

# Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

ANNO VIII  
N. 10 - 2021



La nostra rivista

**UNA STORIA DI SUCCESSO**



**Malattia paradontale**  
Applicabilità clinica  
della classificazione  
adottata nel 2017

3 italiani su 4 sanno cos'è la  
parodontite ma di questi, 9 su 100  
sanno di averla. Prevenirla significa  
risparmiare miliardi di euro l'anno

**Il digitale nell'odontoiatria**  
Il futuro della professione  
passa inevitabilmente da  
tecnologia e innovazione

Il trend è chiaro: non è più una  
questione di 'se' ma di 'quando'  
passare al digitale in implantologia.  
Sarà una vera rivoluzione per tutti

**Controllo di gestione**  
Basta essere i migliori  
per avere uno studio  
che funzioni davvero?

È ormai sotto gli occhi di chiunque  
la necessità di organizzare il lavoro  
in ambito sanitario tenendo conto  
di quante più variabili possibili

# Odontoiatria Team at Work

N. 10 - 2021

5



23



- 5 CONGRESSO COI-AIOG 2022  
-AL SERVIZIO DELLA SALUTE: ODONTOIATRIA  
E MEDICINA, BINOMIO INSCINDIBILE
- 6 APPLICABILITÀ CLINICA  
DELLA NUOVA CLASSIFICAZIONE (2017)  
DELLA MALATTIA PARODONTALE
- 8 IL DIGITALE NELL'ODONTOIATRIA  
POST PANDEMIA DI COVID
- 12 CONTROLLO DI GESTIONE COME BRANCA  
DELL'ODONTOIATRIA DEL FUTURO
- 16 CHI PAGA IL TEMPO PER INDOSSARE  
O PER DISMETTERE I CAMICI DI LAVORO?
- 18 GUIDA ALLA RESPONSABILITÀ CIVILE  
PROFESSIONALE DELL'ODONTOIATRA
- 23 SPECIALE TARTUFO BIANCO DI ALBA

## Editoriale

### TEAM AT WORK: UNA STORIA DI SUCCESSO

Anche le formiche nel loro piccolo... si prendono delle soddisfazioni. Sono passati 8 anni dall'uscita del primo "spericolato" numero della rivista: un'idea, quella di comunicare la nostra visione del mondo odontoiatrico ai colleghi, un po' folle ma animata, sostenuta e basata su competenze riconosciute a livello nazionale e internazionale con pubblicazioni e convegni, entusiasmo e tanto tantissimo impegno. Team at Work è un prodotto editoriale che è cresciuto basandosi esclusivamente sulla forza dei propri contenuti: ogni like, ogni cuoricino, ogni commento, anche quelli critici, sono stati guadagnati sul campo. Certo, avremmo potuto facilmente "comprare" una base di follower da migliaia di utenti. Lo fanno in tanti, d'altronde. Noi invece no. Ogni articolo, ogni numero della rivista ha provato a camminare sulle proprie gambe, sperando che piacesse e venisse condiviso. Questo crescendo ci ha portato a raggiungere quasi 2 milioni di contatti su Facebook con tante interazioni.

Molte di più di alcuni competitor di lunga tradizione che, a primo impatto, sembrano avere numeri più alti dei nostri: la redazione di Team at Work ha però la presunzione di credere che una vitalità e un dinamismo come quelli espressi dalla nostra pagina Facebook e dalla nostra rivista abbiano qualcosa di unico. Di certo non ci siamo mai nascosti. Anzi, là dove c'era un tema scomodo, divisivo, "antipatico" abbiamo preso immediatamente posizione combattendo tante battaglie a

tutela, innanzitutto, dei pazienti. Già, proprio loro, quelli che entrano nei nostri studi e a cui la rivista così specializzata non è certo rivolta: sono proprio i pazienti, la loro sicurezza, la loro salute, i loro interessi la nostra priorità. E questi traguardi non si possono ottenere se non c'è un sistema intero che li tuteli. C'è un vecchio proverbio africano che recita: "Ci vuole un intero villaggio per crescere un bambino". Ecco, lo stesso, declinato in maniera differente, accade rispetto ai pazienti. Per prendersi cura di loro non basta che l'odontoiatra sia capace di fare bene le otturazioni se non usa correttamente materiali omologati, se non mette in pratica in maniera rigorosa le procedure e i protocolli previsti, se non si avvale di colleghi, ASO, odontotecnici, igienisti, segretarie all'altezza, debitamente formati e giustamente retribuiti. E ancora, non basta che i prezzi di una prestazione siano stracciati se la salute del paziente è messa in pericolo. Nel nostro piccolo abbiamo raccontato, spiegato e accompagnato alcune battaglie su cui poi, la storia, ci ha dato ragione: dalla diffidenza verso le catene low cost e al loro modo di posizionarsi nel mercato al riconoscimento degli ASO passando per i DPI prima, durante e dopo la pandemia. Chi ringraziare, dunque, di tutta la strada che è stata fatta e di quella che certamente ancora faremo? Innanzitutto tutti quelli che a questa rivista lavorano ogni mese: scrivendo, fornendo spunti, impaginando, facendo da cassa di risonanza. Ovviamente il board editoriale. E, last but not least, gli sponsor che da anni credono in questo progetto. Anche questo mese non ci resta che augurarvi una buona lettura.

## La squadra della rivista



**GIULIO C. LEGHISSA**  
Odontoiatra



**FULVIA MAGENGA**  
ASO



**FILIPPO T. CASANOVA**  
Odontoiatra

## Il board editoriale

Mirella Baldoni (odontoiatra)	Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)
Federico Biglioli (professore universitario)	Ernesto Rapisarda (professore universitario)
Marialice Boldi (igienista dentale)	Lia Rimondini (professore universitario)
Anna Botteri (economia/fisco)	Eugenio Romeo (professore universitario)
Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra)	Andrea Sardella (professore universitario)
Antonio Carrassi (professore universitario)	Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)
Stefano Cavagna (odontoiatra)	Tiziano Testori (odontoiatra)
Silvia Cavallini (chinesiologa clinica)	Carlo Tinti (odontoiatra)
Luigi Checchi (professore universitario)	Fabio Tosolin (psicologo)
Stefano Daniele (odontoiatra)	Serban Tovar (professore universitario)
Luca Francetti (professore universitario)	Leonardo Trombelli (professore universitario)
Mauro Merli (odontoiatra)	Filippo Turchet Casanova (odontoiatra)
Lucio Montebugnoli (professore universitario)	Roberto Weinstein (professore universitario)

Odontoiatria - Team at Work  
Periodico d'informazione  
Registrato presso il Tribunale  
di Milano  
22/05/2014 - N.197  
Editore Otaw Srl  
via Raffaello, 31/A - Milano  
redazione@otaw.it

Direttore Responsabile  
e Direttore scientifico  
Giulio Cesare Leghissa  
giulio.leghissa@gmail.com

Redazione: 2C Edizioni Srl  
via Albani, 21 - Milano  
segreteria@2cedizioni.it  
Progetto grafico: Studio Migual  
piazza Veladini, 4 - Brugherio  
studio@migual.it



**S I A S O**

SINDACATO ITALIANO ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICO

ADERENTE A confsal



HENRY SCHEIN®

**Krugg**

**BONE**  
SYSTEM

**Geistlich**  
Biomaterials

**kuraray**

*Noritake*

**Nicola Del Buono**

**Rappresentante Prodotti Odontoiatrici**



**RS DI SPAIRANI**

**OTTICHE & ILLUMINAZIONE**

SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA

VIA SAVONA, 41

20144 MILANO

[www.rsmilano.it](http://www.rsmilano.it)

02 474369

sede@rsmilano.it



Sindacato Italiano Assistenti  
di Studio Odontoiatrico

ADERENTE A



Dal 2007 in prima linea  
per il riconoscimento,  
la conquista e la difesa  
dei diritti della **figura  
professionale dell'ASO**

### SERVIZI AI TESSERATI

**Difesa legale**  
**Consulenza del Lavoro**  
**Aggiornamento Professionale**  
**Rappresentanza della Categoria**

**S.I.A.S.O.** è un'associazione  
sindacale autonoma libera,  
democratica, apartitica  
e senza scopo di lucro



SIASO.IT



segreteria@siaso.it

Seguici su



# COI-AIOG 2022

## Al servizio della Salute: Odontoiatria e Medicina un binomio inscindibile

**I**l XXVI Congresso Nazionale COI AIOG, già dal titolo e dai temi annunciati vuole sicuramente essere un ritorno alle origini e agli obiettivi fondanti che hanno ispirato la nascita del Cenacolo. Il cenacolo è un'associazione nata consapevole e cosciente del ruolo dell'odontoiatra e del team odontoiatrico, e che proprio il team sia centrale nella fase di prevenzione e a pieno servizio della salute orale e generale. L'associazione è centrata sul paradigma che solo una formazione e un aggiornamento continuo permettono agli operatori di offrire ai pazienti un servizio di qualità. E questo non solo nella singola prestazione, ma anche nei trattamenti a lungo termine.

