



Proteggi il suo sorriso dalla carie. Scopri l'efficacia del **fluoruro amminico**



elmex
La marca di dentifrici più raccomandata dai dentisti italiani
Fonte: 1. Ipsos InnoQuest, Oral Care Professional Brand Recommendation Study, February 2016.

Gianna Pamich neo presidente UNIDI
per il biennio 2016/18



Membro del Direttivo sin dal 2008,
Gianna Pamich, Amministratore unico della Pastelli Srl, succede
nel ruolo di presidente dell'UNIDI, a Gianfranco Berrutti, eletto
nel nuovo Direttivo assieme ad altri sette consiglieri.

[pagina 7](#)

Prescrizione di farmaci

*i dentisti devono prestare
attenzione a potenziali abusi*

Canberra, Australia – Il presidente del Comitato terapeutico della Australian Dental Association, Chris Daly, ha espresso preoccupazione circa il possibile abuso di farmaci da parte dei pazienti.

[> pagina 3](#)



NEWS INTERNAZIONALI

«Dobbiamo considerare attentamente
il futuro della forza lavoro» 4

TEKNOSCIENZA

Un milione di italiani soffre
di scompensi cardiaci 14
OSAS, l'odontoatria
e le altre discipline 18
Concentrated Growth Factors 21
Pedagogia e odontoatria 22

L'INTERVISTA

Mi fido di te 44

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 46

Prevenzione e management odontoiatrico

dei pazienti oncologici a rischio di osteonecrosi delle ossa mascellari da farmaci



G. Campisi, R. Mauceri, A. Bedogni, V. Fusco, O. Di Fede, V. Panzarella

Introduzione

L'osteonecrosi delle ossa mascellari (ONJ) da farmaci è una entità nosologica nota da oltre un decennio¹ e recentemente definita come «una reazione avversa farmaco-correlata, caratterizzata dalla progressiva distruzione e necrosi dell'osso

mandibolare e/o mascellare di soggetti esposti al trattamento con farmaci per cui sia accertato un aumentato rischio di malattia, in assenza di un pregresso trattamento radiante»².

[> pagina 12](#)

LASER TRIBUNE

Burning Mouth Syndrome

La gestione del dolore
mediante la LLLT.

[pagina 25](#)

Cone Beam

risorsa diagnostica e vincoli normativi

S. Bottasso

La diagnostica radiologica dispone oggi di strumenti importanti ed eccezionali che consentono condizioni d'intervento senza eguali anche solo fino a pochi anni fa.

[> pagina 38](#)



Robert Kneschke / Shutterstock.com

Micro-endodonzia chirurgica: lo stato dell'arte

A. Castellucci



Introduzione

Per endodonzia chirurgica si intende quella branca dell'odontoiatria che si occupa della diagnosi e del trattamento delle lesioni di origine endodontica che non rispondono alla terapia endodontica convenzionale o che non possono essere trattate con la terapia endodontica convenzionale.

[> pagina 9](#)

R. & D. DEPARTMENT

PRESENTS

THE BRAND
NEW ESACROM

"USER FRIENDLY"
SURGERY TECHNIQUES

"GONDOLINO" & "ELITICAL"

THE
ULTIMATE

"ZERO"
LEARNING CURVE

DR. MOZZATI'S KIT

ULTRASONIC

PREPARATION OF IMPLANT SITE

www.esacrom.com

Sapere e saper fare



L'odontoiatria, come molte altre scienze, ha subito negli ultimi anni un'accelerazione nell'ambito della ricerca, tale per cui resta veramente difficile seguire lo sviluppo di ogni suo ramo. Leonardo da Vinci ai suoi tempi poteva conoscere tutto lo scibile, ma oggi anche lui, forse, si troverebbe in diffi-

coltà. Le informazioni di ogni giorno, attraverso corsi, congressi, riviste, sono così numerose che, pur volendo dedicarsi solo alla loro acquisizione, si fatica a stare al passo: su Internet tutto viene esposto, come in un'immensa vetrina, anche le informazioni fallaci. Di qui la semplice constatazione: oggi il dentista non può più essere inteso come un tempo in cui sapeva fare sufficientemente bene tutto. Con conoscenze dilatate a dismisura,

l'acquisizione della pratica clinica per livelli d'eccellenza richiede una curva di apprendimento tale per cui si impongono scelte su cosa imparare e a cosa dover rinunciare. «Ed è frustrante non apprendere quanto si desidera, avendo coscienza di non sapere a sufficienza – commenta Luigi Grivet Brancot, docente e specialista di lunga esperienza –. E pur scegliendo un ambito circoscritto e dedicandovisi con impegno, si scopre che l'applicazione

clinica delle nozioni acquisite non sempre sortisce i risultati enunciati.» Se l'esperienza, come dice Oscar Wilde, altro non è che la somma dei nostri errori, «a questo punto – osserva Grivet – l'unico, vero, banco di prova del nostro sapere rimangono il tempo, giudice affidabile (anche se spesso acuisce i risultati negativi), e la pratica clinica con il suo fardello di rischi, dove solo il professionista, plaudito o vituperato, resta unico protagonista».

Farmacologia odontoiatrica

Gli aggiornamenti indispensabili in un nuovo pratico corso

La formazione farmacologica risale normalmente agli esami universitari, gli studi odontoiatrici spesso non sono neanche visitati dagli informatori medico-scientifici, che a torto trascurano questo settore della medicina. Tuttavia, ogni giorno nello studio dentistico sono prescritti e somministrati numerosi farmaci. Si tratta di un argomento com-

plesso che implica la conoscenza non solo dei farmaci e delle nuove tecnologie farmacologiche, ma anche delle loro interferenze con la vita e le malattie del paziente, i conflitti con i farmaci già in uso, le intolleranze e i possibili effetti collaterali. L'odontoiatra è un medico a tutto campo che deve tenere in considerazione questi aspetti, parten-

do da un'accurata anamnesi del paziente. Di qui la necessità di un corso – che utilizza il materiale prodotto lo scorso gennaio durante il Congresso di farmacologia odontoiatrica promosso dalla Fondazione Istituto Stomatologico Toscano – dedicato alle conoscenze farmacologiche e alle loro evoluzioni.

