DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Febbraio 2016 - anno XII n. 2

www.dental-tribune.com

TEKNOSCIENZA

Riabilitazione dell'arcata edentula e posizionamento di protesi fissa

In odontoiatria costituiscono obiettivi importanti sia la possibilità di riabilitare un'arcata totalmente edentula, sia il posizionamento di una protesi fissa.

pagina 10

MEETING & CONGRESSI

Per curarsi bene, occorre conoscere: nel 2016 vasta campagna di comunicazione della SIdP

Claudio Gatti, nell'annunciare una campagna conoscitiva della malattia nel 2016, si dichiara «convinto che potremmo essere in grado di influire in modo determinante sulla percezione, sulla conoscenza delle conseguenze e possibilità di cura».

pagina 25

Quale pubblicità dopo la decisione del Consiglio di Stato?

S. Stefanelli

Cosa succederà, ora, dopo la decisione con cui il Consiglio di Stato con la sentenza 167/2016 ha dichiarato prescritto il procedimento avviato dall'AGCM contro la FNOMCeO e il Codice deontologico? Si potrà fare ancora pubblicità? E, soprattutto, quali saranno i limiti?

Queste sono le domande che mi sono state poste, incessanti, negli ultimi giorni.

Vediamo di fare un po' di ordine.

- La legge di riferimento, a tutt'oggi vigente, è la 248/2006, la quale stabilisce i due criteri cardine ai quali deve conformarsi la pubblicità: correttezza e trasparenza.

› pagina 4

Totale deducibilità delle spese ECM

«Una grande vittoria delle idee AIO, e di questa AIO». Così Enrico Lai (in foto), tesoriere e responsabile ECM di Associazione Italiana Odontoiatri, saluta la totale deducibilità delle spese di formazione continua dei professionisti, inclusi odontoiatri e medici, inserita dal Governo Renzi nel progetto di legge di riforma del lavoro autonomo.

› pagina 4

ATTUALITÀ

"Sistema Italia": nuovo slancio ai professionisti 3

TEKNOSCIENZA

Evitare l'uso dell'ago in anestesia 13

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 31

Sostituti ossei: una scelta razionale

Al XXVII Congresso di Monte Carlo dello scorso novembre 2015, *Dental Tribune* ha incontrato il professor Danilo Alessio Di Stefano (in foto), docente di Chirurgia odontostomatologica presso l'Università Vita-Salute IRCCS San Raffaele Milano (CLID – direttore prof. Enrico Gherlone), al termine della sua relazione dal titolo "Criteri di prevedibilità nell'aumento dei volumi ossei: biomateriali o sostituti ossei?". Laureato a Milano e già docente nel 1999/2000 di Tecniche rigenerative e ricostruttive all'Università di Chieti, è uno dei massimi esperti italiani di tecniche rigenerative implantari, relativamente alle quali negli ultimi anni ha svolto molteplici ricerche ed è autore di numerose pubblicazioni.

Buongiorno prof. Di Stefano. La relazione di Monte Carlo riassume le conoscenze più aggiornate e le sue personali considerazioni di clinico e professionista impegnato nella ricerca e autore di diverse pubblicazioni. In quale contesto sono stati ideati gli studi presentati nel suo intervento?

I lavori nascono nel contesto della collaborazione storica e proficua con il professor Gherlone e l'istituto San Raffaele, la cui centralità nel panorama della ricerca odontoiatrica di base, traslazionale e clinica è riconosciuta a livello nazionale e internazionale.

› pagina 9

Editoriale

Società di tutt'Italia unitevi!

Sarà una combinazione, ma pare di capire che l'individualismo associativo – caratteristica nazionale secondo cui proliferano sodalizi con stesse identiche finalità – stia subendo qualche lodevole eccezione. Anche sulla scena odontoiatrica e medica in generale, caratterizzata da frazionismi e scuole di pensiero, par di cogliere infatti segnali di compattamento tra realtà non "le une contro le altre armate". È fresco il ricordo del patto di non belligeranza firmato a Torino tra le scuole di Gnatologia, mentre già si annuncia, nella soddisfazione generale, la fusione "illuminata" tra SIO e SICOI, voluta dai past president Luigi Guida e Antonio Barone. Viene da chiedersi che cosa spinga realtà associative accomunate da ideali comuni a ricompattarsi, magari dopo un lungo gelo? Forse i tempi sono maturi per un'interpretazione più sobria e idonea del significato di "società scientifica". Nel 2004 chiedevano addirittura il riconoscimento di un ruolo sindacale, oggi invece tendono al consociativismo per dotarsi meglio di requisiti che garantiscano solide basi scientifiche agli eventi formativi, mentre quelle più piccole vogliono uscire dall'isolamento cui le condanna il protagonismo per collaborare magari con il Ministero della Salute e le Regioni nell'ECM. Un nuovo modo di pensare, quindi, inaugurato (forse) nel luglio 2012 a Taormina con il 1° Simposio di Videochirurgia, con ben 10 presidenti di Società scientifiche affini messi insieme da un'abile Carmen Mortellaro, sulla scia di una lunga e consapevole militanza nella gestione di associazioni medico-odontoiatriche. Laddove la caratteristica principale sembrava essere solo l'incapacità di fare sistema.

Grazie all'accordo UNIDI/Istituto Commercio Estero

all'Expodental di Rimini arrivano i compratori

Grazie allo straordinario accordo tra UNIDI e ICE-Agenzia e alla collaborazione di UNIDI con numerosi partner internazionali per la promozione all'estero e l'internazionalizzazione delle imprese italiane, quest'anno a Expodental Meeting ci saranno più di 100 buyer stranieri provenienti da aree geografiche d'interesse per il settore dentale. Expodental Meeting riconferma il suo ruolo di manifestazione internazionale di riferimento per il settore dentale in Italia.

Negli ultimi anni l'export sta acquistando un ruolo sempre più importante nel settore dentale. Secondo gli ultimi dati pubblicati a maggio 2015, rappresenta circa il 60% del giro d'affari, con punte fino all'80% per alcune categorie di prodotti; l'impegno di UNIDI per sostenere le aziende italiane nell'internazionalizzazione è cresciuto di pari passo.

Gli ultimi mesi sono stati densi di iniziative dedicate all'estero: dalla folta delegazione internazionale che ha incontrato gli espositori italiani a Rimini l'anno scorso, al progetto africano che si è realizzato con IDEA Dakar a ottobre 2015, fino alla missione B2B concentrata sull'Area del Golfo svoltasi a novembre. Non sono mancati riscontri estremamente positivi da parte delle imprese che hanno preso parte a questi eventi e la loro soddisfazione si è tradotta anche in un considerevole aumento delle aziende che hanno scelto di associarsi a UNIDI.

In vista di questo 2016 pieno di novità, UNIDI si è impegnata per incrementare l'incoming di operatori esteri in fiera. Nella realizzazione dell'International Buyers Project hanno avuto un ruolo importante, oltre alle partnership internazionali che UNIDI ha sviluppato e consolidato in oltre 40 anni di attività all'estero, la consueta partnership con ICE (Agenzia per la promozione all'estero e l'internazionalizzazione delle imprese italiane) e il sostegno del Ministero dello Sviluppo.