Fin sua nascita nel 1987, a Milano, il Cenacolo ha operato attraverso i suoi eventi formativi. Tali eventi, fossero essi rivolti a soci o non soci, fossero essi ecm e o non ecm, sono sempre stati orientati ad approfondire ed aggiornare le strategie di mantenimento della salute orale.

E questo è stato fatto partendo dalla medicina narrativa e instaurando una positiva relazione medico-paziente, attraverso l'approfondimento dei "determinanti della salute", per motivare il paziente a mantenere una corretta igiene orale domiciliare, ma anche attraverso una sana alimentazione e stili di vita che assicurino un buon controllo della salute generale ed orale.

Nel titolo del prossimo congresso si parla di "Odontoiatria e Medicina", che formano un binomio inscindibile ed entrambe sono orientate verso la Prevenzione. La prevenzione non è un tema astratto, ma è un concetto fondamentale del nostro essere odontoiatri, o meglio medici odontoiatri; la prevenzione è il passato, il presente, il futuro della nostra professione

come della Medicina.

La prevenzione si occupa di intercettare le tante patologie del cavo orale, che possono essere cause determinanti per numerose e importanti patologie sistemiche, ma anche per tutti quei pazienti in condizioni di fragilità o nei pazienti "special needs", i quali richiedono maggiori cure e approcci molto spesso diversificati.

Purtroppo la pandemia Covid 19 ha determinato una minore attenzione nei confronti di questi temi.

Sto a noi ora, odontoiatri, team, esercitarci in tal senso con atti concreti nella nostra quotidianità professionale, con impegno e passione. E' questo il terreno sul quale si deciderà in futuro il successo della nostra professione sia in questo che nel prossimo decennio.



Il COI AIOG, Società Scientifica accreditata dal Ministero della Salute, continuerà a formare ed aggiornare i nostri soci attraverso le sedi distribuite su tutto il territorio Nazionale. Verrà sempre garantita una Formazione d'eccezione, come, del resto, avverrà anche in questo Congresso Nazionale. In quest'ultimo infatti verrà presentato un programma ricco e articolato, di notevole spessore scientifico, grazie a un panel di Relatori di alto profilo.

Grazie agli Sponsor che ci affiancheranno e supporteranno anche quest'anno rendendo possibile questo evento.

Vi aspetto numerosi in terra di Sicilia, nella mia splendida Catania, pronta ad accogliervi al calore del sole Siciliano e all'ombra di sua maestà l'Etna.

**MARIA GRAZIA CANNAROZZO**  
PRESIDENTE COI-AIOG

## CLICCA E LEGGI IL PROGRAMMA PROVVISORIO DEL CONGRESSO



Cenacolo Odontostomatologico Italiano

Associazione Italiana Odontoiatria Generale

Associazione per la Ricerca e la Cultura Odontostomatologica

**XXVI CONGRESSO NAZIONALE COI AIOG**  
**L'Odontoiatria al servizio della Salute**  
**Medicina e odontoiatria: un binomio inscindibile**  
**CATANIA, 25/ 26 marzo 2022**

Four Points by Sheraton Catania Hotel & Conference Center  
Via Antonello da Messina, 45, Aci Castello

# APPLICABILITÀ CLINICA DELLA NUOVA CLASSIFICAZIONE (2017) DELLA MALATTIA PARODONTALE

di **Francesco Romano**

ODONTOIATRA

francescopaciromano@gmail.com



**P**erché fare diagnosi parodontale? Come fare diagnosi parodontale? Come la nuova diagnosi si inserisce nella nostra pratica clinica? In riferimento al lavoro di Caton et. al del 2018 (frutto del 2017 Word Workshop di Parodontologia tenutosi a Chicago). Lì è stata completamente cambiato il modo di fare diagnosi in parodontologia, che è cambiata. Avevamo appena cominciato questo lavoro, ma poi è scoppiata la pandemia e ora dobbiamo riprendere il discorso. Perché fare diagnosi di parodontite? Solo il 9% di italiani con parodontite sa di averla, questo dieci anni fa.

Il dato è simile a quello attuale. Un grande lavoro è servito per fare sì che 3 italiani su 4 sappiano cos'è la parodontite. Ma di questi, su 100 solo 9 sanno di averla loro. La parodontite, altro ri-

ferimento dato da Maurizio Tonetti, ha un costo, secondo l'Economist ("Periodontitis manifests across a spectrum of severity ranging from inflammation to disability"; The Economist, IU 2021) Gli Stati stanno sprecando alla rinfusa notevoli somme per arginare la sesta malattia cronica più diffusa al mondo. Prevenirli significa avere un ritorno di miliardi di euro l'anno.

Dobbiamo iniziare anche a parlare con i termini giusti: la salute orale deve essere riconosciuta come un diritto fondamentale umano. Non possiamo avere persone che rinunciano a sorridere o masticare bene. La perdita di denti crea una vera e propria disabilità. E quando parliamo di riabilitazione pensiamo che si tratta di un paziente che non ha un'abilità, dis-abile appunto, e noi dentisti dobbiamo riportarlo

all'abilità. La parodontite ha portato a cambiare lo stato di salute della bocca, ma è la mancata diagnosi a fare i danni maggiori.

La maggior parte dei pazienti che arrivano nel mio studio arrivano già in stadio avanzato (3 o 4), e hanno perso già alcuni denti a motivo della parodontite. L'ideale sarebbe che arrivassero pazienti allo stadio 1 o 2, o, meglio ancora, fare prevenzione evitando la parodontite. Ora però abbiamo gli strumenti per intercettare la malattia. L'impatto socioeconomico della parodontite non diagnostica è alto, ma spendiamo ancora pochissimo in prevenzione. E' solo il 9% di quello che viene speso per arginare e curare i danni della parodontite (impianti, protesi, ecc). Perché fare diagnosi parodontale, quindi? Per fare vivere più a lungo le persone. Si tratta, come odontoiatri, di intercettare, fare diagnosi, ridurre disabilità, migliorare la qualità di vita dei pazienti e migliorare la spesa pubblica.

Come fare diagnosi parodontale? Cosa è cambiato? Avevamo la classificazione ferma a due punti (quella del 1999): parodontite cronica o aggressiva. Una persona giovane che perdeva i denti aveva una parodontite aggressiva, una anziana ne aveva una cronica. La classificazione del 2017 ideata durante il Workshop a Chicago, cambia completamente il modo di diagnosticare. Da qui in poi noi sappiamo meglio di cosa stiamo parlando, classificando 4 stadi: parodontite iniziale, moderata, severa e severa malocclusione, anomalie causate dalla perdita di denti e necessità di riabilitazione protesica complessa.

Ma adesso vediamo più chiaramente anche dei fattori di rischio e parliamo, in base a questi, anche di grado. Quindi lo stadio individua lo stato delle cose nel momento in cui il paziente

si presenta dal dentista; questo, noi possiamo solo impedire che peggiori, ma non possiamo “riportarlo indietro”. Il grado invece, ossia la “cattiveria della patologia”, questo si può essere migliorato. Un paziente arriva spesso con un grado C, noi lo dobbiamo riportare a un grado A. Il grado riporta il livello di progressione e il rischio che corre quel paziente.