L'alto profilo scientifico del corso è testimoniato dalla relazioni di:

– Nicola Perrini (lectio magistralis)

Cenni storici sulle terapie antalgiche

– Carmelo Scarpignato (Università di Parma)

Uso appropriato dei FANS in Odontoiatria: benefici e rischi

– Roberto Mattina (Università di Milano)

La antibioticoterapia e la profilassi in odontoiatria

– Giuseppina Campisi (Università di Palermo)

Farmaci antirassorbitivi e antiangiogenetici: istruzioni per l'odontoiatra nella prevenzione e cura dell'osteonecrosi delle ossa mascellari (ONI)

– Lorenzo Lo Muzio (Università di Foggia)

Nuove terapie in oncologia: implicazioni per il cavo orale

– Giulia Cervetti (Università di Pisa)

Nuovi anticoagulanti orali: consigli terapeutici per l'odontoiatria

– Giovambattista Desideri (Università dell'Aquila)

Il paziente polimedicato: dimensione del problema

– Roberto Rotundo (Università di Firenze)

Anti-biofilm therapy: razionale e applicazione in Parodontologia e Implantologia

– Michele Vano (Università di Pisa)

Nuove strategie per il trattamento dell'ipersensibilità dentinale

– Maurizio Bossù (Università La Sapienza di Roma)

Sostanze/Farmaci anticarie

– Filippo Graziani (Università di Pisa)

Farmacologia in parodontologia

– Andrea Sardella (Università di Milano)

Le patologie del cavo orale che richiedono sostitutivi salivari

– Giuseppe Ficarra (Università di Firenze)

Effetti collaterali dei farmaci e cavità orale



FARMACOLOGIA ODONTOIATRICA:

GLI AGGIORNAMENTI IRRINUNCIABILI





Corso on line ECONOMICO • FACILE • COMODO

Nell'arco di un decennio le conoscenze acquisite durante gli studi universitari vengono spesso superate dall'evoluzione della scienza applicata alla medicina condizionando negativamente le scelte terapeutiche ed esponendo il paziente a rischi per la salute e l'operatore a rischi medico-legali. Questo vale ancor più per le conoscenze farmacologiche necessarie ad affrontare la pratica odontoiatrica. Anche l'educazione continua, oggi obbligatoria, insegna le procedure odontoiatriche in senso stretto, affrontando il "come si fa" in luogo del "perché si fa". Il corso tratta le implicazioni farmacologiche della pratica odontoiatrica, sottolineando gli aspetti che più di altri hanno subito evoluzioni significative nelle conoscenze e quelli che presentano i maggiori rischi in relazione alle procedure odontoiatriche.

VALIDO dal 25 luglio 2016 al 25 luglio 2019

COSTO 90 euro iva compresa*

*Il costo per l'acquisto è deducibile al 100%.

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

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 Duscek

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 9, Settembre 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. Biancucci, E. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit, C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio

CONTRIBUTI

A. Abbasciano, D. Adamo, A. Bedogni, M. Bossù, S. Bottasso, G. Campisi, A. Castellucci, C. Ciolfi, D. Corridore, A. D'Errico, O. Di Fede, P. Gatto, A. Del Vecchio, V. Fusco, M. Lama, T. Marinucci, R. Mauceri, M. Mignogna, J. Motta Jones, V. Panzarella, A.M. Pescatore, A. Polimeni, B.D. Pugliese, G. Ramieri, D. Rimini, C.M. Rodighiero, U. Romeo

REDAZIONE ITALIANA

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

Ha collaborato: Rottermaier - 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]

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.

Prescrizione di farmaci: i dentisti stiano attenti ai potenziali abusi



Pazienti in cerca di ricette per oppiacei possono affermare di avere forti dolori o addirittura presentare ferite in bocca auto-inflitte, avverte Chris Daly, presidente del comitato terapeutico della Australian Dental Association (Foto: eldar nurkovic/Shutterstock).

< pagina 1

Per prevenire il problema ha affermato la necessità che i dentisti seguano precise linee guida e siano molto cauti quando ricevono richieste di farmaci come le benzodiazepine o gli oppiacei.

In una nota pubblicata nel numero dell'*Australian Prescriber Journal*, Daly ha suggerito ai dentisti di prestare maggiori cautele dinanzi a pazienti che desiderano esclusivamente assistenza farmacologica invece che sottoporsi ad altro tipo di cura, specie se conoscono il nome del farmaco e non ricordino o non vogliano far sapere il nome e il luogo dove esercitava il loro precedente dentista. La richiesta di benzodiazepine sta a indicare di solito – secondo Daly – un nuovo paziente che dice di aver paura del dentista o dimostri ansia durante la visita odontoiatrica. Questi pazienti si premurano però di mettere al corrente il dentista del fatto che il precedente collega gli prescriveva di solito un “qualcosa per calmarlo” essendo quello “l’unico modo per poter intervenire sulla sua bocca”.

Per distinguere i casi in buona fede da chi cerca invece farmaci per abusarne, la nota suggerisce ai dentisti di contattare il loro precedente collega o medico curante e di prescrivere loro una o due compresse invece che una scatola intera. Quando si ha a che fare con una richiesta sospetta, Daly suggerisce risposte adeguate da dare al paziente in cerca di farmaci. Per gli oppiacei si può utilizzare la seguente: «I farmaci che cerca non sono appropriati per il suo problema. È opportuno che ne discuta con il suo medico curante (posso contattarlo io, se crede), e se il dolore è molto intenso dovrebbe rivolgersi a un ospedale». Per le benzodiazepine: «Io non prescrivo i farmaci che lei mi chiede. Dovrebbe parlarne con il suo medico curante (posso contattarlo io) o se crede posso indirizzarla a uno specialista per far fronte alla sua ansia».

Secondo i dati del National Drug Strategy Household Survey del 2013, tra il 2010 e il 2013 in Australia, tra tutti i tipi di farmaci, gli analgesici rappresentano il settore nel quale si è registrato il maggiore abuso. In particolare il 7,7% degli individui nel 2013 ha usato analgesici per scopi non medici, quando nel 2010 la percentuale era del 4,8%.

DTI

4,4mm
2,1mm

MASSIMA stabilità
MINIMO ingombro!

per tutte le piattaforme implantari

Ot Equator Altro sistema **Ot Equator** Altro sistema

RHEIN83

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

«Dobbiamo considerare attentamente il futuro della forza lavoro»

Dopo il voto nel referendum per lasciare l'UE lo scorso mese e la nomina di Theresa May a primo ministro, le negoziazioni tra Westminster e Bruxelles cominceranno presto. Già prima del referendum, in un articolo pubblicato dal *British Dental Journal*, ricercatori dell'Health Education England avevano tracciato un possibile scenario per l'odontoiatria britannica. *Dental Tribune Online* ha avuto l'opportunità di parlare con gli autori Edward Sinclair e Sam Shah riguardo ai possibili impatti della Brexit sull'industria dentale d'oltremarina.

Dental Tribune Online: nel referendum la maggioranza dei britannici ha votato per l'uscita dall'Unione Europea. Quale impatto potrà avere questa scelta sulla sanità e sul settore odontoiatrico in particolare?