Fonte: UNIDI

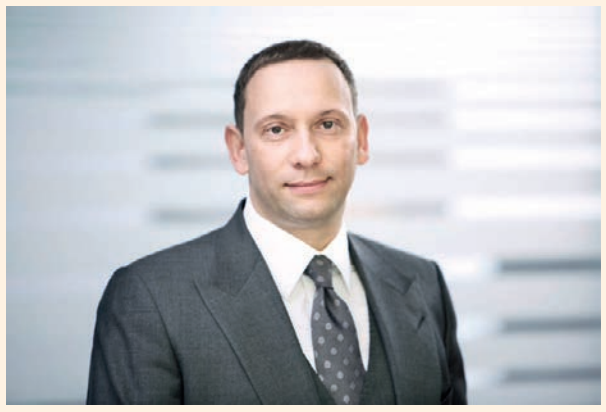
Hans Geiselhöringer nominato presidente di Nobel Biocare

Zurigo, Svizzera – A partire dal 1° gennaio di quest'anno, Hans Geiselhöringer (in foto) ha assunto la posizione di presidente di Nobel Biocare. La nomina è stata determinata da un desiderio di rafforzamento dell'organizzazione verso i suoi obiettivi strategici.

Hans Geiselhöringer dal 2011 è stato executive vice president of Global Research, Products and Development, ideando una linea di sviluppo per prodotti e soluzioni altamente competitiva. Prima di allora aveva ricoperto i ruoli di executive vice president Global Marketing and Products (2010-2011) e head of NobelProcera and Guided Surgery (2009– 2010). Hans è entrato a far parte di Nobel Biocare nel 2008 come head of NobelProcera ed è stato nominato membro del comitato esecutivo nel 2009.

Dal 2004 al 2009, Hans è stato un global speaker per Nobel Biocare, e con questa nomina è diventato il primo cliente Nobel Biocare ed esperto del settore nella storia dell'azienda a conquistare la più alta posizione nella dirigenza.

Nel 1998, ha fondato la società DentalX GmbH, un'importante catena di laboratori odontotecnici specializzata in implantologia, anaplastologia, ricostruzioni funzionali ed estetiche e tecnologie di imaging. Hans è un odontotecnico preparato e competente e possiede una profonda conoscenza tecnica delle aziende del settore e CAD/CAM; ha anche un'estesa esperienza come cliente che favorisce una continua innovazione in Nobel Biocare. Come noto esperto di tecnologie e materiali dentali, è stato autore e coautore di numerosi articoli clinici e di ricerca. È anche membro di molteplici associazioni internazionali e relatore riconosciuto in tutto il mondo.



Hans Geiselhöringer, nuovo presidente di Nobel Biocare, ha così commentato: «Il nostro focus sul paziente rimane saldo e costante. Ogni cosa che facciamo continuerà ad essere incentrata sul paziente e sarà clinicamente rilevante e basata sull'evidenza. Per rafforzare la nostra leadership in implantologia ci impegniamo a fornire soluzioni digitali integrate per migliorare l'esperienza del cliente e aumentare la produttività a ogni livello assicurando un elevato successo clinico e grande predicibilità. Grazie al contributo di KaVo Kerr Group, abbiamo gli strumenti e i team più qualificati per creare il maggiore punto di riferimento nel settore per l'odontoiatria digitale. In definitiva, Nobel Biocare continuerà con il suo forte impegno rivolto all'innovazione per fornire una continua linea diretta verso soluzioni superiori che aiutino i nostri clienti a trattare sempre più pazienti al meglio».

Nobel Biocare è leader mondiale nel campo delle soluzioni protesiche innovative su impianti. La vasta gamma di soluzioni comprende la riabilitazione con impianti dentali per tutte le indicazioni dal dente singolo fino ad arcate completamente edentule (sono inclusi i marchi NobelActive®, Brånemark System® e NobelReplace®), una gamma completa di sistemi protesici di precisione individualizzati e CAD/CAM (NobelProcera®), soluzioni di diagnosi, pianificazione del trattamento e chirurgia guidata (NobelClinician® e NobelGuide®) e biomateriali (creos™). Nobel Biocare supporta i suoi clienti attraverso tutte le fasi di sviluppo professionale, offrendo programmi formativi a livello mondiale oltre a materiali informativi per i pazienti. La società ha sede a Zurigo in Svizzera. La produzione ha luogo in sei siti situati negli Stati Uniti, in Svezia, in Giappone e Israele. I prodotti e i servizi sono disponibili in più di 80 paesi attraverso filiali e distributori.

Jim Mack

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 2, Febbraio 2016

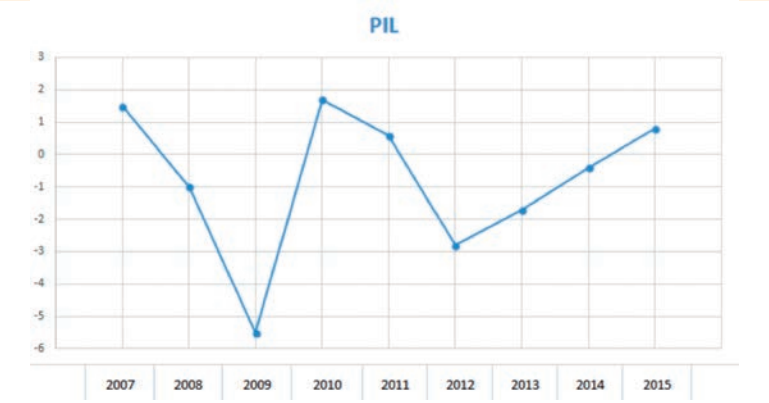
DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, G. Bruzzone, V. Bucci Sabattini, A. Castellucci, G.M. Gaeta, M. Labanca, C. Lanteri, A. Majorana, M. Morra, G.C. Pescarmona, G.E. Romanos, P. Zampetti
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Biancucci, E. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit. C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio,
CONTRIBUTI
M. Capelli, F. Carboncini, L. Ciccarelli, M. De Angelis, M. Deflorian, L. Fumagalli, F. Galli, P. Gatto, E. Giugiaro, L. Grivet Brancot, J. Mack, M. Maggioni, G.M. Nardi, A. Parenti, M. Politi, A. Rosa, S. Sabatini, R. Scaini, S. Stefanelli, A. Squarcio, T. Testori, M. Tiberio, T. Weinstein, F. Zotti, F. Zuffetti
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]*

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.

Con l'approvazione della legge di stabilità, il "sistema Italia" dà nuovo slancio ai professionisti



Si riportano le stime divulgate da Confindustria sul Prodotto Interno Lordo, dati in percentuale dal 2007 al 2015.

Dal superammortamento all'esonero contributivo, novità e attese.

Approvato il 22 dicembre 2015 in via definitiva il testo della legge di stabilità, manovra da 35,4 miliardi che si esprime in novità importanti per le imprese e, finalmente, anche per i professionisti. Tra i provvedimenti maggiormente rilevanti per gli odontoiatri, e più in generale per i professionisti:

- bonus investimenti: superammortamento 140%.