Si tratta di un cambiamento che va verso una nuova medicina, una medicina personalizzata e di precisione, come definita in ambito anglosassone precision medicine. Secondo questa moderna vision, ci si aiuta a gestire i pazienti orientando le risorse verso dove serve davvero, con interventi medici mirati a quella situazione. Un esempio è questo studio di Graetz et al. pubblicato sul Journal of Clinical Periodontology (2019). Gli Autori hanno preso tutti i pazienti classificabili come portatori di parodontite cronica - generalizzata/localizzata - e aggressiva secondo la vecchia classificazione (Armitage, 1999), ma, applicando la nuova classificazione, si vede in dettaglio che alcuni sono di stadio 1, altri sono 2, altri stadio 3 grado C, altri ancora sono stadio 4. Noi li classificavamo tutti allo stesso modo. Ora si specifica molto di più, si fa una diagnosi molto più precisa, con un controllo molto maggiore e quindi con maggiori possibilità di successo perché riusciamo ad applicare una terapia “su misura”.

In cosa consiste la nuova classificazione? Non è semplice, anche se lo sembra. Adottarla nella pratica clinica non è una cosa immediata. Richiede studio, e questo studio dobbiamo affrontarlo; anche perché i giovani professionisti la studiano già sui libri universitari. Nello stadio 1 e 2 il paziente non ha perso denti, nel 3 e 4 ha già perso 3 o 4 denti a motivo della parodontite. Le linee guida che ne stanno originando, avranno anche una ricaduta in campo medico legale. Il paziente andrà infatti informato, e se il paziente rifiuta un trattamento riabilitativo avrà firmato un documento consapevolmente dopo aver ricevuto una spiegazione della situazione. Noi siamo in dovere di dire al paziente il suo stato con la nuova classificazione.

Come si distinguono stadio 1 e 2? Si dà molta importanza alla perdita di attacco clinico. Il sito peggiore è quello che si prende da riferimento per classificare lo stadio. 5 millimetri di perdita di

attacco clinico nel sito maggiormente compromesso ci descrive un profilo di stadio 3, con perdita di denti e perdita di osso oltre il 33% della radice. Ma si comincia l'analisi del paziente sempre dalla perdita di attacco clinico. Poi ci sono altri fattori da prendere in considerazione: perdita di osso a livello radiografico (se limitato al terzo coronale della radice o al medio o all'apicale) e la perdita di denti. Ci sono poi dei fattori di rischio che aumentano la pericolosità della patologia e questi ci danno il Grado.

Le ultime linee guida esposte e commentate al congresso di Rimini (XX° Congresso SIdP, Ottobre 2021) sono limitate alle Parodontiti di Stadio 1-2-3. Ci dicono come andare e non fare cose che non servono. Alcune pratiche cliniche sono più o meno fortemente raccomandate; tutte seguono raccomandazioni classificate in A, B e C secondo grado di importanza decrescente. Le scale di valutazione variano molto in base alle percentuali di perdita di osso in rapporto all'età del paziente ed ai fattori di rischio, come fumo e diabete.

L'ideale è comunque intercettare i pazienti ai primi gradi comunque. Se tutti facessimo le visite di controllo, anche un esame semplice da 3-4 minuti come il PSR, potremmo dire al paziente che ha una situazione parodontale che va, almeno, tenuta sotto controllo. Stadio 1 e 2 sarebbero i momenti ideali da intercettare, ma negli studi dentistici arrivano quasi solo pazienti con stadio 3 o addirittura 4.

Come la classificazione può aiutare il nostro excursus clinico? Il paziente gira in un circolo: salute, gengivite, igienista dentale, e ritorno. Il problema è quando non diagnosticiamo la parodontite e si interrompe il circolo. Dobbiamo evitare questa situazione e intervenire inserendolo in uno stadio di trattamento 1, 2 o 3. Da qui noi dovremmo partire per cambiare le percentuali con cui ho esordito. Dovremmo passare da 90% a 0% di inconsapevoli. In modo che tutti coloro che hanno la parodontite ne siano consapevoli, in modo che decidano scientemente se curarsi o meno. Qui entra in gioco la nobiltà del ruolo dell'igienista, che non è solo sbiancare i denti, ma è una questione di salute. L'igienista dentale indirizza all'Odontoiatria il paziente, a cui viene poi comunicato il proprio stato di salute e spie-

gato cosa fare per migliorarlo. Sta poi al paziente decidere se farlo o meno, ma almeno è stato informato. Se preso a uno stadio preliminare, si può passare alla terapia non chirurgica con due obiettivi fondamentali: tenere delle tasche di sondaggio inferiore o uguale a 4 mm, annullare le tasche oltre i 5 mm oppure quelle di 4 mm con sanguinamento al sondaggio. Abbiamo ormai una vasta possibilità di gestione non-chirurgica della parodontite, ma la terapia chirurgica quando è indicata va eseguita necessariamente.

Nel quarto stadio il paziente deve sapere che, oltre ad avere bisogno di una riabilitazione complessa per ottenere risultati stabili e predicibili, avrà un piano di trattamento che punterà a limitare fortemente i suoi fattori di rischio. Il calcolo deve essere fatto dall'odontoiatra.

Questo che vi presento oggi è il caso di una signora di 65 anni che non vuole toccare i suoi denti, ma si rende conto che rischia di perderli tutti. Ci rendiamo conto che siamo allo stadio 4 grado C, con più del 70% di perdita di osso di sostegno degli elementi dentali. La paziente viene inviata allo step due, ossia terapia non chirurgica sub gengivale, e la rivalutazione mostra due cose: con il periochart si vede a occhio la profondità di sondaggio, mostrando gli indici di sanguinamento (BoP) e di placca (PI). Si riscontrano anche siti con tasche oltre i 5 mm (la paziente ne ha 14) e qui bisogna lavorare con la tecnica chirurgica. Serve anche uno splintaggio intracoronale, molto aggressivo ma estremamente affidabile. Dopo un anno dall'intervento, le tasche di 4 mm ci sono, ma non sanguinano più. Quelle oltre i 5 mm sono state addirittura annullate. La paziente ha capito il lavoro fatto e il denaro risparmiato se fa visite di controllo regolari ogni tre mesi. Viene inviata a terapia di mantenimento ogni tre mesi, che accettata di buon grado.

Ha senso mettere il paziente in mantenimento quando abbiamo gestito tutti i siti attivi e lui stesso ha davvero capito quali vantaggi ne trae. Dovremmo fare tutti lo screening parodontale con la compilazione del PSR in Prima Visita, applicare la classificazione parodontale in fase di diagnosi e condividere lo stesso linguaggio tra tutti noi colleghi, oltre a tenere sempre presenti le linee guida aggiornate di cui vi ho parlato.

# IL DIGITALE NELL'ODONTOIATRIA POST PANDEMIA DI COVID

a cura di **Eugenio Romeo**

PRESIDENTE CORSO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA - MILANO

[eugenio.romeo@unimi.it](mailto:eugenio.romeo@unimi.it)



**I**l titolo del mio intervento è volutamente provocatorio. Una pandemia è il rapido diffondersi di una malattia su scala globale e di conseguenza coinvolge gran parte della popolazione mondiale.

Tale situazione presuppone mancanza di immunizzazione dell'uomo nei confronti di un patogeno altamente pericoloso. Nella storia umana si sono verificate numerose pandemie. Io ancora non riesco a capire chi si pone in maniera antitetica nei confronti dei vaccini, non capisco come si faccia a non guardare i dati che ci dicono quanto i ricoverati di oggi siano oltre nel 90% dei casi tra i non vaccinati, come si faccia a non capire che il numero di morti in Italia è ormai intorno a 140mila persone ed è destinato a crescere anche per colpa dei non vaccinati. Tutti piangevamo oltre un anno e mezzo fa di fronte alle immagini dei camion dell'esercito che trasportavano i cadaveri del Covid a Bergamo, tutti soffrivamo per le strade deserte e mi spingo a dire che forse neanche la Seconda guerra mondiale ha provocato un trauma psicologico di questa portata in termini di impotenza di fronte a qualcosa che senti di non poter contrastare, contro cui non hai strumenti. Ecco, ora che lo strumento c'è, qualcuno non vuole usarlo.