Edward Sinclair: rispondere concisamente non è semplice. Direi che nel breve periodo cambierà poco; in seguito, molto dipenderà dall'esito delle negoziazioni, ci auguriamo che non si verifichino sconvolgimenti dello stato attuale dei servizi. Uno degli ambiti che potrebbe essere toccato è quello della manodopera. Al momento la Gran Bretagna impiega molti lavoratori provenienti dai Paesi membri UE che godono del reciproco riconoscimento delle qualifiche. Una delle ragioni della vittoria del Leave è stata l'insoddisfazione di molti riguardo al concetto di libertà di movimento. In futuro, infatti, questa libertà potrebbe subire restrizioni. Potremmo arrivare a quello che succede in Nord America, dove i profes-

sionisti possono venire nel Regno Unito solo se hanno ricevuto un'offerta di lavoro.

Sam Shah: c'è una cospicua legislazione che dovrà essere rivista o riscritta. Bisognerà tenere in considerazione sia i lavoratori europei che migrano, che i residenti in Gran Bretagna che al momento lavorano in altri stati membri. Questi probabilmente vorranno tornare nel Regno Unito nella speranza che le loro qualifiche siano riconosciute.

La Gran Bretagna beneficia anche di materiali prodotti in altri stati europei e importati nel mercato interno, per esempio in campo implantare ed endodontico. Se ci saranno cambiamenti si profilerà la necessità di mettere in piedi accordi commerciali con l'Unione Europea e questo inevitabilmente avrà ripercussioni sui prezzi, e quindi su forniture e domanda.

DTO: solo lo scorso anno sono stati più i dentisti registrati presso il General Dental

Council che quelli usciti dalle scuole dentali inglesi. Quanto l'odontoiatria è dipendente dalla forza lavoro migrante e quanto il Paese è in grado di affrontare una sua potenziale riduzione derivante da più strette leggi sull'immigrazione?

Shah: la manodopera è un elemento importante e di certo ci saranno implicazioni visto che al momento sfruttiamo sia quella continentale che quella britannica per far fronte ai bisogni della popolazione. È probabile che le barriere all'immigrazione pesino su questo scenario, per questo si tratta di un tema delicato che andrà ponderato. In ogni caso gli effetti della Brexit non si vedranno se non prima di qualche anno, ci vorranno dai 5 ai 10 anni perché la situazione si stabilizzi.

Sinclair: quindici anni fa le persone che vivevano nelle aree rurali incontravano maggiori difficoltà nel reperire un dentista del sistema sanitario nazionale, questa situazione



è migliorata probabilmente grazie all'avvento di molti professionisti dai paesi membri UE disposti a lavorare in quelle aree.

Se da una parte i problemi economici dell'eurozona persisteranno, anche la domanda di dentisti dal continente continuerà. Sappiamo per esempio che Paesi come la Spagna e la Romania producono un surplus di dentisti rispetto al loro fabbisogno interno, anche con eventuali barriere all'immigrazione il Regno Unito rimarrà un polo attrattivo per i professionisti del dentale.

DTO: oltre all'immigrazione, uno dei temi posti dal fronte del Leave è stato l'aspetto normativo. Fino a che punto l'industria dentale britannica è regolata dalle leggi europee?

Sinclair: le faccio un esempio, l'Health and Safety (Sharps Instruments in Healthcare) Regulations del 2013 è diventata legge inglese, originata dalla direttiva del Consiglio 2010/32/EU. Legiferare in materie come questa d'ora in poi sarà competenza del Regno Unito. Inoltre, in alcuni Paesi europei la legislazione europea è meno invasiva, in ogni caso è stato un errore pensare che l'uscita dall'UE avrebbe ridotto il peso legislativo.

Shah: è necessario anche tenere in considerazione altre leggi europee, per esempio sulle radiazioni ionizzate o sul trasferimento delle immagini cliniche. Bisognerà, in ogni caso, adottare politiche o normative che si occupino di queste materie, è impensabile che lo stato smantelli l'impianto normativo esistente senza rimpiazzarlo con uno nuovo.

Le norme con le quali i dentisti sono forse più familiari sono le EU competition laws, delle quali il Regno Unito ha una propria versione e probabilmente dovremmo rivedere anche queste leggi.

DTO: vedete benefici per l'odontoiatria britannica dopo il voto sulla Brexit?

Sinclair: ci potrebbe essere un'opportunità per standardizzare i requisiti per l'uso della lingua inglese, soprattutto se riceveremo medici da Paesi dove l'inglese è la lingua d'insegnamento. Potrebbe essere – anche se si tratta solo di speculazioni – più sem-

plice introdurre manodopera specializzata e mantenere alti standard.

Shah: dal punto di vista della competizione ci potrebbero essere benefici per i lavoratori locali che con l'afflusso di dentisti esteri vivevano in un mercato più competitivo. Dal punto di vista individuale, invece, potrebbero esserci miglioramenti occupazionali, anche se l'immigrazione di professionisti stranieri continuerà, dal momento che la Gran Bretagna resta una destinazione attraente.

DTO: secondo voi, quali aspetti del mondo dentale saranno da tenere in considerazione durante le negoziazioni con l'Unione Europea?

Sinclair: sappiamo che l'intero sistema sanitario nazionale, non solo quanto riguarda l'odontoiatria, ha tratto benefici dal poter accogliere professionisti da altri Paesi europei, così le negoziazioni dovranno ricalcare questo scenario, sia che si tratti di istituire un permesso speciale per venire a lavorare in Gran Bretagna o per trasferirsi negli stati membri europei. Non perdere questo tipo di flessibilità è di vitale importanza e dovrebbe essere un punto su cui negoziare.

Non avrebbe un grande impatto sull'immigrazione generale perché questa manodopera ne rappresenta solo una piccola parte. Mi aspetto che l'opinione pubblica, a prescindere dalla convinzione generale sulla Brexit, sostenga questo tema.

Shah: di certo ci sarà la necessità di stabilire accordi commerciali su prodotti e strumenti. I medicinali, inoltre, dovranno probabilmente essere compresi in una categoria speciale. Allo stesso modo ci sarà bisogno di regolamentare alcuni campi come lo scambio dei dati tra UK e UE.

Uno degli aspetti più importanti è la continuazione della collaborazione in vista dell'agenda sanitaria pubblica che include la salute orale. Altre iniziative non avranno bisogno di accordi formali, ma in generale sarà necessario un coordinamento tra le politiche del settore dentale in tutta Europa.

Vi ringraziamo per l'intervista.

TePe EasyPick™

La pulizia interprossimale si fa semplice

Per un'efficace pulizia degli spazi interprossimali e una sensazione di freschezza anche fuori casa. Disponibile in due misure coniche per adattarsi a tutti gli spazi interdentali.