La possibilità di portare in deduzione, oltre al valore effettivo dell'investimento effettuato, un'ulteriore deduzione extracontabile pari al 40% del costo sostenuto. I beni, oggetto del bonus, dovranno essere stati acquistati a partire dal 15 ottobre 2015, fino al 31 dicembre 2016; circa le modalità di acquisto, viene inclusa anche l'opportunità di un contratto di leasing. Il meccanismo si baserà sul concetto di potenziamento degli ammortamenti.

- Accesso ai bandi che stanziano fondi strutturali dell'Unione Europea.

Finalmente anche i professionisti potranno avere la possibilità di usufruire dei bandi comunitari, fino a oggi rivolti unicamente alle imprese. Ciò si trasformerà in una maggior competizione sul mercato dei servizi professionali e nella possibilità di beneficiare dei finanziamenti comunitari.

- Sgravi sulle nuove assunzioni.

Proroga dell'esonero contributivo delle assunzioni a tempo indeterminato decorrenti dal 1 gennaio al 31 dicembre 2016 per un periodo massimo di 24 mesi. L'esonero dei complessivi contributi previdenziali a carico dei datori di lavoro sarà pari al 40%, nel limite massimo di un importo pari a 3.250 € annui. I premi dovuti all'INAIL restano non oggetto di esonero e resta valida la non cumulabilità con altre riduzioni delle aliquote contributive. Importanti i requisiti di fruibilità: i lavoratori oggetto dell'esonero non devono essere stati assunti a tempo indeterminato nei 6 mesi precedenti presso qualsiasi datore di lavoro o nei 3 mesi precedenti presso lo stesso datore di lavoro.

- Accesso anticipato all'ENPAM.

I futuri medici e odontoiatri non dovranno più attendere l'abilitazione professionale per avere una copertura previdenziale e assistenziale, ma potranno iscriversi all'ENPAM già a partire dal 5° anno di corso.

- Deducibilità costi di formazione.

Prevista la deduzione totale delle spese sostenute per la formazione – corsi e congressi – fino a un limite annuo pari a 10.000 €.

- Regime fiscale forfettario.

Viene rivisto il limite per i professionisti ai 30.000 € e introdotta la possibilità, per le attività in start up, di beneficiare di un'aliquota ridotta peri al 5% per l'anno di inizio e per i quattro successivi.

- Contanti: fino a 3.000 €.

La soglia per l'utilizzo dei contanti si innalzerà da 1.000 € a 3.000 €.

L'attesa del sistema Italia prevede un andamento del PIL in crescita per l'anno 2016, sulla scia del 2015.

Alessandra Rosa

Totale deducibilità delle spese ECM

‹ pagina 1

Il Ddl presentato, che deve comunque passare al vaglio del Parlamento ed è stato ribattezzato "Statuto dei lavoratori autonomi", introduce varie novità, tutele per la maternità e contro la disoccupazione, si accorda al nuovo regime dei minimi, rivede gli studi di settore. Ma al momento risponde perfettamente alle richieste di AIO la norma che rende deducibili al 100% (non più al 50%) le spese di formazione continua. Saranno ricompresi nell'agevolazione fiscale anche i corsi di aggiornamento (sia quelli obbligatori sia quelli facoltativi), master e convegni. Si fa eccezione solo per le spese di viaggio vitto e alloggio.

«Come erogatore di formazione continua da tempo AIO si batte per la totale deducibilità dal reddito dell'odontoiatra delle spese sostenute per l'aggiornamento. Dal 2013, anno di produzione del documento "Tavolo del dentale" i benefici fiscali per gli investimenti in ricerca, sviluppo e aggiornamento sono una richiesta costante alle istituzioni insieme alla totale deducibilità delle spese odontoiatriche dei pazienti; favorire lo sviluppo di una professione in tempi di crisi è una mossa indispensabile per il rilancio del settore», spiega Lai. L'associazione ora "punta" agli studi di settore, un tema in cui «soprattutto per i colleghi più giovani e con le spalle meno coperte dal punto di vista economico, chiediamo un'interlocuzione con il Governo, visto che ha annunciato al *Sole 24 Ore* che ci metterà le mani». Il Ddl sul lavoro autonomo, infine, introduce la polizza assicurativa contro il ritardo nei pagamenti delle fatture da parte dei clienti. che sarà integralmente deducibile fino a un tetto di 10 mila euro.

Ufficio Stampa AIO

Antitrust, il Consiglio di Stato accoglie il ricorso FNOMCeO

Il 19 gennaio è stata depositata nella segreteria del Consiglio di Stato la sentenza che ha accolto l'appello della FNOMCeO, annullando il provvedimento dell'Antitrust, che nel settembre 2014 aveva sanzionato la Federazione per un ammontare di 831.816 euro, sanzione poi dimezzata dal Tar Lazio e successivamente sospesa. Il Consiglio di Stato ha accolto l'eccezione FNOMCeO, dichiarando prescritto l'illecito amministrativo.

Sulla sentenza, che mette di fatto la parola "fine" a una vicenda che dura da un anno e mezzo, ecco il commento del presidente FNOMCeO, Roberta Chersevani: «Uno dei primi problemi che ho dovuto affrontare all'inizio del mio mandato – dice – è stata proprio questa sentenza dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, che andava a penalizzare gli articoli del nostro Codice deontologico, equiparandoci a un'associazione di imprese. Ora, la sentenza del massimo organo di giustizia amministrativa ha accolto l'appello FNOMCeO, annullando il provvedimento di condanna del settembre 2014, che prevedeva in un primo momento una multa di oltre 800 mila euro. La sentenza è per noi una vittoria, anche se i giudici non sono entrati nel merito della questione.

L'esito di questa vicenda ci consente, in ogni caso, di riaffermare ancora una volta la libertà e l'indipendenza della deontologia professionale e dei suoi principi etici e civili, con l'obiettivo della tutela dei diritti dei cittadini. Quando si parla di salute – sottolinea Chersevani –, le persone devono essere messe nelle condizioni di poter scegliere in libertà e consapevolezza, senza subire danni da messaggi pubblicitari fuorvianti. Auspico – conclude – che questo momento positivo possa essere foriero di altre situazioni favorevoli, per il cui raggiungimento i medici e gli odontoiatri si dimostrino ancora compatti nella difesa della professione, che esiste perché è a tutela della salute dei cittadini».

Ufficio stampa FNOMCeO

Quale pubblicità dopo la decisione del Consiglio di Stato?

‹ pagina 1

- Le si affianca il Codice deontologico che nella versione del maggio 2014 non richiama più il criterio del «decoro» ma stabilisce comunque che la pubblicità deve «prudente, obiettiva, pertinente», stabilendo anche il divieto di pubblicità comparativa.
- Il provvedimento AGCM 25078/2014 – pur dichiarato formalmente prescritto dal Consiglio di Stato 167/2016 – aveva comunque accertato sotto il profilo di fatto che l'interpretazione della pubblicità da parte degli ordini è tale di limitare la concorrenza, attraverso un «utilizzo strumentale» del procedimento disciplinare.
- Il TAR Lazio nella sentenza 4943/2015 aveva altresì stabilito che le norme deontologiche restrittive della disciplina pubblicitaria non potevano essere emanate proprio perché non possono essere stabiliti limiti ulteriori rispetto a quello della legge 248/2006.