Predomina la cautela, anche se con

crescenti segnali di normalità. Nei primi tre mesi del 2021 il reddito disponibile (tolte le tasse) è tornato quasi sui livelli pre-Covid (-1,1%) grazie al sostegno pubblico. (Dati NOMISMA)

Non altrettanto può dirsi per i costi che si sono assestati 11 p.p. al di sotto di quelli di fine 2019 con una perdita di quasi 29 miliardi di euro di spesa delle famiglie.

Il tasso di risparmio torna a salire da fine 2020 toccando il secondo valore più alto dal inizio 2010 (17,1%). In un momento di incertezza le famiglie hanno preferito "non muoversi" da un punto di vista economico.

A giugno, per la prima volta nel 2021 le vendite al dettaglio hanno registrato una crescita (+0,7 p.p.) con il contributo di entrambe le componenti, alimentare (+1,2%) e non alimentare (+0,3 p.p.).

Il comparto non alimentare è tornato sui livelli del 2015 (dopo aver perso la metà del valore venduto dopo il primo lockdown) ma è rimasto 2 p.p. inferiore al periodo pre-Covid.

Le "frenate" di febbraio e maggio non hanno condizionato il trend delle vendite alimentari: +4,7 p.p. rispetto al pre-Covid, +8,4 p.p. rispetto al 2015.

I consumi sono tornati a crescere e, come per il PIL (anche se in misura minore), si va verso lo scenario BEST (+4 p.p. nel 2021). Nel 2021 il PIL appare trainato da altre componenti (domanda estera e investimenti).

Le spese sanitarie sembrano destinate a crescere nel 2021 (+3,1 p.p.), ma in misura meno consistente dei consumi complessivi (+4,0 p.p.), con gli italiani più propensi a spendere per beni "non obbligati" (bar, ristoranti, viaggi, auto/mobilità).

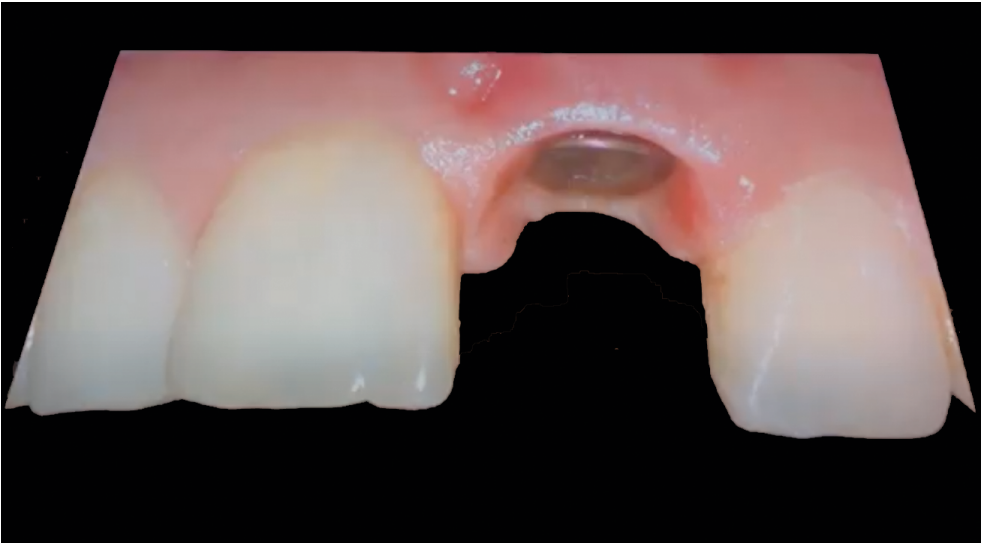
Gli effetti della congiuntura e delle politiche pubbliche (tra cui il PNRR) si dovrebbero riflettere in maniera più marcata sui consumi del 2022.

Non voglio entrare nel merito della riduzione del fatturato nelle casse degli odontoiatri perché mi mancano i dati scientifici ma che ci sia stato un calo forte della produzione in questo settore è innegabile. E che questo calo sia stato particolarmente sentito nel Sud Italia è altrettanto fuori discussione, anche se percentualmente è stato più alto al Nord rispetto al Sud perché c'è ovviamente una netta differenza nel volume di affari tra i due comparti odontoiatrici.

Qual è l'atteggiamento dell'odontoiatra in questa fase che potremmo quasi definire post-pandemica?

È quello di non starsene tanto nello status quo, non tanto quella di dire





“bene, sono qui, ho il mio orticello e cerco di mantenermelo” ma piuttosto di sviluppare nuove strategie. E quali sono? In base alle informazioni di cui siamo a disposizione sulla base di dati e sondaggi effettuati dall'Andi, a dispetto di quella che spesso viene dipinta come una situazione da Terzo Mondo, in Italia sembrano esserci solide basi per servizi potenzialmente di qualità. A partire, banalmente, dalle strumentazioni di cui sono dotati gli studi. Io per esempio non avrei mai detto che il 75% degli studi odontoiatrici abbia una radiografia di tipo digitale. E ancora, mi sono stupito del fatto che il 90% abbia il micromotore per l'endodonzia. Sono rimasto colpito dal fatto che il 21% abbia già il sistema TAC e il 22% utilizzi l'impronta ottica. Possiamo discutere per ore sulla validità statistica di questi dati perché i 2mila odontoiatri che hanno risposto dimostrano un'attenzione a mettersi in gioco, a dare segnali, che tutti gli altri evidentemente ignorano forse per gli stessi motivi. Tra quelli

evidentemente interessati a questi temi è interessante notare una crescita del 5% rispetto all'anno precedente in chi ritiene utile doversi dotare di impronta ottica. Impronta ottica che, va detto, non è semplice da utilizzare.

Il workflow digitale che ispira il mio intervento è un workflow che devasta completamente l'architettura del protocollo terapeutico tradizionale. L'impronta ottica, in questo senso, rappresenta una sorta di primo passaggio anche se poi nella realtà dei fatti, oggi, molti di noi utilizzano già in parte il workflow digitale, magari non all'inizio per ciò che concerne le impronte, ma da un certo momento in poi il workflow digitale già c'è. E i laboratori odontotecnici hanno già iniziato a supportare e a doversi dotare di strumentazioni ad alta tecnologia e innovazione.

La domanda è: serve il workflow digitale? A che cosa serve? Quando serve? Serve sempre? Serve alcune volte?

Questo (Foto 1) è un vecchio caso in cui l'impianto era stato posizionato in maniera terrificante. Non vi nascondo che agli inizi della mia attività implantare qualche stupidaggine di questo genere l'ho commessa anche io. Ma cos'è cambiato da questa situazione a quella di oggi? (Foto 2)

È cambiato perché c'è stato il flusso digitale? No, il flusso digitale c'è stato dopo.

Prima c'è stata l'esperienza, c'è stato lo studio dell'implementazione atto chirurgico/atto protesico, c'è stata l'implementazione delle conoscenze sui fattori di rischio della protesi cementata versus la protesi avvitata, c'è stato il fatto che è senz'altro meglio se quel cono transmucoso nelle zone anteriori io odontoiatra ogni 6 mesi lo detergo, lo pulisco perché il paziente non è in grado di farlo. Anche su questo in realtà si potrebbe discutere una giornata in merito alla necessità di distaccare l'attacco connettivale dalla corona protesica definitiva che potrebbe invece determinare una perdita di supporto e una migrazione apicale.