NUOVO!

Rivestimento in silicone delicato sulle gengive

Flessibile e duraturo

Facile impugnatura

TePe



TePe Prodotti per Igiene Orale S.r.l.
Tel. +39 0293291475 • Fax +39 0293594980 • infoitalia@tepe.com
www.tepe.com

Il part-time nel nuovo contratto di lavoro

Prima parte

Il contratto di lavoro a tempo parziale (o part-time) consente di svolgere meno ore di lavoro rispetto all'orario normale (o full-time) disciplinato dal D.lgs. n. 66/2003 e dai contratti nazionali del comparto produttivo di riferimento, rendendo la settimana lavorativa compatibile con eventuali altri impegni. Naturalmente la riduzione della prestazione implica una generale rimodulazione di diritti e obblighi del lavoratore, connessi agli istituti di carattere normativo e retributivo. Il Decreto legislativo n. 81/2015 emanato in attuazione della riforma del lavoro ("Jobs Act") dedica al part-time alcuni articoli (dal 4 al 12) che lasciano immutato l'impianto generale del tipo contrattuale generando nuove opportunità. In ragione della diversa distribuzione delle ore nella giornata o in altro periodo di tempo (settimana, mese, anno), prima si distinguevano tre tipi di contratto part-time: orizzontale con riduzione dell'orario giornaliero, verticale con riduzione di quello settimanale o mensile, e infine misto che cumulava le due precedenti forme.

La nuova disciplina supera la tripartizione tipologica in favore di una nozione unitaria di part time, lasciando fermo l'onere di alcuni adempimenti formali. Indipendentemente dal fatto d'essere a tempo determinato o indeterminato (con scelta demandata alle parti), infatti, il part-time va stipulato per iscritto con specifica indicazione della durata della prestazione lavorativa e della collocazione dell'orario di svolgimento della prestazione in ambito giornaliero, settimanale, mensile e annuale (art. 5, c.2 e 3 D.lgs n. 81/15). In difetto di contratto scritto e, comunque, di prova, su domanda del lavoratore, può essere dichiarata la sussistenza fra le parti di un rapporto di lavoro a tempo pieno, fermo restando, per il periodo antecedente alla data della pronuncia giudiziale, il diritto alle retribuzioni ed al versamento dei contributi dovuti per le prestazioni effettivamente rese. Qualora nel contratto scritto non sia determinata la durata della prestazione, su domanda del lavoratore può essere dichiarata la sussistenza di un full-time a partire dalla sentenza o, se l'omissione riguarda la sola collocazione temporale dell'orario, il giudice potrà fissare equitativamente le modalità temporali della prestazione tenendo conto delle responsabilità familiari del lavoratore, della necessità di integrazione mediante svolgimento di altra attività lavorativa, nonché delle esigenze del datore. In tali casi, per il periodo antecedente alla sentenza, il lavoratore avrà diritto alla corresponsione di un ulteriore emolumento a titolo di risarcimento del danno, in aggiunta alla retribuzione dovuta per le prestazioni rese.

È ancora possibile, come per il passato e in base alle esigenze organizzative datoriali, chiedere al lavoratore di svolgere una prestazione "supplementare" rispetto all'orario fissato, purché entro il numero massimo di ore specificato per il tempo pieno (quindi se l'orario parziale è di 6 ore giornaliere, si potrà lavorare oltre tale soglia ma sino a 8, ove tale sia il limite giornaliero del tempo pieno previsto dalla contrattazione collettiva).

La nuova normativa consente, ove il contratto collettivo di riferimento non contenga regole sull'orario supplementare e non specifichi un monte ore massimo per ciascun lavoratore, che gli si possano chiedere prestazioni supplementari in misura non superiore al 25% del monte ore settimanale a tempo parziale, con un aumento della retribuzione oraria globale di fatto pari al 15%. In ogni caso il lavoratore può rifiutarsi per comprovate esigenze lavorative, di salute, familiari o di formazione professionale (art. 6, c. 2). Anche il lavoro straordinario (in passato collegabile ai soli casi di part-time verticale e misto) ovvero quello prestato oltre il normale orario a tempo pieno, resta un'opzione percorribile. La riforma ha cercato di "rispondere" in modo efficace all'impellente richiesta datoriale di rendere l'utilizzo della prestazione lavorativa, anche parziale, più adattabile alle esigenze organizzative e produttive. Le possibilità di uso "flessibile" del part-timer sono state pertanto riviste nella nuova disciplina dell'istituto ed eliminata la distinzione tra "clausole elastiche" (sulla possibile variazione in aumento della prestazione lavorativa) e "flessibili" (sulla sua specifica collocazione) già in vigore, per riportare le modifiche di utilizzo della prestazione ad un concetto unitario, definito dalla dicitura unica di "clausole elastiche". In base alle proprie esigenze organizzative il datore può utilizzare con maggior flessibilità la prestazione lavorativa a tempo parziale, variandone la collocazione temporale inizialmente concordata o la durata – non oltre il 25% della normale prestazione annua a tempo parziale – ed essendo a tal fine tenuto a prevedere per iscritto le modalità attraverso cui troveranno attuazione le clausole elastiche. In tal caso, inoltre, il lavoratore dovrà essere informato delle variazioni cui viene assoggettata la prestazione, con un preavviso minimo di 2 giorni lavorativi.

La normativa va poi ricordata per ciascun caso specifico con la disciplina riportata nei vari CCNL, in relazione ai vari comparti produttivi. Il Contratto nazionale degli Studi professionali, ad esempio, differisce dalla norma generale, prevedendo che al lavoratore assoggettato a mo-

difiche della prestazione, vada dato un preavviso minimo di 3 giorni per l'utilizzo delle ormai scomparse clausole flessibili da parte del datore di lavoro, con l'aggiunta che l'utilizzo di tali clausole viene ritenuto fruibile nei soli casi di rapporti di lavoro part-time a tempo indeterminato o, se determinato, solo per sostituzione di lavoratore con diritto alla conservazione del posto o per studenti.

L'utilizzo delle clausole elastiche comporta il diritto ad una maggior retribuzione oraria globale di fatto pari al 15% (il CCNL Studi professionali la limita al 10%), ferma restando la possibilità per il lavoratore di rifiutare variazioni all'orario lavorativo, tenuto conto che tale condotta non può mai costituire giustificato motivo di licenziamento.