Chiarito il quadro, vediamo i criteri e le regole ai quali è opportuno attenersi d'ora in poi. Reputo opportuno in questa sede soffermarsi su alcuni punti cardine.

Il criterio percettivo

Secondo il disposto della legge 248/2006 i due principi sostanziali da rispettare sono trasparenza e correttezza. Il rispetto però deve passare attraverso il criterio percettivo: vale a dire che la pubblicità non va valutata con gli occhi del tecnico o del clinico ma con quelli del paziente.

Ciò che rileva in sostanza è la percezione che il paziente ha del messaggio che riceve: se la percezione rispecchia ciò che avviene nella realtà, il messaggio sarà corretto; se viceversa quella che si riceve non coincide con la realtà, la pubblicità sarà ingannevole. Il mio consiglio quindi è sempre quello di sottoporre la pubblicità a un paziente medio, per valutare qual è la sua percezione del messaggio

Il criterio delle prove

L'accertamento della ingannevolezza o meno della pubblicità sanitaria spetta agli ordini professionali (art. 2 legge 248/2006). Nulla dice tuttavia la legge circa le modalità per effettuare il controllo

Solitamente gli ordini svolgono una valutazione di natura formale: vale a dire analizzano la pubblicità (ad esempio, un volantino) e, senza indagini di fatto, assumono decisioni sulla sua veridicità o meno, solamente sulla base del messaggio contenuto.

Sul punto è intervenuta la Cassazione Civile 17 gennaio 2014 n. 870, la quale ha invece stabilito che gli ordini devono dare prova, in concreto, di quali sono gli aspetti di non veridicità e non trasparenza del messaggio. Se quindi non vi è dubbio che l'onere delle prova sia in capo agli ordini, ciò non toglie che è buona regola mettersi nelle condizioni di dare prova di ciò che si afferma in pubblicità.

Quindi quando si decide un messaggio è opportuno valutare se si può dare prova concreta di quanto si afferma.

La pubblicità comparativa

Quest' ultimo aspetto merita una valutazione a parte.

Tale tipologia di pubblicità è poco diffusa nella nostra cultura. Ciò di cui invece si fa gran uso sono i claim pubblicitari cosiddetti iperbolici (ad es. "Ti sfidiamo a trovare di meglio!"). Essi non sono considerati ingannevoli dell'AGCM, perché si reputa che il cittadino sia consapevole che si tratta di una "esagerazione". Al contrario, altri enti (tra cui lo IAP) valutano di «natura comparativa indiretta» tali tipologie di messaggio, considerandoli spesso ingannevoli. Non è dato sapere quale sarà l'orientamento degli ordini, anche se è del tutto probabile che sia di tipo restrittivo.

Occorre quindi valutare con attenzione se e quale claim eventualmente scegliere.

Silvia Stefanelli, *Avvocato in Bologna*

Disegno di legge sul lavoro autonomo

Via libera dal Consiglio dei Ministri

Via libera dal Consiglio dei Ministri al disegno di legge sul lavoro autonomo. Confermati i fondi europei, formazione deducibile e più tutele di welfare per professionisti e partite Iva. Il Consiglio dei Ministri ha approvato l'atteso disegno di legge per la tutela del "lavoro autonomo non imprenditoriale".

In Italia, come in Europa, i professionisti vengono parificati ai piccoli imprenditori. Deducibilità dell'aggiornamento professionale e tutela del credito. Poletti: «Il rischio più grande di un professionista è che il clienti non paghi». Il provvedimento, proposto dal Ministro del Lavoro, Giuliano Poletti, riguarda tutti i prestatori d'opera materiali e intellettuali non imprenditori, quindi anche i liberi professionisti. Le principali misure sono state anticipate in conferenza stampa a Palazzo Chigi dallo stesso ministro Poletti, che ha messo l'accento sulla novità della copertura assicurativa contro il rischio di insolvenza dei clienti. «È il rischio più grande di un professionista», ha detto il Ministro, che ha spiegato la novità come uno stimolo alle assicurazioni a fornire strumenti di copertura la cui spesa potrà essere interamente deducibile.

"Piccoli imprenditori" ai fini dell'accesso ai PON e POR

Il DDL (Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato) è un provvedimento collegato alla legge di stabilità 2016. La manovra finanziaria ha già contemplato il diritto di accesso dei professionisti italiani ai fondi strutturali europei; ora, questo DDL va a perfezionare la norma, introducendo definitivamente nell'ordinamento nazionale la parificazione giuridica del professionista allo status di "piccolo imprenditore" quale è considerato dall'Europa. La parificazione dei lavoratori autonomi ai piccoli imprenditori vale ai fini dell'accesso ai PON (Programmi Operativi Nazionali) e ai POR (Programmi Operativi Regionali) a valere sui fondi strutturali europei (Fondo sociale europeo – FSE; Fondo europeo di sviluppo regionale – FESR; Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale – FEASR; Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca – FEAMP).

Agevolazioni fiscali per l'aggiornamento e la tutela del credito professionale

Al riguardo, il DDL introduce misure consistenti nella deducibilità: del 100%, delle spese sostenute per i servizi personalizzati di certificazione delle competenze, orientamento, ricerca e sostegno all'autoimprenditorialità finalizzate all'inserimento o reinserimento del lavoratore autonomo nel mercato del lavoro; del 100% delle spese per la partecipazione a convegni, congressi e corsi di aggiornamento professionale, e in misura integrale delle spese per gli oneri sostenuti per la garanzia contro il mancato pagamento delle prestazioni di lavoro autonomo fornita da forme assicurative o di solidarietà, allo scopo di favorire la stipula di tali polizze e favorendo, allo stesso tempo, lo sviluppo del mercato assicurativo e la diffusione di tali forme assicurative, con un conseguente abbattimento dei costi per il lavoratore autonomo.