Questi (Foto 3) sono i risultati di oggi. Siamo passati a impianti che gestiscono in modo differente innanzitutto i tessuti, con i provvisori, per andare a modificare i volumi, per spingere, per imitare quello che è l'effetto naturale. Questo (Foto 4) è quello che io temo, perché questo è quello che l'iconografia di oggi ci fa vedere: impianto posizionato 3 mm apicalmente al margine smalto-cemento; spessore dei tessuti che non si conosce; solco di, question point; detergibilità di, question point; prognosi a lungo termine di, question point. Perché poi, nella realtà dei fatti, i criteri di successo degli impianti che hanno cambiato drasticamente rispetto ai vecchi flat to flat hanno dato un'indicazione, hanno dato un'allargamento dell'ampiezza biologica in senso orizzontale in modo che questa rimanga stabile. Ma allora perché intorno ai bone level c'è riassorbimento? Nella realtà è così, e da che cosa deriva? Dal fatto che vengano tolti e messi i provvisori fino al definitivo? Dal fatto che venga tolto il definitivo per fare l'igiene e la disinfezione dell'interno dell'impianto? Non certo dal passaggio di batteri attraverso la connessione conica, perché la connessione conica a 5 o 6 gradi difficilmente consente l'intimità di questa connessione e difficilmente consente il passaggio di batteri.

LEADING REGENERATION

Geistlich  
Biomaterials

# Puoi ottenere un risultato clinico ottimale e un paziente soddisfatto?

## Exactly.

Le matrici in collagene Geistlich Mucograft® e Geistlich Fibro-Gide® offrono un'evoluzione nella cura del paziente: quando possibile il nuovo approccio **“Salviamo il palato”** nelle procedure di rigenerazione dei tessuti molli può avere un impatto positivo sulla soddisfazione del paziente, con tempi di trattamento più rapidi e minor morbidità rispetto al prelievo di innesti autologhi.

salviamo  
il palato

Non tutti i biomateriali sono uguali, scegli l'originale.

*“Salviamo il palato”*

## Le nostre soluzioni per i tessuti molli

Geistlich Mucograft®  
Geistlich Mucograft® Seal  
Geistlich Fibro-Gide®

 swiss made



Approfondimenti e casi clinici su  
[www.geistlich.it](http://www.geistlich.it)

Guardiamo ora invece a una situazione (Foto 5) in cui non sembra potersi volere di più: cresta larga, cresta piatta, una zona in cui possiamo tranquillamente posizionare l'impianto. Ma a noi non serve un diametro così grande perché così sopporti meglio il carico funzionale: un diametro 4/4,1 in zona posteriore lo sopporta perfettamente, a maggior ragione se non è un ultimo elemento. Metto un diametro diverso perché ho una piattaforma diversa, perché voglio la piattaforma che poi arrivi a chiudere gli spazi interprossimale.

A fronte di tutto quanto vi ho detto il workflow digitale non cambia nulla rispetto al workflow tradizionale. Come facevamo inizialmente l'anamnesi generale, i modelli di studio, lo studio protesico, lo studio estetico, la ceratura, la tomografia, la pianificazione degli impianti, così lo facciamo adesso con il digitale.

Digitale perché? Quali sono pro e contro? Digital Technology in fixed prosthodontics di Tim Joda è un lavoro del 2017 in cui, insieme con un gruppo di grandi esperti, diceva sostanzialmente: "non è una questione di 'se' ma di 'quando' passare al digitale in implantologia. Questo trend cambierà l'intera professione dentale. Va detto che servono ulteriori conferme scientifiche per capire l'impatto di questa promettente tecnologia per modificare protocolli tradizionali ben radicati. Va tenuto conto conto che i benefici nel passaggio dall'analogico al digitale si ha con la riduzione dei costi, con l'aumento del rapporto tempo-efficienza, ma soprattutto con la "percezione" da parte dei pazienti. Quando il paziente vede sul monitor la propria arcata dentaria che si costruisce, si definisce, va in occlusione diventa "matto". È marketing, anche, lo capisco, ma l'impronta ottica ha un costo elevato giustificato dai tanti benefici che porta. La nostra è una professione in continuo aggiornamento, non solo di conoscenze e tecniche ma anche di strumenti tecnologici. Poter mostrare ai pazienti come finiranno i trattamenti a cui vengono sottoposti non è un dettaglio perché in qualche modo si sente più coinvolto di fronte a un risultato realistico che a uno in gesso. Guardate la differenza nel poter mostrare a un paziente la differenza tra il sorriso che ha e quello che potrebbe avere (Foto 6/Foto 7).



# CONTROLLO DI GESTIONE COME BRANCA DELL'ODONTOIATRIA DEL FUTURO

a cura di **Gabriele Vassura**

ODONTOIATRA

[gabriele@vassura.it](mailto:gabriele@vassura.it)



**O**tturazione semplice 70 euro.  
Impianto dentale con corona in zirconia ceramica 95 euro al mese per 12 mesi. Igiene dentale e visita odontoiatrica. Sono alcune delle tariffe che si leggono sui tariffari acchiappaclienti di catene o studi evidentemente poco seri. La domanda provocatoria da cui voglio partire è: sul piano puramente economico, con tariffe come queste, cosa accade in quello studio. E cosa accadrebbe nel nostro? Per rispondere dobbiamo partire dal concetto di Controllo di Gestione, un processo volto a guidare lo Studio verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione operativa, rilevando, attraverso la misurazione di appositi indicatori, lo scostamento tra obiettivi pianificati e risultati conseguiti e informando di tali scostamenti il titolare, affinché possa decidere e attuare le opportune azioni correttive. Il Controllo di Gestione è nelle vostre mani (NDR platea ASO), o meglio dovrebbe esserlo se il titolare dello studio ve ne avesse parlato prima. Purtroppo molti odontoiatri pensano ancora che basti essere bravi a fare le otturazioni; ma se con i soldi che ricavi da quelle otturazioni non copri i costi non sei poi così bravo come pensavi di essere. Quali sono gli strumenti del Controllo di Gestione? Formazione e Mind Setting, Software gestionale, Reporting, NTT (Nomenclatore Tariffario e Tempario). Cos'è l'NTT? È il pannello dei numeri che ci consentono di estrapolare dei report. Tecnicamente è un contenitore dove sono riportate le voci principali numeriche di ogni singola prestazione: Costi (Variabili, Fissi) Ricavi (Tariffe, Sconti, Gratuità, Dila- zioni, Insoluti) Margine di Contribuzione (1° e 2° livello) Guadagno o EBIT (assoluto, orario e percentuale)

Voi sapete qual è il margine di guadagno di una prestazione nel vostro studio? Il titolare dello studio



lo sa? E quando lo chiedo intendo il numero preciso, non il classico "più o meno" che in quanto tale è già inficiato di troppe variabili.

Ognuno di voi dovrebbe avere un NTT o Pannello di controllo con l'elenco di tutte le prestazioni effettuate dallo studio e per ognuna di esse servirebbe indicare la branca a cui appartengono, quanto è il tempo che si impiega mediamente per quella prestazione (non un tempo standard), costi fissi, materiali, laboratorio, operatore, variabili, totali costi, tariffe, MdC1, EBIT. Solo in questo modo, cioè unendo l'analisi dei dati aggregati a quella dei dati disaggregati, posso sapere quali saranno i miei ricavi effettivi al netto di tutto. Dai dati disaggregati, infatti, è possibile estrapolare anche quello che indica quanto "rimane" allo studio per potersi ingrandire, rinnovare, aggiungere personale, migliorare i materiali ecc.

