai bello pronunciare la frase «io l’avevo detto», ma non posso dimenticare che questa idea della programmazione europea nasce dalla CAO Nazionale, che l’aveva ipotizzata in tempi



ormai lontani. Attendiamo, quindi, stessi atti concludenti anche dal MIUR per quanto riguarda la ferma negazione di qualsiasi validità del titolo di laurea rilasciato a Enna e, contestualmente, rinnoviamo l’invito a tutte le persone di buona volontà di trovare soluzioni a un problema che rischia solo di avvilire la formazione dei nostri professionisti a vantaggio di iniziative speculative che certamente non hanno a cuore una vera tutela della salute dei cittadini e la correttezza dei percorsi formativi.

Giuseppe Renzo, Presidente CAO Nazionale

Riaffermando il ruolo del medico radiologo

La FNOMCeO si oppone al ricorso al Tar dei tecnici di radiologia contro le linee guida ministeriali



Contro le linee guida del ministero della Salute “per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate”, la Federazione nazionale dei collegi professionali dei tecnici sanitari di radiologia medica ha avanzato ricorso presso il Tar del Lazio.

Ad esso si oppone ora la FNOMCeO dopo una riunione del Comitato centrale riunitosi a Roma il 5 febbraio.

Per illustrare le motivazioni del gesto la FNOMCeO ha emanato un comunicato: «Il ricorso della Federazione nazionale dei collegi professionali dei tecnici sanitari di radiologia medica avverso le li-

nee guida emanate dal Ministero della Salute, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 261 del 9 novembre 2015 – dice il comunicato – può minare la sicurezza e la qualità delle prestazioni in ambito radiologico».

E qui interviene l’affondo della FNOMCeO: «Questa Federazione sottolinea con forza come la responsabilità della gestione del percorso diagnostico-terapeutico sia in capo al medico-radiologo, a partire dal consenso informato, passando dalla sicurezza delle procedure, fino alle decisioni diagnostico-terapeutiche. Chiediamo al Ministero della Salute una imme-

diata presa di posizione a difesa di un proprio decreto, fortemente voluto per garantire qualità e sicurezza. La FNOMCeO, nell’annunciare il proprio intervento *ad opponendum* in sede di contenzioso amministrativo – continua la nota con un tono più conciliante – mantiene comunque una posizione di apertura nei confronti delle professioni sanitarie, in una logica di collaborazione e di autonomia, nel rispetto delle competenze e con l’obiettivo di garantire qualità, sicurezza e tracciabilità, per la tutela della salute».

Dental Tribune Italia

Avvocati e medici

Patto per la tutela dei diritti di difesa e salute. L’incontro tra il presidente del CNF e della FNOMCeO

Un’intesa è stata raggiunta il 22 gennaio a Roma tra il presidente del Consiglio nazionale forense, Andrea Mascherin, e la presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Roberta Chersevani, affiancata dal segretario generale Luigi Conte. Obiettivo: avviare un percorso comune per la tutela efficace dei diritti fondamentali di difesa e della salute e promuovere la corretta informazione presso i cittadini sui principi e sui valori che informano le due professioni di avvocato e medico, alla cui tutela i due diritti costituzionali sono affidati. «Il patto tra le due professioni – dice un comunicato congiunto – contribuirà a diffondere la comune cultura, impegno e assunzione di responsabilità a tutela dei principi espressamente riconosciuti nella Carta Costituzionale. Occorre contrastare la visione esclusivamente mercatista, che produce gravi e negativi effetti proprio sulla tutela delle persone. Medici e avvocati – ha dichiarato Mascherin nel saluto ai rappresentanti della Federazione – hanno la responsabilità di informare correttamente i cittadini soprattutto con riguardo alla responsabilità medica,

evitando quelle distorsioni dannose per l’intero sistema». La presidente Chersevani, nel ringraziare il Consiglio per la calorosa accoglienza ricevuta, ha dichiarato di «riporre grandi aspettative in questa collaborazione. Oggi nasce qualcosa di nuovo in un momento di grandi difficoltà che mette in crisi l’esercizio delle nostre professioni. Questo percorso, ne sono certa – ha detto – permetterà alle persone che si affidano ad avvocati e medici di guardare al nostro lavoro con rinnovata fiducia. Avvocati e medici devono recuperare il senso dell’esercizio delle loro professioni, affermando l’autonomia e la libertà nel rigoroso rispetto dei principi normativi e deontologici». Il presidente Mascherin ha indicato i prossimi passi: la sigla di un Protocollo d’intesa e l’avvio di un tavolo di lavoro comune sui temi che riguardano entrambe le professioni.

Ha presentato anche la nuova iniziativa editoriale *Il dubbio*, invitando la Federazione degli ordini dei medici e degli odontoiatri a partecipare alla corretta diffusione della cultura dei diritti e delle garanzie.

Fonte FNOMCeO e CNF



la differenza è ULTRA



EndoUltra™ - l'UNICO irrigante senza fili
attivatore di energia a ultrasuoni.

ENDO|ULTRA™

Migliore esperienza terapeutica ed efficienza d'uso grazie a EndoUltra l'unico attivatore a ultrasuoni, leggero e senza fili, alimentato a batteria, in grado di produrre streaming acustico e cavitazione.

L'energia a ultrasuoni fa di EndoUltra l'unico attivatore senza fili che garantisce:

- **Fino al 100%** di penetrazione irrigante, anche nell'anatomia apicale.¹
- Rimozione dei detriti **più efficace dell'82%** rispetto ai dispositivi elettronici.²

ULTRA efficace. ULTRA efficiente. **ULTRA sonic.**

AutoSyringe™

Questo dispositivo senza fili, compatto e sicuro, offre un flusso controllato di soluzioni irriganti grazie alle impostazioni a portata variabile. In coppia con EndoUltra per **risultati ancora migliori per i pazienti.**