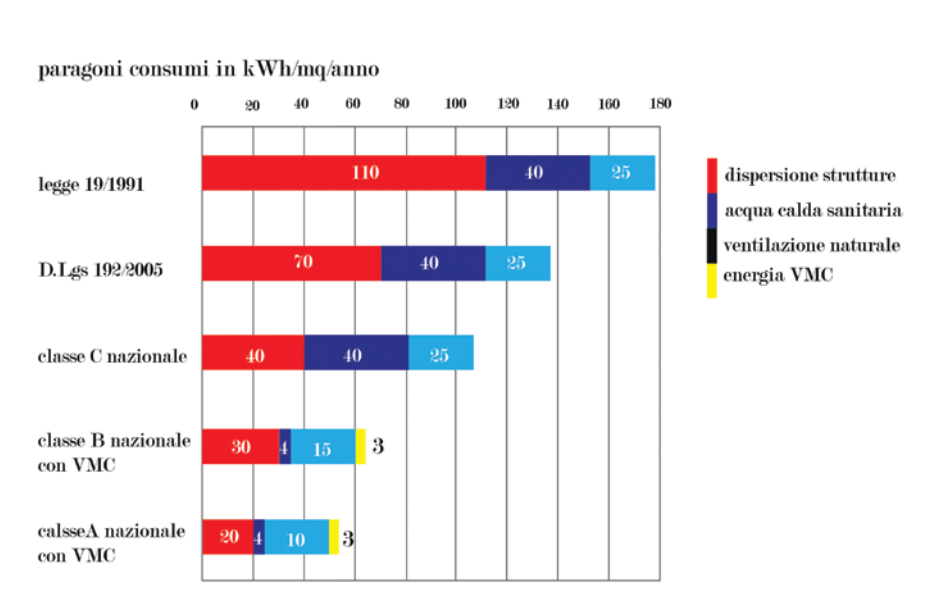
Maternità e malattia

Viene riconosciuto il diritto di percepire l'indennità di maternità spettante per i 2 mesi antecedenti la data del parto e i 3 mesi successivi, indipendentemente dall'effettiva astensione dall'attività lavorativa, l'estensione della durata e dell'arco temporale entro cui tali lavoratori possono usufruire dei congedi parentali, prevedendo che l'indennità per congedo parentale possa essere corrisposta per un periodo massimo di 6 mesi entro i primi 3 anni di vita del bambino. Viene inoltre prevista la sospensione, senza diritto al corrispettivo, del rapporto di lavoro dei lavoratori autonomi che prestano la loro attività in via continuativa per il committente in caso di gravidanza, malattia e infortunio, per un periodo non superiore a 150 giorni per anno solare, e la sospensione del versamento dei contributi previdenziali e dei premi assicurativi per l'intera durata della malattia e dell'infortunio fino a un massimo di 2 anni, in caso di malattia e infortunio di gravità tale da impedire lo svolgimento dell'attività lavorativa per oltre 60 giorni.

Introdotta, infine, la previsione di una specifica misura di tutela contro la malattia, in base alla quale i periodi di malattia, certificata come conseguente a trattamenti terapeutici di malattie oncologiche, sono equiparati alla degenza ospedaliera.

Fonte: Confprofessioni

Ventilazione meccanica controllata



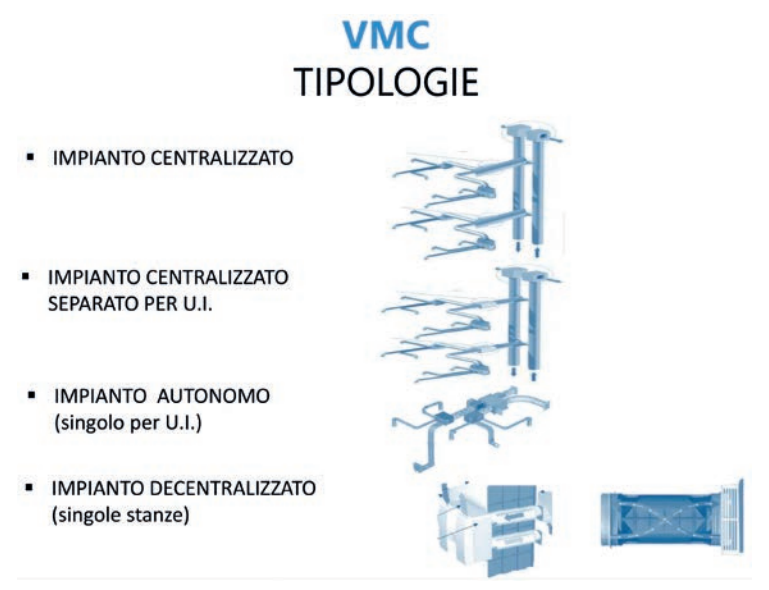
La qualità e l'igiene dell'aria all'interno degli studi medici sono di fondamentale importanza per garantire un ambiente salubre ed evitare la diffusione di infezioni e malattie per via aerea; inoltre l'aria, in quanto ricircola all'interno di ambienti confinati, ha una composizione peggiore rispetto a quella esterna e presenta numerosi elementi inficianti: spore delle muffe, tasso d'umidità, anidride carbonica prodotta dalle persone, i VOC rilasciati da mobili e materiali, pollini, allergeni, polveri, polveri sottili, inquinanti, odori, microbi, germi... Il semplice ricambio d'aria attraverso l'apertura dei serramenti non assicura né la corretta qualità né l'igienizzazione dell'aria, ma concorre a penalizzare il confort ambientale e interviene pesantemente sui costi di riscaldamento e raffrescamento, essendo una delle peggiori cause di dispersione termica nelle unità immobiliari. La maniera più sicura per poter garantire una corretta igienizzazione dell'aria è l'utilizzo di un sistema che, ricambiando l'aria, ne controlli anche la qualità. La ventilazione meccanica controllata (VMC) è il sistema impiantistico che permette di controllare, gestire, migliorare e selezionare qualitativamente e quantitativamente non solo il ricambio, ma anche la natura stessa dell'aria all'interno di un ambiente confinato. La VMC espelle l'aria viziata mentre introduce all'interno aria fresca presa dall'esterno, garantendo altri vantaggi durante questo processo:

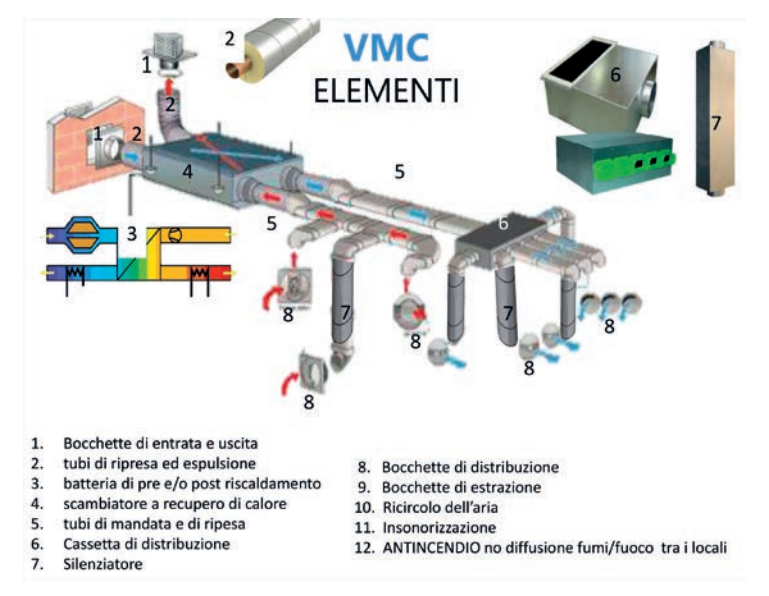
1. l'aria esausta, passando attraverso uno scambiatore ad alta efficienza (95%, che può arrivare fino al 130% se è entalpico), cede il proprio calore all'aria immessa, evitando così inutili dispersioni di calore (che hanno come unico effetto quello di aumentare i costi di riscaldamento) durante il periodo invernale.
2. Nel periodo estivo, attraverso un apposito elemento (By Pass), permette di espellere anche il calore in eccesso, riducendo il lavoro dell'impianto di climatizzazione, fino addirittura a sostituirsi all'impianto di condizionamento; questo ha un enorme vantaggio anche in termini di risparmio (sui costi di gestione, ma anche di realizzazione dell'impianto di climatizzazione).
3. Nel sistema VMC si possono inserire dei sensori specifici la cui presenza permette di mantenere sotto controllo le concentrazioni delle sostanze nocive presenti nell'aria e, in base alla necessità e alla composizione della stessa aria, di adeguarne automaticamente sia i tassi dei ricambi d'aria sia i livelli degli elementi presenti nell'aria.