Ipotizziamo un incremento del tempo della prestazione del 50% rispetto a quanto prefigurato: ci vuole un attimo, basti immaginare al ritardo del paziente che non trova parcheggio o a un errore nel

fissare l'appuntamento che crea sovrapposizione con un altro paziente o alla mancanza della protesi o dell'apparecchio il cui arrivo vi era stato garantito per una certa ora e invece non è arrivato. Non vi interessa? Sbagliate. Quel 50% è un moltiplicatore di costi. Se introduciamo l'elemento dell'incremento del tempo di esecuzione nella nostra tabella ci rendiamo conto immediatamente di quanto i nostri margini di guadagno diminuiscano. Senza contare i ritardi dovuti alle difficoltà tecniche: alcuni interventi possono richiedere più tempo di quello previsto. Nel protocollo che ho creato per il mio studio se aggiungiamo un incremento del tempo irrisorio del 50% in uno solo degli interventi della giornata, a cascata inevitabilmente andrò incontro a minori ricavi se non addirittura a delle perdite. Dipende dall'entità del ritardo e su quale fase, momento, intervento va a incidere. Dall'analisi che ho fatto per il mio studio le prime prestazioni ad andare in sofferenza sono ablazione del tartaro, rx endorale apicale e prima visita. È dunque fondamentale quando

gestite l'agenda del vostro studio a stare attenti a valutare bene il fattore tempo. Anche per questo serve essere formati e aggiornati: lo devono essere tutte le componenti dello studio. Penso, ad esempio, al collega che per alcuni tipi di intervento ci mette regolarmente mezz'ora più della media degli altri. Evidentemente c'è del margine per migliorare.

Quali sono i processi coinvolti nella gestione del tempo? Workflow clinici: la procedura che avete messo in piedi non è compatibile con il tempo avevate stimato di impiegare; gestione agende; formazione; sicurezza; gestione del personale.

Detto del fattore tempo, proviamo a ipotizzare un incremento dei costi fissi. Si fa prestissimo: basta cambiare le poltrone e già tutte le stime di cui non si era tenuto conto sono da buttare. Per non parlare di assicurazioni, personale, attrezzature, consulenti fissi come il commercialista, l'immobile. Un aumento del 50% è considerato "normale" nell'economia di uno studio che si mantiene. Quali sono i processi



***Bone System.  
La bellezza  
ha forti radici.***

*Non è solo una metafora, gli impianti sono radici e per durare nel tempo la bellezza ha bisogno di radici sane e forti. Bone System è l'**UNICA** connessione al **Mondo** completamente impermeabile ai batteri, responsabili di patologie sistemiche, di insuccessi biologici, meccanici ed alitosi nei pazienti.*

**BONE<sup>®</sup>**  
**SYSTEM**  
[www.bonesystem.it](http://www.bonesystem.it)



coinvolti? Investimenti e gestione del debito, gestione immobiliare, gestione apparecchiature, marketing e comunicazione, gestione del rischio, outsourcing servizi.

Passiamo ora all'ambito dei costi variabili ipotizzando un incremento del 20% dei costi relativi a materiali e laboratorio. Anche qui stiamo parlando di una "sciocchezza" che però incide eccome. La scelta di un prodotto che soddisfi tutte le esigenze di qualità e sia in linea con i costi non è uno scherzo. I costi variabili per la sanificazione sono cresciuti così tanti che anche lo Stato ha dovuto dare un contributo. Quali sono i processi coinvolti che interessano gli Aso? Gestione dei fornitori e approvvigionamento; gestione magazzino e scorte, gestione della qualità, gestione documentale, processi clinici e digitalizzazione.

Anche tutto il tema di quanto normalmente si porta a casa il titolare dello studio è soggetto inevitabilmente a tante variabili. Va deciso e rispettato. La cassa dello studio non è un bancomat. Facendo così il titolare dello studio infatti è convinto di spostare il debito su qualcos'altro o qualcun altro. Si sbaglia. Quel debito gli torna indietro con gli interessi come un boomerang. E allora iniziano i guai. Lo stesso ovviamente vale per qualsiasi altra figura professionale a cui vengono dati più soldi di quanti effettivamente ce ne siano a disposizione. Processi coinvolti: gestione dei contratti, politiche retributive e di incentivazione, gestione della qualità.

Infine c'è tutto il tema degli sconti che spesso vanno a incidere anche loro inconsapevolmente sulla singola prestazione. In questo caso

i processi coinvolti sono: Pricing, benchmarking, branding, gestione contabile del paziente, politiche di sconto, convenzioni.

Tutto questo per spiegare come, fase dopo fase, dal ritardo allo sconto, tutto incide sul ricavo dell'odontoiatra. E non stupisca dunque di quanti studi vanno in crisi.

Per non parlare delle gratuità e di quelle che sempre più spesso vengono chiamate "visite senza impegno". O ancora nuovi interventi da fare perché qualcosa va storto, o ci sono complicazioni. Processi coinvolti: Gestione dei conflitti, gestione delle non conformità.

È fisiologico un 20% di insoluti: nel mio studio per esempio, da qualche tempo la prestazione non viene effettuata se prima non è stata pagata.

# CHI PAGA IL TEMPO PER INDOSSARE O PER DISMETTERE I CAMICI DI LAVORO?

a cura di **Fulvia Magenga**  
SEGRETARIO GENERALE SIASO  
[segreteria@siaso.it](mailto:segreteria@siaso.it)



**I**l tempo per indossare la divisa (o nel nostro caso, il camice) va pagato? La risposta è stata fornita dalla Cassazione con una recente sentenza.

Questa la decisione del giudice:

Roma - Corte di Cassazione, sez. Lavoro, sentenza 14 novembre 2017 – 28 marzo 2018, n. 7738 Presidente Balestrieri – Relatore Pagetta  
Fatti di causa

“La Corte di appello di Roma, in riforma della sentenza di primo grado, ha dichiarato che il tempo utilizzato per indossare e dismettere la divisa dalle originarie ricorrenti, dipendenti addette al servizio mensa gestito dalla Sodexo Italia s.p.a. presso vari enti, rientrava nel normale orario di lavoro ed andava pertanto remunerato con le maggiorazioni di legge; ha condannato la società al pagamento, a titolo di differenze retributive, nei li-

miti della prescrizione, delle somme indicate in dispositivo in favore di ciascuna, oltre alle spese di lite del doppio grado”.

Il tempo che si passa in studio è solitamente destinato al lavoro e deve essere pagato dall'inizio alla fine. Se però sono previste attività preliminari allo svolgimento delle mansioni giornaliere, come nel nostro caso indossare il camice e gli zoccoli, oltre alla mascherina e la cuffia, queste rientrano nel normale orario lavorativo.

Quindi, se dobbiamo timbrare il cartellino, questo deve essere timbrato prima del cambio abiti e non dopo. Dette attività infatti rientrano nelle energie e nel tempo che il dipendente mette a disposizione del datore e che, come tale, va retribuito.

La giurisprudenza ha dato un nome

specifico al tempo necessario a indossare la divisa: «tempo tuta» e su di esso si è ormai formato un indirizzo interpretativo univoco. Ecco cosa dice la giurisprudenza in merito.

Secondo la Cassazione, per valutare se il tempo necessario ad indossare la divisa aziendale debba essere retribuito o meno, occorre fare riferimento alla disciplina contrattuale specifica. In particolare, se al lavoratore viene data la possibilità di scegliere dove e come cambiarsi (anche a casa propria, prima di recarsi al lavoro) la relativa attività fa parte degli atti di diligenza preparatoria allo svolgimento della prestazione lavorativa e, in quanto tale, non deve essere retribuita; diversamente, se tale operazione è diretta dal datore di lavoro che ne determina il luogo e il tempo di esecuzione, rientra nell'ambito del lavoro effettivo e, quindi, va retribuita.





I lavoratori degli studi odontoiatrici non possono indossare il camice a casa prima di recarsi presso lo studio dentistico proprio perché il camice deve essere pulito ed indossato solo appena prima di entrare in area operativa.

La legge di riferimento è il Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. n. 81/2008). Il testo integrale è reperibile sul sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Leggiamo cosa riporta l' ALLEGATO IV – Requisiti dei luoghi di lavoro

#### 1. AMBIENTI DI LAVORO[...]

##### 1.12. Spogliatoi e armadi per il vestitorio

1.12.1. Locali appositamente destinati a spogliatoi devono essere messi a disposizione dei lavoratori quando questi devono indossare indumenti di lavoro specifici e quando per ragioni di salute o di decenza non si può loro chiedere di cambiarsi in altri locali.