Altra novità da più parti auspicata, introdotta dal decreto di riforma e



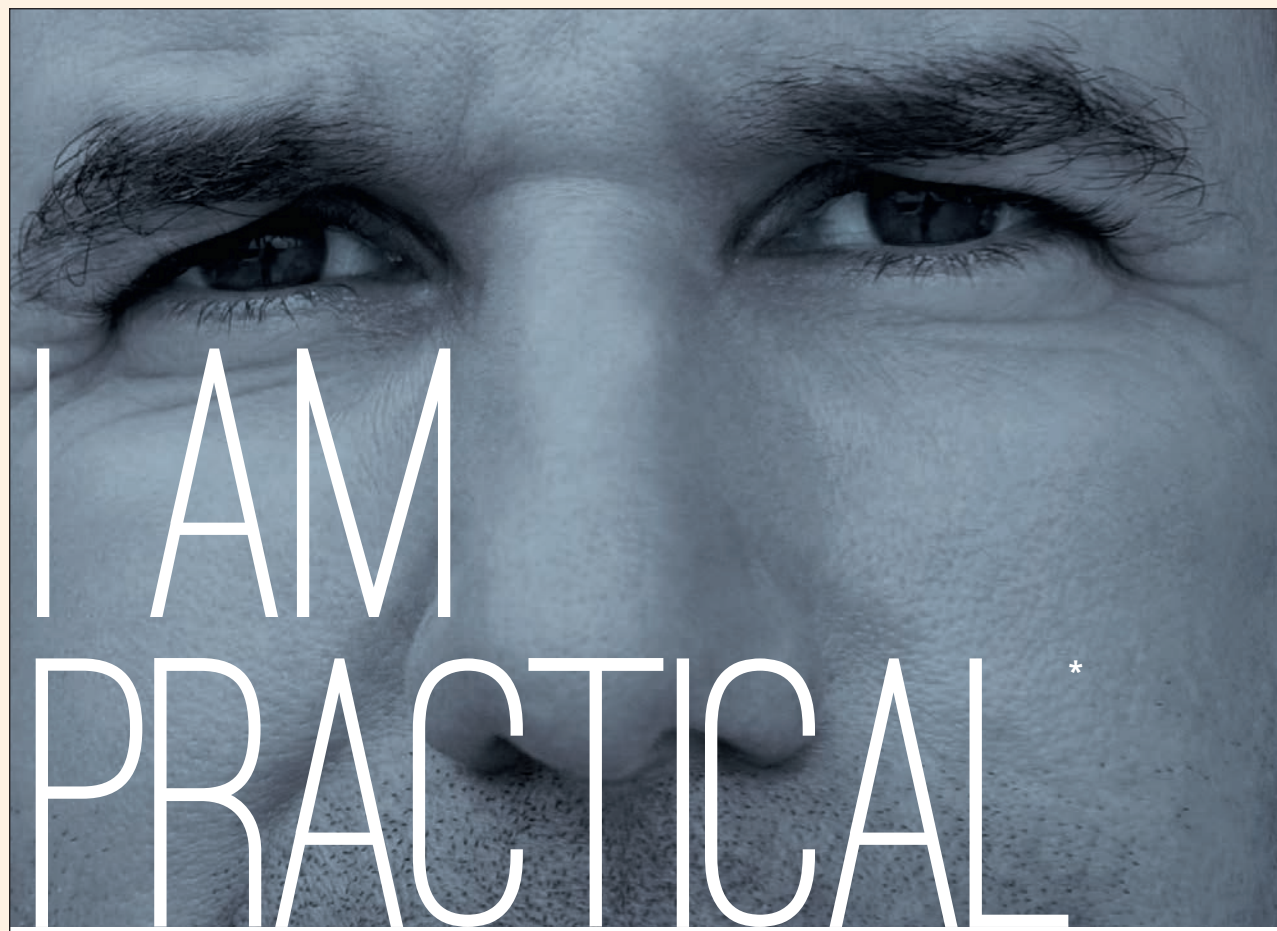
non più affidato alla contrattazione di categoria, consente ai dipendenti pubblici e privati di trasformare il contratto a tempo pieno in uno part-time, se affetti da patologie oncologiche o cronico-degenerative che comportino una ridotta capacità lavorativa anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita. Successivamente, e su richiesta del lavoratore, il rapporto può essere trasformato a tempo pieno.

È poi riconosciuta la priorità nella trasformazione qualora sia constatata la presenza di patologie oncologiche o cronico-degenerative riguardanti il coniuge, i figli o i geni-

tori. Ancora, in caso di totale e permanente inabilità lavorativa di persona convivente cui è riconosciuta invalidità al 100%, con necessità di assistenza continua. E per figlio convivente di non oltre 13 anni o portatore di handicap.

Il lavoratore che abbia trasformato il rapporto di lavoro a tempo pieno in uno parziale ha diritto di precedenza nelle assunzioni con contratto a tempo pieno per l'espletamento delle stesse mansioni o equivalenti a quelle oggetto del rapporto di lavoro a tempo parziale (art. 8, c.6).

Avv. Marco Lama



X MIND
one

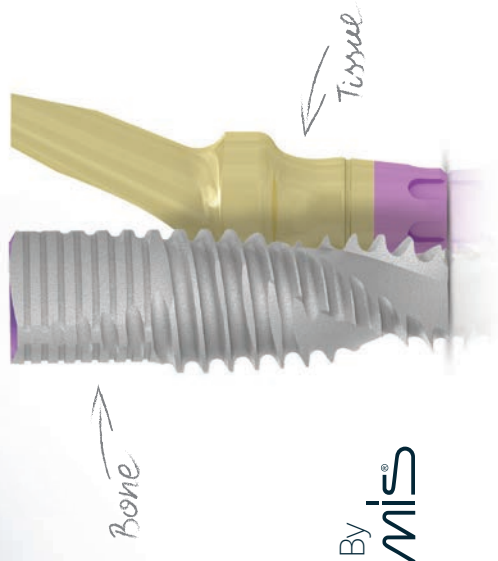
Un'immagine uniforme per una diagnosi chiara in tempi rapidi

- Immagini di elevata qualità
- Esami panoramici precisi
- Migliore comunicazione con il paziente
- Bassi tempi di esposizione: rapidità di utilizzo
- Posizionamento del paziente stabile

in a place that has no borders,
creativity goes unbound...

Albert Einstein once said "look deep into nature and then you will understand everything better". We are proud to introduce you to our VCONCEPT, based on natural design. Ingenuity that leaves more bone volume, more soft tissue volume, more room for nature. Because in a place that has no borders, creativity goes unbound... To learn more about VCONCEPT visit: www.vconcept.com

VCONCEPT™ By mis®
SET THE VOLUME



Nuova opportunità per l'imprenditorialità e l'impiego femminile negli studi professionali

Esteso alle libere professioniste il patto per lo sviluppo e la crescita dell'imprenditorialità e dell'autoimpiego femminili

Si è aperto un nuovo canale di finanziamento per facilitare l'accesso al credito da parte delle libere professioniste. Il presidente di Confprofessioni, Gaetano Stella, ha sottoscritto presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le pari opportunità il Protocollo d'intesa per lo sviluppo e la crescita dell'imprenditorialità e dell'autoimpiego femminili, che è stato recentemente prorogato fino al 31 dicembre 2017 proprio per consentire alle libere professioniste di beneficiare delle misure di sostegno per l'accesso al credito.