Se invece si ha la necessità di avere specifici livelli di purezza e igienizzazione dell'aria, l'impianto di VMC è un'efficace soluzione, perché può essere dotato di diverse tipologie di filtri calibrati in base alle reali necessità. Esistono, infatti, filtri di diverso potere filtrante di cui la tipologia più performante ("filtri assoluti", HEPA e ULPA) sono veri e propri strumenti sterilizzanti; la caratteristica di questi filtri performanti è che la funzione sterilizzante non dipende dalla natura dei microorganismi filtrati, ma dal fatto che possono arrivare a filtrare particelle fino a 0.1-0.3 micron, con un'efficienza pari al 99%. A seconda delle richieste, della tipologia di studio medico o delle normative locali, i filtri possono essere applicati sia all'aria entrante sia a quella uscente, o a entrambe. Nel primo caso, si garantisce di avere un apporto d'aria pura e decaduta di sostanze inquinanti (biossido di piombo, allergeni, polline, gas di scarico) e tossiche presenti nell'aria; nel secondo caso, assicurano che l'aria immessa nell'ambiente esterno sia decontaminata da bacilli, spore o altre sostanze che possono essere presenti all'interno dello studio medico, evitando così di diffonderle in ambiente aperto.

Il sistema di VMC è un sistema automatico che non necessita del funzionamento manuale, e può essere integrato con la domotica diventando un sistema intelligente che si autogestisce e ottimizza ulteriormente i consumi, che già di sua natura sono molto ridotti.

Massimo Tiberio, *architetto*





Dental Tribune DT STUDY CLUB
CORSI | DISCUSSIONI | BLOG | GUIDA

90 €

CORSO FAD ANTINCENDIO
"Addetti antincendio in attività a rischio di incendio basso"
visita il sito www.dtstudyclub.it

RELATORI
Ing. Basilio Filocamo
• Consulente in ambito di sicurezza sui luoghi di lavoro per il settore sanitario;
• Sempre nello stesso settore, si occupa di progettazione tecnica e di verifiche su impianti elettrici;
• Si occupa anche di verifiche su apparecchiature elettromedicali e di laboratorio.
Arch. Rosario Sardo
• Ispettore servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (ASP Messina). Formatore sin dal '96 in corsi per la sicurezza rivolti ai datori di lavoro, RSL e coordinatori;
• Si occupa anche di verifiche e omologazioni di impianti elettrici in luoghi pericolosi.

Una situazione di emergenza può determinarsi ovunque:
- Nei normali ambienti di vita o di svago;
- Nei luoghi di lavoro;
- Ambienti misti.
Le cause possono essere varie e avere origine interna o esterna ai luoghi interessati.
Tra le cause interne possiamo elencare le perdite o rotture (allagamenti o rilascio di materiali pericolosi), guasti, corto circuiti, incendi interni ecc., mentre fra le seconde si annoverano gli eventi naturali o derivanti dalle attività dell'uomo.

FINALITÀ DEL CORSO
Il corso FAD intende fornire all'utente i concetti base sia da un punto di vista teorico che pratico (attraverso il video illustrativo), per descrivere le procedure da eseguire in caso di incendio all'interno di aziende a rischio di incendio basso.

ATTESTAZIONE
Alla fine del corso, della durata di 4 ore, sarà possibile scaricare l'attestato di partecipazione firmato dai relatori del corso.

MATERIALE DIDATTICO
Ad ogni partecipante verrà data la possibilità di scaricare dalla propria pagina personale le slide del corso e di poter fruire del materiale multimediale.

MODULI

L'incendio e la prevenzione
- Principi della combustione;
- Prodotti della combustione;
- Sostanze estinguenti in relazione al tipo di incendio;
- Effetti dell'incendio sull'uomo;
- Divieti e limitazioni di esercizio;
- Misure comportamentali.

Protezione antincendio e procedure da adottare in caso di incendio
- Principali misure di protezione antincendio;
- Evacuazione in caso di incendio;
- Chiamata dei soccorsi.

Esercitazioni Pratiche
- Presa visione e chiarimenti sugli estintori portatili;
- Istruzioni sull'uso degli estintori portatili.

Lo screening alla poltrona per l'accertamento delle condizioni psicofisiche potrebbe tradursi, nel lungo periodo, in un risparmio in termini di prevenzione e promozione della salute (Fotografia: Ajay Bhaskar/Shutterstock).

I pazienti odontoiatrici indiani sono favorevoli allo screening alla poltrona

Mumbai, India – Una serie di studi internazionali indica come i professionisti della salute orale possano svolgere un ruolo più efficace nel rilevare le malattie croniche. Data l'alta prevalenza di malattie cardiovascolari, diabete mellito, tubercolosi, HIV/AIDS ed epatite B in India, si prendono in considerazione gli atteggiamenti e la volontà di partecipazione dei pazienti alle iniziative di screening dentale adottate dal Paese.

Una ricerca ha preso in esame le risposte date dai pazienti di cinque cliniche odontoiatriche universitarie e quelle di uno studio privato a una serie di quesiti riguardanti la disponibilità a partecipare allo screening alla poltrona. Quasi il 90% dei pazienti delle cliniche universitarie e circa il 95% di quelli che provengono da uno studio privato giudicano importante che i dentisti valutino i maggiori rischi patologici derivanti da determinate condizioni psicofisiche.

La maggior parte dei pazienti desiderava pertanto sottoporsi a un esame preventivo. La disponibilità è stata maggiore per quanto riguarda la rilevazione del diabete, con una percentuale dell'85% dei pazienti nel gruppo delle cliniche universitarie e del 78% di quelli dello studio privato. Nello studio odontoiatrico oltre il 70% di entrambi i gruppi ha riferito la volontà di sottoporsi a uno screening dell'HIV/AIDS.

I ricercatori hanno scoperto inoltre che la maggior parte dei pazienti (il 56% delle cliniche universitarie e il 92% di coloro che sono curati presso uno studio privato) era disposta a pagare 150 rupie indiane per sottoporsi a controlli medici preventivi, tenendo presente che in India, secondo le statistiche diffuse della Banca Mondiale, il reddito nazionale lordo pro capite è di 1.570 rupie. Secondo uno studio americano pubblicato su *American Journal of Public Health* del 2014, lo screening alla poltrona effettuato negli studi odontoiatrici per le più comuni malattie croniche, potrebbe far risparmiare al sistema sanitario più di 100 milioni di dollari l'anno.