1.12.2. Gli spogliatoi devono essere

distinti fra i due sessi e convenientemente arredati. Nelle aziende che occupano fino a cinque dipendenti lo spogliatoio può essere unico per entrambi i sessi; in tal caso i locali a ciò adibiti sono utilizzati dal personale dei due sessi, secondo opportuni turni prestabiliti e concordati nell'ambito dell'orario di lavoro.

1.12.3. I locali destinati a spogliatoio devono avere una capacità sufficiente, essere possibilmente vicini ai locali di lavoro aerati, illuminati, ben difesi dalle intemperie, riscaldati durante la stagione fredda e muniti di sedili.

1.12.4. Gli spogliatoi devono essere dotati di attrezzature che consentono a ciascun lavoratore di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro.

1.12.5. Qualora i lavoratori svolgano attività insudicianti, polverose, con sviluppo di fumi o vapori contenenti in sospensione sostanze untuose od incrostanti, nonché in quelle dove si usano sostanze venefiche, corrosive od infettanti o comunque pericolose, gli armadi per gli indumenti da lavoro devono essere separati da quelli per gli indumenti privati.

1.12.6. Qualora non si applichi il punto 1.12.1., ciascun lavoratore deve poter disporre delle attrezzature di cui al punto 1.12.4. per poter riporre i propri indumenti.

Si tratta quindi di vestirsi negli spogliatoi a ciò preposti, dovendo al contrario evitare la contaminazione degli indumenti di lavoro.



# RS DI SPAIRANI

## OTTICHE & ILLUMINAZIONE

SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA

VIA SAVONA, 41

20144 MILANO

www.rsmilano.it

02 474369

sede@rsmilano.it

# LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DELL'ODONTOIATRA

*Una breve guida intuitiva e di facile comprensione per la scelta della polizza obbligatoria di RC per le attività dello studio mettendo in risalto a che cosa serve e alcuni punti salienti da tenere in considerazione*

a cura di **Simone Bertoli**  
B&B ASSICURAZIONI  
AGENTE PLURIMANDATARIO  
[simone.bertoli@bebassicurazioni.it](mailto:simone.bertoli@bebassicurazioni.it)



**R**iporterò delle formulazioni che è molto comune ritrovare nei testi di polizza, ma non mi voglio soffermare sui significati delle terminologie e loro sfaccettature, che richiederebbero lunghissimi trattati giurisprudenziali, ma vorrei fornire solo alcuni spunti ed elementi da tenere in considerazione in fasi di stipula di una nuova polizza o di verifica della attuale copertura assicurativa.

## È OBBLIGATORIA?

La legge 148/2011 ha reso obbligatoria la stipula di una polizza di Responsabilità Civile Professionale per tutti gli iscritti ad un albo professionale, pertanto oggi anche la categoria dei Dentisti e degli Odontoiatri è tenuta a sottoscrivere un'Assicurazione di

Responsabilità Civile Professionale, in quanto sono obbligati a sottoscrivere questa copertura:

Dipendenti di strutture pubbliche o private;  
Liberi Professionisti;  
Convenzionati con il SSN;  
Medici Specializzandi;  
Medici in Formazione e Abilitati.

A ben vedere, è comunque il codice civile che obbliga in linea generale il ristoro per un danno provocato ingiustamente ad un terzo, pertanto è sempre buona norma, al di là di uno specifico obbligo di legge, pensare ad una copertura assicurativa quando si svolge qualunque tipo di attività che coinvolga un rapporto con terzi, a

maggior ragione se ha a che fare con diritti fondamentali come quello della salute.

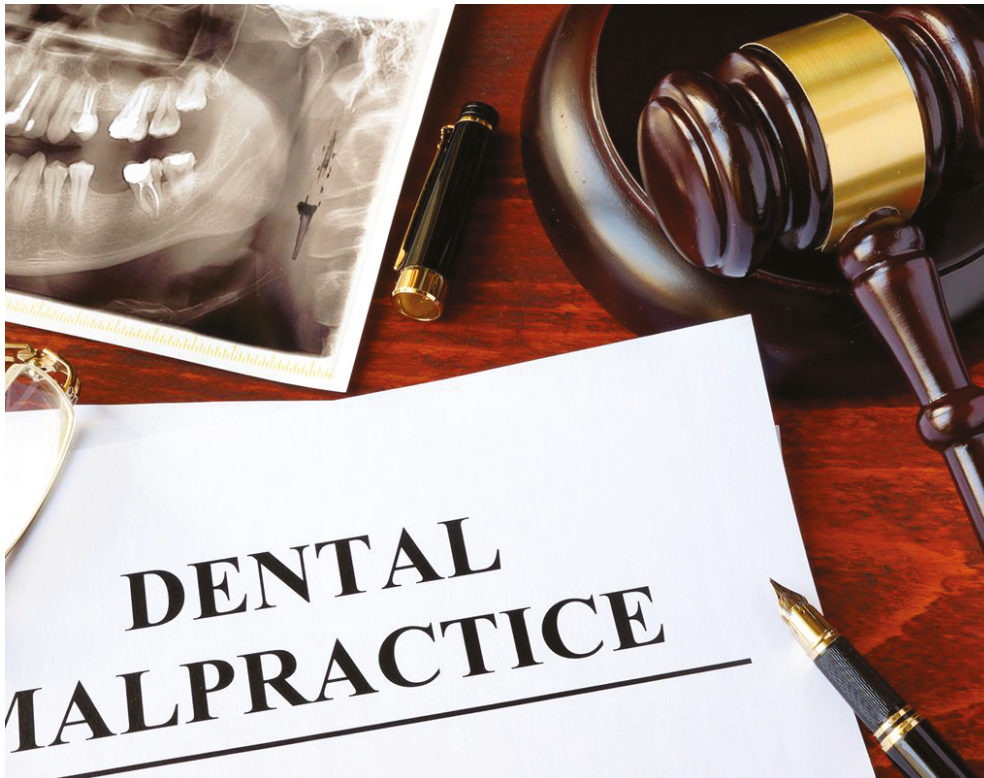
## A COSA SERVE?

La polizza di responsabilità civile medica è una polizza rivolta a tutelare il patrimonio, del Medico Assicurato e pertanto la compagnia assicuratrice tiene indenne il medico assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza, di quanto sia tenuto a pagare in qualità di soggetto civilmente responsabile in conseguenza di danni derivanti da lesioni personali, morte e danni materiali anche a cose, causati a terzi nello svolgimento della attività professionale

È interessante capire cosa si intende con la generica parola "DANNO" Infatti la prima cosa che ci viene da pensare e che conosciamo più comunemente è il .cd. danno biologico, ovvero il danno alla persona che si è tenuti a risarcire quale lesione del diritto alla salute, costituzionalmente garantito (il famoso "colpo di frusta" in caso di tamponamento).

Questo tipo di danno rientra nella più vasta categoria dei danni NON PATRIMONIALI, ovvero tutti quei danni relativi alla sfera personale che non sono suscettibili di valutazione economica. Rientra certamente in questo ambito il sopracitato danno biologico e che normalmente viene quantificato facendo riferimento a delle tabelle predisposte dai tribunali che abbinano un valore in denaro ad un singolo "punto" di invalidità a seconda dell'età del danneggiato. Accanto a questo esiste anche il danno morale che va a risarcire la "sofferenza" patita dal soggetto danneggiato. Entrambe queste voci poi possono essere valutate in fase di giudizio e aumentate a seconda della gravità del singolo caso, eventualmente coinvolgendo anche soggetti terzi (es i parenti del danneggiato in caso di decesso).

Altra tipologia di danno risarcibile nei



termini di polizza è il DANNO PATRIMONIALE che è il pregiudizio economico che riguarda la sfera patrimoniale del soggetto, comprendendo quindi sia la perdita subita a seguito dell'evento dannoso (es. spese mediche da sostenere per rimediare al fatto danno subito, che i mancati guadagni, ricomprendendo anche l'eventuale danno da incapacità lavorativa come la diminuita capacità di produrre reddito o carriera).