«La presenza femminile nel mondo professionale è in costante aumento, nonostante permanga ancora un deplorable divario retributivo di genere che penalizza proprio le donne. In questo senso, dopo il varo di Fidiprof,

i consorzi di garanzia fidi dedicati ai professionisti, l'adesione di Confprofessioni al Protocollo d'intesa rappresenta un ulteriore segnale di attenzione verso le problematiche di accesso al credito che colpiscono le categorie e, in particolare, testimonia la nostra volontà di garantire pari opportunità all'interno delle professioni, favorendo nuove fonti di finanziamento per gli investimenti, l'avvio di start up professionali e il rilancio della libera professione al femminile».

Il Protocollo prevede un piano di interventi mirati a sostegno dell'accesso al credito per gli studi professionali a prevalente partecipazione femminile e vede l'adesione di numerose banche e intermediari finanziari, che hanno messo a disposizione uno specifico plafond per concedere



finanziamenti a condizioni competitive rispetto alla normale offerta di mercato. I finanziamenti potranno, tra l'altro, beneficiare della garanzia della Sezione speciale "Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le pari opportunità" del Fondo di

garanzia per le PMI, con conseguente possibile miglioramento dei costi.

I finanziamenti concessi dalle banche e dagli intermediari finanziari si articolano su tre linee di intervento: "Donne start up" mira a sostenere le libere professioniste nella fase di cre-

azione di nuove imprese o dell'avvio della professione; "Investiamo nelle donne" nella fase di realizzazione di nuovi investimenti; "Donne in ripresa" nella fase di eventuale situazione di difficoltà nel corso dell'attività d'impresa.

Il Protocollo prevede, inoltre, la possibilità per le libere professioniste e per le lavoratrici autonome di chiedere, per una sola volta e nelle ipotesi espressamente indicate, la sospensione del rimborso del finanziamento, fino a 12 mesi, senza garanzie aggiuntive, in caso di: maternità; grave malattia della stessa, del coniuge o convivente, o dei figli anche adottivi; malattia invalidante di genitori, parenti o affini che siano conviventi.

Ufficio Stampa Confprofessioni

La comunicazione manageriale interna ed esterna nello studio odontoiatrico

Ricoprire adeguatamente un ruolo professionale significa non solo possedere competenze tecniche specifiche, ma anche abilità relazionali e comunicative ad esso connesse. Chi opera nel settore sanitario sente sempre più la necessità di sviluppare e acquisire specifiche abilità relazionali, comunicative, organizzative, con l'obiettivo di migliorare nella comunicazione, al fine di soddisfare adeguatamente i bisogni e le aspettative dei clienti interni ed esterni. Le competenze trasversali (comunicative, motivanti, decisionali, ecc.) che consentono di agire in contesti operativi diversi sono diventate un indispensabile completamento di ruolo, in grado di fare la differenza sul piano della qualità del servizio offerto. La comunicazione è alla base delle relazioni interpersonali e diviene essenziale per generare, alimentare e conservare il benessere psicologico dell'individuo. Per essere efficaci è necessario riporre

grande attenzione agli aspetti verbali e non verbali, rendendoli il più possibile congruenti e coerenti. Empatia, ascolto, feedback, assertività possono essere considerate le parole chiave per rappresentare una comunicazione efficace, che consegue gli obiettivi prefissati dall'emittente. Solamente riuscendo a riconoscere alcuni schemi comunicazionali dei nostri interlocutori sarà più facile relazionarsi a loro parlando con una sorta di "linguaggio comune", che consentirà di superare le iniziali barriere di incertezza o diffidenza.

Questo può essere applicato sia al rapporto con il cliente/paziente sia nella gestione dei collaboratori. La motivazione di questi ultimi è fondamentale per il successo della relazione con il cliente e una comunicazione efficace nei loro confronti può migliorare il "commitment" verso lo studio. La comunicazione è un asset strategico

che crea valore, un fattore critico di successo per la sopravvivenza e la competitività delle organizzazioni.

Rendere efficace anche la comunicazione esterna dello studio significa creare nuove opportunità, ampliare il bacino di clientela potenziale per cercare di incrementare la base pazienti e trattenere quella acquisita. Occorre capire in quale misura l'immagine positiva dello studio medico contribuisca a creare un vantaggio competitivo. Non è più sufficiente il solo passaparola, ma diventa necessario per lo studio comunicare all'esterno le caratteristiche e il valore della propria offerta attraverso un piano di comunicazione strutturato che consenta di evidenziare un posizionamento ben definito all'interno del panorama competitivo locale.

Daniele Rimini

Gianna Pamich è il nuovo presidente UNIDI

Succede a Gianfranco Berrutti per il biennio 2016-18

A fine giugno l'Assemblea generale UNIDI ha indicato, tra sedici candidati, i nove componenti del Consiglio direttivo in carica per il biennio 2016-2018. Gianna Pamich (al centro nella foto) succede quale nuova presidente a Gianfranco Berrutti (major prodotti dentari Spa): membro del Direttivo UNIDI dal 2008, la Pamich è Amministratore unico della Pastelli Srl, azienda leader nella produzione di camici per l'odontoiatria. I nuovi consiglieri

eletti del Direttivo (oltre a Berrutti, che rimane come consigliere) sono Edoardo Botteon (Edarredo Srl), Paolo Bussolari (Cefla Group), Cristina Cesari (Faro Spa), Luigi Fanin (Cimsystem Srl), Emanuela Guerriero (Italor Sas), Lisa Micheletto (Sisma Spa), Fabio Velotti (Pierrel Pharma Srl).