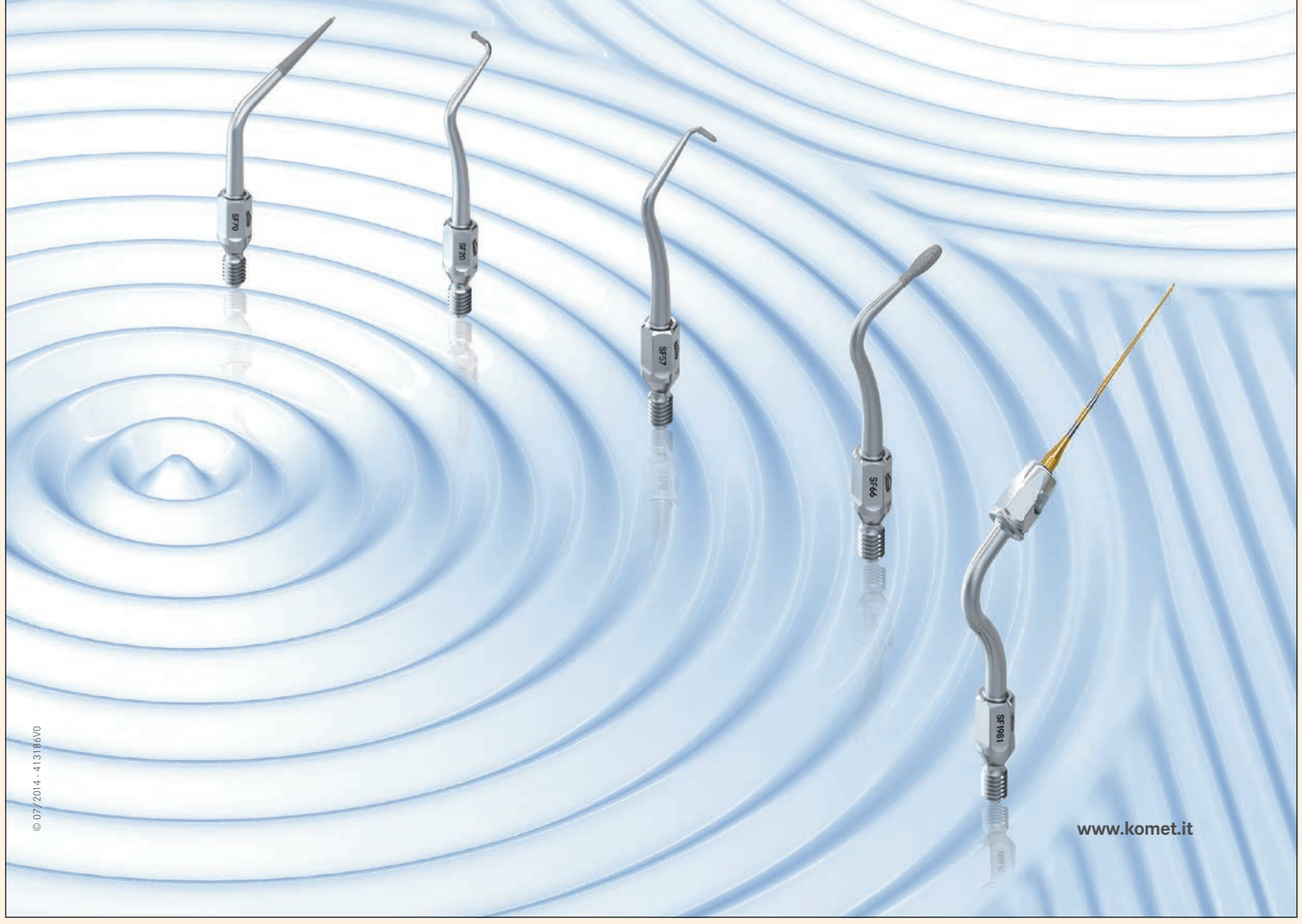
Intitolata "Indian patients' attitudes towards chairside screening in a dental setting for medical conditions" la ricerca è stata pubblicata nel numero di ottobre di *International Dental Journal*, rivista ufficiale di FDI. L'hanno realizzata il Nair Hospital Dental College e il Topiwala National Medical College di Mumbai, in collaborazione con numerose istituzioni scientifiche indiane e statunitensi.

Dental Tribune International

Komet

Quasi **zen**dodonzia. SonicLine per una endodonzia precisa e sicura.

Punte SonicLine per Endodonzia: La forza è nel controllo. Le punte a vibrazione sonica a invasività minimale, dalla SF66 alla SF70, sono indicate per la preparazione ortograda della cavità d'accesso. L'effetto cavitazionale della punta a vibrazione sonica SF65 incrementa l'effetto pulente nel sistema dei canali radicolari. Per la preparazione della cavità retrograda è possibile scegliere tra sette punte a vibrazione sonica a doppio angolo che consentono una visuale insuperata del sito chirurgico.



© 07/2014 - 413186V0

www.komet.it

Any case, AnyRidge® Internal Fixture
Professional Implant Brand

ANYRIDGE®

THE 21ST CENTURY
PREMIUM IMPLANT SYSTEM

Percorriamo il presente,
per costruire il futuro.

www.anyridge.it | info@anyridge.it | Tel 031 656763

Sostituti ossei e prevedibilità clinica: dalla ricerca al successo chirurgico

‹ pagina 1

L'attività dell'Unità di Odontoiatria trova infatti spazio sulle principali riviste scientifiche del settore con numerose pubblicazioni. Un ruolo da protagonista guadagnato grazie alla dedizione di professionisti di altissimo livello e linee di ricerca attuali e innovative.

Nella sua relazione, ha affermato che le attuali classificazioni dell'atrofia ossea non bastano a valutare correttamente il successo degli incrementi di volumi ossei. Può spiegarci perché?

Gli attuali sistemi di classificazione presentano delle limitazioni prognostiche perché si basano solo sull'analisi del profilo della cresta residua, senza considerare il difetto osseo nella sua unità anatomico-biologica, cosa che consentirebbe di valutarne in modo più razionale il potenziale rigenerativo e di stimare con maggiore attendibilità il successo dell'atto chirurgico. Oltre al profilo crestale, ci sono infatti altri fattori che impattano su tempi e qualità della rigenerazione: il numero di pareti ossee circostanti il difetto; la sua collocazione rispetto al profilo crestale; l'estensione e la direzione dell'incremento desiderato; il grado di corticalizzazione del sito ricevente e la quantità e qualità della componente trabecolare presente. È quindi importante integrare i sistemi di classificazione esistenti con l'analisi delle caratteristiche del sito più rilevanti in termini biologici.

Che cos'altro dovrebbe tenere a mente il clinico nelle sue valutazioni?

Il messaggio chiave è considerare il sito ricevente nel suo ruolo attivo all'interno del processo di rigenerazione, tenendo sempre a mente caratteristiche e funzionamento delle componenti cellulari coinvolte e la cascata di eventi che lo determinano. In quest'ottica è essenziale che il chirurgo conosca anche composizione e struttura dei materiali da innesto e come queste influenzano l'interazione con l'intorno biologico in cui sono inseriti.

Dunque il "qualunque cosa metti è sempre uguale" è sbagliato dal punto di vista dell'evidenza scientifica. Perché?