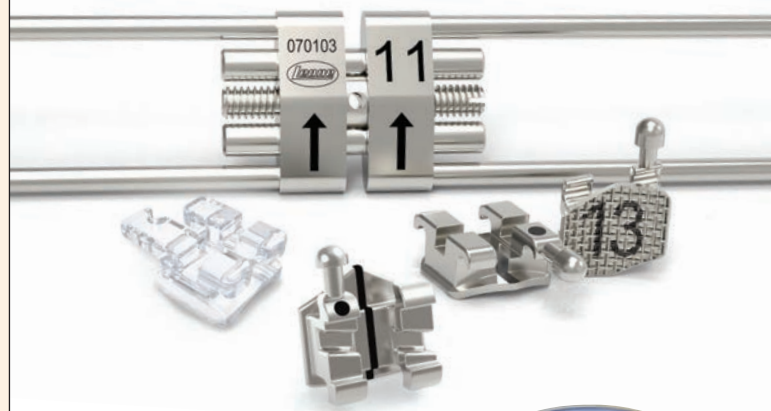
Stando al comunicato emanato dall'Unione, il nuovo Direttivo «sarà da subito impegnato a completare il profondo processo di rinnovamento dell'Asso-

ciazione, muovendosi nelle direzioni tracciate negli ultimi anni: sempre più internazionalizzazione e massima attenzione alle nuove tecnologie. Il nuovo Consiglio – continua la nota – è ora più che mai rappresentativo della decisa svolta verso l'innovazione intrapresa a Exponential Meeting, con la presenza di un pool di Aziende particolarmente attive nell'odontoiatria digitale». Tra gli obiettivi dichiarati del nuovo sodalizio, il rafforzamento ulteriore dei rapporti con le massime rappresentanze del mondo professionale e accademico, definiti «già ottimi», nonché «il ruolo dell'Associazione nei confronti delle Istituzioni nazionali ed europee per favorire la crescita del dentale italiano».



Dental Tribune

TRADIZIONE,
CONOSCENZA e PASSIONE
per **L'ORTODONZIA**
di **QUALITÀ**



LEONE S.p.A. Via P. a Quaracchi 50
50019 Sesto Fiorentino - FIRENZE

tel. 055.30441 - fax 055.374808
email: info@leone.it - www.leone.it



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

PP16/02-IT

PROTAPER•GOLD™



PROTAPER•GOLD™

sostituirà

PROTAPER®
UNIVERSAL

The same winning technique
with **greater flexibility**



+
WE
KNOW
ENDO.

Scopri il calendario corsi
su www.simitdental.it |  Follow us on
Facebook

SIMIT
DENTAL

Divisione Endodontica

DENTSPLY
MAILLEFER

Micro-endodonzia chirurgica: lo stato dell'arte

Arnaldo Castellucci, endodontista a Firenze

< pagina 1

Lo scopo dell'endodonzia chirurgica, pertanto, è quello di ottenere detersione, sagomatura e otturazione tridimensionale della porzione apicale del sistema dei canali radicolari non trattabili attraverso la cavità d'accesso, ma raggiungibili solo attraverso un lembo chirurgico. Per questo motivo si preferisce utilizzare il termine "endodonzia chirurgica" anziché "chirurgia endodontica", in quanto l'intervento deve essere programmato ed eseguito come un intervento di endodonzia fatto attraverso un accesso chirurgico, e non solo come un intervento di chirurgia fatto per motivi endodontici.

Una volta che è stata fatta la diagnosi di insuccesso endodontico, è necessario capire quali sono state le cause che hanno portato all'insuccesso stesso, per valutare successivamente se esista la possibilità di correggere il fallimento con un ritrattamento ortograde. Solo nel caso in cui questa possibilità non esista o, meglio, solo dopo che i tentativi di risolvere la terapia per via non chirurgica siano falliti, siamo autorizzati a intervenire per via chirurgica. L'endodonzia chirurgica, in altre parole, non è il sostituto di un'endodonzia approssimativa e non deve essere una scappatoia per lasciare non "ritrattata" una terapia endodontica ortograde inadeguata. In accordo con quanto affermato da Nygaard-Ostby e Schilder⁸, l'endodonzia chirurgica deve essere riservata a quei casi nei quali la preparazione e l'otturazione dei canali radicolari appaiono impossibili fin dall'inizio, o quando i tentativi di ritrattamento non chirurgico siano falliti. Anche in questi casi, tuttavia, gli autori raccomandano di riempire con le metodiche tradizionali la maggior parte possibile di canale prima di procedere all'intervento chirurgico.

Al giorno d'oggi, le tecniche e gli strumenti per ritrattare clinicamente gli insuccessi endodontici si sono affinati talmente tanto che i casi che sicuramente presentano l'indicazione alla chirurgia e che non possono essere ritrattati per via ortograde sono sempre più scarsi. Spesso un'elevata esperienza in endodonzia chirurgica nasconde l'incapacità da parte dell'operatore di eseguire una corretta detersione, sagomatura e otturazione tridimensionale del sistema dei canali radicolari per via non chirurgica. Infine, anche dopo che è stata accertata l'indicazione alla chirurgia, in accordo con Weine e Gerstein⁷, è consigliabile rimuovere il più possibile la precedente otturazione ca-

nalare inadeguata e sostituirla con guttaperca ben compattata: si possono così riempire canali laterali, canali addizionali precedentemente dimenticati e talvolta l'intervento chirurgico può rendersi non più necessario.

Nei casi, tuttavia, in cui rimane l'indicazione alla chirurgia, è oggi possibile ottenere il successo della nostra terapia in una percentuale di casi notevolmente maggiore rispetto a quello che si poteva ottenere fino a pochi anni fa, e questo grazie ai progressi tecnologici recentemente avvenuti nel campo dell'endodonzia chirurgica.

Negli ultimi 10-15 anni due importanti fenomeni hanno completamente rivoluzionato l'endodonzia chirurgica: la preparazione con gli ultrasuoni della cavità retrograda e l'utilizzo del microscopio operatorio.

Gli ultrasuoni

Per molti anni l'apice radicolare è stato preparato chirurgicamente scavando con una fresa una cavità di prima classe all'interno della dentina, utilizzando un manipolo diritto a bassa velocità o il cosiddetto contrangolo "miniatura" con una piccola fresa rotonda o un cono rovescio. Questo tipo di approccio aveva molti svantaggi, ma soprattutto l'impossibilità di creare una preparazione in asse con il canale radicolare, e inoltre comportava l'impossibilità di detergere la superficie vestibolare della cavità retrograda. Nel tentativo di creare sufficiente ritenzione all'interno della cavità, era sempre presente il rischio di eseguire una perforazione palatina o linguale e la procedura era sempre più difficile a mano a mano che il canale radicolare era più lontano (linguale o palatino) e difficile da raggiungere da parte dell'operatore. Le frese più piccole erano sempre troppo grosse paragonate al diametro dei canali radicolari e quindi le grandi cavità retrograde che risultavano erano più difficili da sigillare. Per lo stesso motivo, la cavità retrograda spesso non includeva le zone dell'istmo. L'introduzione della preparazione della cavità retrograda con gli ultrasuoni ha reso possibile l'ottenimento di quella che viene definita come la cavità retrograda ideale: una cavità di prima classe, profonda almeno 3 mm all'interno della dentina, con pareti parallele e coincidente con il profilo anatomico dello spazio endodontico¹³. Allo scopo di ottenere ciò, sono state sviluppate delle speciali punte da ultrasuoni che consentono al clinico di raggiungere qualsiasi radice in qualsiasi situazione clinica. L'utilizzo delle apposite punte specificata-



Fig. 1 - Radiografia pre-operatoria del primo molare superiore sinistro. I canali della radice mesio-vestibolare non erano stati possibili sagomarli ed otturarli più in profondità e per la presenza della lesione e dei sintomi lamentati dalla paziente, è stata programmata l'endodonzia chirurgica.

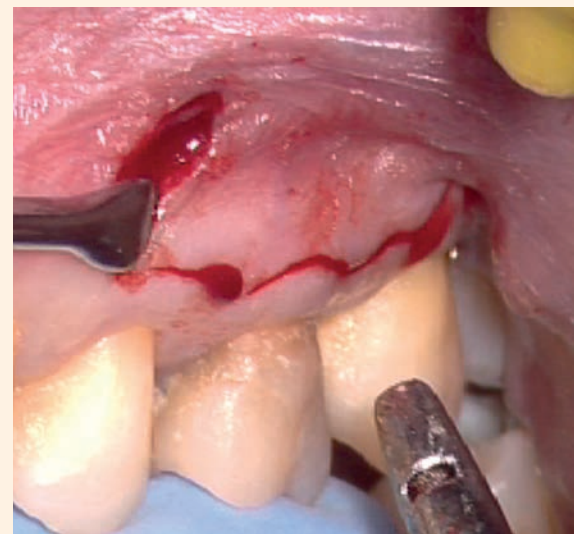


Fig. 2 - Una volta eseguita l'incisione del lembo paramarginale a tutto spessore, questo viene scollato sottominandolo.

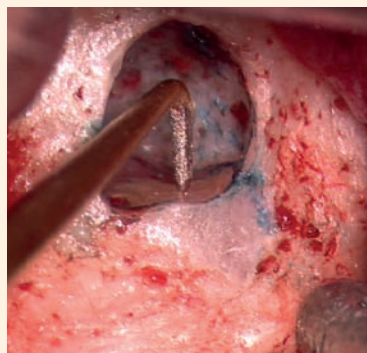


Fig. 3 - La punta da ultrasuoni si appresta a eseguire la cavità retrograda.



Fig. 4 - La cavità retrograda viene ora otturata con MTA bianco portato con l'apposito carrier MAP System.

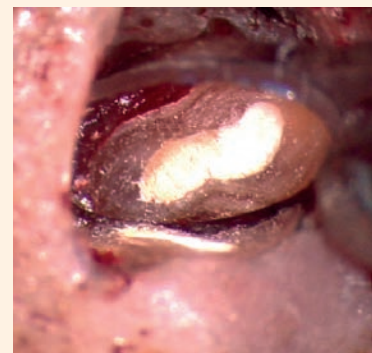


Fig. 5 - La cavità retrograda comprendente i due canali della radice mesiovestibolare e l'istmo è stata otturata.

mente disegnate consente all'operatore di detergere il canale radicolare con un approccio apicale, lasciando pareti dentinali deterse non solo sull'aspetto linguale o palatino, ma anche sull'aspetto vestibolare, che invece era impossibile detergere con le precedenti tecniche. La cavità ora può essere fatta della profondità di 3 mm, senza la necessità di creare dei sottosquadri, in quanto non c'è alcun bisogno di ulteriore ritenzione. Le punte da ultrasuoni sono della medesima misura o addirittura hanno un diametro più piccolo del canale radicolare, per cui la preparazione della cavità retrograda può essere sigillata facilmente in maniera prevedibile nel massimo rispetto dell'anatomia originale. La zona dell'istmo può essere facilmente inclusa nella preparazione della cavità retrograda senza danneggiare o indebolire la radice, pur rimanendo estremamente conservativi nella dimensione mesio-distale.

Il microscopio

L'introduzione del microscopio operatorio rappresenta l'altro importante progresso avvenuto nel campo dell'endodonzia chirurgica^{2,11}. Per molti anni la chirurgia periapicale è stata eseguita senza alcun ingrandimento, usando la lampada del riunito come unica sorgente di illuminazione per illu-

minare il campo operatorio. Nessuna sorpresa, pertanto, se fino a poco tempo fa la percentuale di successo dopo chirurgia era molto più bassa se paragonata a quella dell'endodonzia ortograde⁴. Per migliorare la visibilità, sono a un certo punto diventati disponibili gli occhiali telescopici e le lampade frontali. Gli occhiali telescopici sono disponibili in una grande varietà di configurazioni e di ingrandimenti, da 2x fino a 6x, con ottica galileiana o prismatica. Con l'aggiunta delle lampade frontali con fibre ottiche si riesce a proiettare una luce coassiale nel campo chirurgico, per cui migliorano sia l'ingrandimento sia l'illuminazione.

D'altra parte, quale ingrandimento è sufficiente? I clinici che hanno trovato beneficio nell'utilizzo degli occhiali telescopici e delle lampade frontali si sono presto resi conto dei limiti di questo sistema. L'ingrandimento di 6x, prima o poi, non è più sufficiente e la lampada frontale non è capace di indirizzare la luce in profondità all'interno del canale sia in endodonzia chirurgica sia in endodonzia ortograde. La risposta alla precedente domanda è: quanto basta per vedere e risolvere il problema. Il microscopio operatorio consente ingrandimenti da un minimo di 2,5x fino a un massimo di circa 25x, e l'illumi-

nazione è perfettamente coassiale con la linea dello sguardo. L'illuminazione coassiale comporta due vantaggi:

- l'operatore può guardare all'interno del campo operatorio senza alcuna ombra, e ciò significa che è possibile esaminare la detersione della cavità retrograda durante l'intervento di endodonzia chirurgica;
- dal momento che l'illuminazione coassiale è resa possibile nel microscopio operatorio dall'utilizzo di un'ottica galileiana e poiché l'ottica galileiana consente una messa a fuoco all'infinito e manda raggi di luce paralleli tra loro, gli occhi dell'operatore mettono anch'essi a fuoco all'infinito e ogni intervento può essere eseguito senza alcun affaticamento visivo.

Per quanto poi riguarda l'ingrandimento, non c'è alcun bisogno di andare al di là dei 20 o 25x. Gli ingrandimenti minimi e medi vengono infatti utilizzati per lavorare, mentre gli ingrandimenti maggiori e massimi sono utilizzati solo per controllare i dettagli più fini. Lavorare a forti ingrandimenti significa avere una profondità di campo molto limitata e un'illuminazione anch'essa limitata, per cui non è pratico¹⁰.

> pagina 10