L'idea che ho maturato in proposito deriva da alcuni studi condotti e pubblicati in collaborazione con il professor Piattelli dell'Università di Chieti. In questi lavori sono state indagate in particolare le proprietà di innesti eterologhi che, grazie a un trattamento di rimozione degli antigeni enzimatico anziché termico, contengono collagene in forma nativa. Studi indipendenti in vitro su biomateriali diversi hanno evidenziato un comportamento differenziale degli osteoclasti in funzione della tipologia di innesto. In particolare, si è osservato che l'attività degradativa degli osteoclasti coltivati su biomateriale a collagene preservato è maggiore di quella riscontrata coltivandoli su osso trattato termicamente. Questo suggerisce che il mantenimento del collagene e la sua integrità costituiscano una condizione favorente l'adesione delle cellule e la loro attività ed è verosimilmente il motivo per cui, con innesti differenti, si ottengono quadri istologici e istomorfometrici molto diversi.

Perché l'odontoiatra dovrebbe tenere conto di questi fattori? Quali sono, se esistono, le ricadute nella pratica clinica?

Le ricerche svolte in collaborazione con il professor Gherlone e il professor Piattelli hanno evidenziato che le proprietà del materiale innestato determinano sia la qualità istologica del tessuto rigenerato sia i tempi di rigenerazione. Questo è quanto osservato a livello clinico negli ultimi due lavori pubblicati recentemente sul JOMI assieme ai professori Vinci e Capparé, condotti su pazienti sottoposti a rialzo del seno e follow-up di tre anni.

Nel primo, uno studio clinico randomizzato, i pazienti sono stati riabilitati alternativamente con materiale equino collagenato o materiale bovino trattato termicamente, e dunque privo di collagene. A sei mesi dall'innesto, l'analisi istomorfometrica rivelava una quantità significativamente maggiore di tessuto osseo di neo formazione nei pazienti trattati con il materiale a collagene preservato; simmetricamente, la quantità di innesto residuo era inferiore. In un secondo lavoro, sono stati analizzati retrospettivamente i dati istomorfometrici di biopsie prelevate da pazienti sottoposti a rialzo di seno con materiale equino collagenato e posizionamento implantare a tempi diversi: da tre a dodici mesi dalla chirurgia rigenerativa. La quantità di tessuto osseo formatosi ai tempi più precoci (3-5 mesi) era comparabile a quella osservata tardivamente e la sopravvivenza a tre anni non dissimile da quella osservata con un posizionamento più tardivo. Il dato suggerisce che l'osso equino a collagene preservato venga riassorbito e sostituito con osso di neo formazione in tempi brevi e che lo specialista possa anticipare il posizionamento implantare, con chiare ricadute positive sul benessere psicofisico del paziente. Nell'ambito di questo specifico contesto clinico, l'uso di un materiale con una cinetica di riassorbimento e sostituzione relativamente rapida è quindi più funzionale ai fini della riabilitazione implanto-protesica.

Vuole dire che a seconda della finalità della chirurgia è preferibile usare un diverso tipo di sostituto osseo?

È esattamente così. Esistono infatti condizioni di intervento nelle quali l'esigenza del chirurgo è opposta. È il caso degli aumenti di volume volti a ripristinare e mantenere nel tempo il profilo crestale in assenza di impianti, qualora siano presenti vuoti disarmonici in protesi implantari tipo toronto o overdenture, o ancora quando l'osso presente garantirebbe un'adeguata osteointegrazione degli impianti ma, per motivi estetici, serve mantenere un diverso profilo crestale. In contesti di questo tipo la scelta preferenziale è un biomateriale a lunga permanenza. L'osso eterologo calcinato è un'opzione idonea in tal senso, perché il trattamento ad alte temperature, rimuovendo il collagene, rende il materiale più inerte e meno riassorbibile.

Analoghe considerazioni dovrebbero guidare anche la scelta della membrana. Se infatti le membrane in collagene trovano idonea applicazione nella copertura di piccoli difetti perimplantari, quelle in pericardio, a riassorbimento più lento, sono più indicate per la rigenerazione ossea guidata, mentre le membrane di osso corticale, le più resistenti in termini sia meccanici sia di degradazione, si prestano bene alla gestione di alcune complicanze del rialzo di seno mascellare (lacerazioni della membrana sinusale) e delle estrazioni dentali (rottura delle pareti vestibolari). Anche il formato del materiale innestato è un criterio di scelta rilevante per il chirurgo. In questo senso i sostituti ossei a collagene preservato presentano una più ampia gamma di forme e dimensioni, che comprendono i classici granuli ma anche lamine flessibili e blocchi rigidi.

Alla base del successo clinico c'è dunque la capacità del clinico e la qualità del suo giudizio diagnostico.

Naturalmente, ma questa oggi non si limita alla sola competenza e abilità tecnica. La pluralità delle opzioni terapeutiche esistenti comporta un lavoro continuo di aggiornamento sulle tipologie di biomateriali disponibili, e una profonda conoscenza di potenzialità e limiti dei diversi approcci chirurgici. È quindi essenziale maturare la capacità di eseguire un'analisi razionale, che guidi lo specialista nella scelta della tecnica e del materiale più corretti in funzione della tipologia di tessuto osseo che si desidera ottenere, del tempo in cui lo si vuole ottenere e, soprattutto, del fine ultimo dell'atto clinico.

Quali sono le sue conclusioni?

Per massimizzare le probabilità di successo di un intervento di aumento dei volumi ossei è necessario valutare correttamente tre elementi chiave: il potenziale rigenerativo del sito ricevente, le caratteristiche e proprietà dei materiali da innesto e i limiti applicativi della tecnica chirurgica. L'idea che sottende queste considerazioni è quella di operare scelte che tengano sempre a mente processi e attori della rigenerazione ossea, perché agire in condizioni biologicamente favorevoli significa costruire delle solide basi per il successo clinico dell'intervento.

Uno sguardo agli sviluppi futuri: può darci qualche anticipazione sugli hot topic dei prossimi studi?

In continuità con quanto fatto finora, approfondiremo le potenzialità applicative delle membrane ossee corticali e dei blocchi d'osso spongiosi equini, ottimizzandone l'utilizzo nelle ricostruzioni a onlay anche per interventi maxillo-facciali maggiori. Un secondo filone di ricerca clinica sarà dedicato allo studio di un approccio razionale ed efficace per la preservazione dell'alveolo post-estrattivo. Ci occuperemo infine di valutare le potenzialità cliniche di alcune paste d'osso di nuova generazione, di interesse anche in ambito ortopedico e neurochirurgico.

Grazie per l'intervista.

Patrizia Gatto

HOME | CORSI ONLINE | EVENTS
Odontoiatria generale

WEBINAR REGISTRATO

SPONSORIZZATO DA
KaVo. Dental Excellence.

Diagnosi in conservativa, un gioco di ombre…

Dott. Giuseppe Chiodera

La ricerca in odontoiatria, lo sviluppo di nuovi materiali e tecnologie sono orientati alla prevenzione e alla cura precoce delle patologie dentali, in questo contesto trova sempre più spazio il concetto di odontoiatria minimamente invasiva.

Questa filosofia prevede una attenta valutazione rischi benefici biologici nella fase diagnostica. La diagnosi quindi deve sempre partire dalla base di una corretta indagine clinica e radiologica, sarà però utile integrare questa indagine con strumenti che consentano di visualizzare lesioni che non sarebbero clinicamente riscontrabili con i mezzi tradizionali.

www.dtstudyclub.it