Possiamo quindi capire che la valutazione del singolo danno non è per nulla semplice ed è difficile avere una idea degli importi che possono essere liquidati in caso di sinistro, a maggior ragione se si tratta di un sinistro che ha comportato gravi lesioni al paziente. In tal senso è necessario prestare particolare attenzione al massimale di polizza, che di fatto consiste nella somma massima che la compagnia assicuratrice sarà tenuta a pagare ai danneggiati. È quindi importante prestare attenzione al fatto che in polizza sia indicato il .cd. massimale aggregato, ovvero che si riferisca alla copertura di tutti i sinistri avvenuti durante il periodo di copertura assicurativa, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate. Infatti, può capitare che, soprattutto nelle polizze più datate sia ancora presente la divisione tra massimale annuo e un sottolimito per singolo sinistro e/o persona danneggiata.

#### EFFICACIA DELLA POLIZZA

Normalmente la copertura delle polizze di responsabilità civile professionale opera con il regime identificato dall'inglesismo CLAIMS MADE. Questo è una formula di operatività dell'assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole richieste di risarcimento ricevute dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di assicurazione, anche se riferite a fatti od atti pregressi, purché accaduti successivamente alla data di retroattività indicata della scheda di polizza.

Quindi, quando si attiva la garanzia assicurativa e come funziona la clausola claims made?

La polizza si attiva nel momento della comunicazione dell'assicurato all'assicuratore della richiesta di risarcimento da parte del terzo danneggiato, pertanto le relative garanzie assicurative opereranno anche diverso tempo dopo che il medico abbia commesso l'errore, purché:

L'errore non fosse noto al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo

Il contratto abbia retroattività più estesa del periodo di polizza

Proviamo ad illustrarlo per rendere più chiaro il concetto.

Anche qua mi preme sottolineare due aspetti rilevanti ai fini di una ottimale copertura

#### FATTI NOTI

Si intendono tutti quei fatti, circostanze e situazioni in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'assicurato, che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) richieste di risarcimento da parte di terzi in conseguenza dell'attività professionale esercitata.

Quanto sopra enunciato significa che l'assicuratore NON prende in carico gli eventi e circostanze pregressi tanto che in fase di sottoscrizione della polizza richiede espressamente la compilazione di un questionario assuntivo in cui devono essere indicati eventuali sinistri accaduti (a prescindere che siano stati liquidati o meno) o anche solo situazioni critiche (c.d. circostanze) che potrebbero evolversi in un sinistro. Il questionario è un documento importante tanto che costituisce allegato di polizza e deve essere compilato in maniera veritiera e in buona fede, in quanto a norma del codice civile art 1892 l'assicurato deve fornire all'assicuratore tutte le informazioni sullo stato del rischio perché quest'ultimo possa valutarlo nella sua completezza. L'eventuale dichiarazione inesatta (o omessa del tutto) può portare anche all'annullamento della polizza, in quanto l'assicuratore, se fosse stato a conoscenza delle circostanze pregresse, avrebbe assunto il rischio a condizioni differenti (es. inserendo un franchigia o aumentando il premio) oppure non lo avrebbe assunto del tutto.

#### RETROATTIVITA'/ULTRATTIVITA'

La data di retroattività è come abbiamo visto sostanzialmente il momento dal quale vengono ricompresi in garanzia le attività svolte dal medico, che può essere anteriore anche di molti anni rispetto alla data effettiva di decorrenza della polizza.

È molto importante a questo punto verificare la durata della retroattività indicata in polizza che (con la legge Gelli n. 24/2017 viene indicata in 10 anni), in modo da andare a ricomprendere tutti quegli eventi, non conosciuti e anche remoti, che possono poi dare adito ad una richiesta danni.

Diverse compagnie danno facoltà all'assicurato di ridurre questo periodo (anche eliminando del tutto la retroattività) a fronte di uno sconto sul premio, occorre valutare bene l'adesione ad una riduzione del periodo di retroattività.

La stessa Legge introduce anche la ultrattività decennale, che normalmen-



# FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

Il sistema sbiancante professionale,  
un'opportunità in più per il tuo studio



*Il segreto*



di uno splendido sorriso





te veniva concessa dalle compagnie unicamente in caso di cessazione dell'attività, anche in caso di semplice cessazione della polizza (es. cambio di compagnia). È importante tenere presente che la concessione di questa ultrattività da parte della compagnia assicuratrice è una facoltà (e non un obbligo), quindi può anche non essere concessa in caso di polizza plurisinstrata proprio perché la compagnia non vuole essere esposta per altri 10 anni dalla cessazione della copertura assicurativa.

#### ESCLUSIONI/ESTENSIONI

Una peculiarità delle polizze di responsabilità civile è quella di non fare un elenco dettagliato di tutte le attività che vengono ricomprese in polizza in quanto vi è un generico rimando ad una copertura ai "danni" cagionati a terzi. Ciononostante, normalmente

nei testi di polizza vengono comunque esplicitate una serie di estensioni di garanzia andando a ricomprendere un elenco di attività magari non afferenti in modo specifico alla attività assicurata, ma che nella pratica vengono comunque svolte (es. utilizzo di apparecchiature diagnostiche, pronto soccorso in caso di emergenza). Parimenti, sempre per definire il perimetro della copertura assicurativa, è importante leggere attentamente le esclusioni di polizza, in cui la compagnia esplicita chiaramente cosa non è ricompreso. La esclusione principale presente in tutte le polizze di responsabilità civile professionale è il rimborso ai clienti di quanto da essi corrisposto all'assicurato a titolo di compenso professionale; quindi nelle voci di danno poco sopra menzionate non vi può rientrare la restituzione dei compensi che saranno sempre

in carico all'assicurato.

Altre esclusioni cui prestare attenzione che possono essere presenti in polizza sono tipicamente i danni da responsabilità verso i dipendenti o da conduzione dello studio, che però possono essere prestate o con estensione a pagamento o con polizza a parte.

In sintesi, ho cercato di fare emergere in maniera sintetica e il più semplice possibile alcuni spunti di questo argomento spinoso, pertanto vado a riassumere gli aspetti principali cui prestare attenzione in fase di stipula e/o rinnovo della polizza assicurativa

1- Massimale: è importante che sia congruo è capiente. Dobbiamo sempre porci la domanda su quale possa essere il massimo danno che possiamo provocare a terzi nella nostra attività e quindi trasferirlo ad una compagnia di assicurazione, perché un danno ingente sarebbe economicamente insostenibile.

2- Retroattività/fatti noti: è importante valutare attentamente il cambio di compagnia assicuratrice perché in questo caso non verrebbero ricompresi tutti i fatti già noti e di fatto ci si troverebbe ad essere sprovvisti di una copertura assicurativa. In caso di dubbio se un eventuale evento possa portare ad una richiesta danni è da valutare con attenzione il cambio di compagnia

3- Estensioni/esclusioni: è importante capire quali sono i perimetri della polizza in modo da esserne consapevoli. *della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle regioni – Seconda prospettiva in materia di aria pulita – Bruxelles 8.1.2021.*

# Nicola Del Buono

## Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

**kuraray**

*Noritake*

# LA SEMPLIFICAZIONE INTELLIGENTE

# UNIVERSAL



## CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Linea Universal

La Tecnologia di Diffusione della Luce (LDT) di Kuraray Noritake Dental, applicata ai filler del composito CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal, permette di raggiungere l'integrazione estetica con un solo colore, sia per i restauri posteriori sia per quelli anteriori.



Colore per i restauri posteriori



Opzioni di colore per i restauri anteriori



Nessuna massa per bloccare la luce

La tecnologia dei filler ad elevato indice di diffusione della luce permette l'integrazione ottica con i tessuti naturali circostanti, agendo sul controllo di traslucenza e opacità.

Crea bellissimi restauri con pochi colori e una procedura semplificata grazie alla nostra tecnologia avanzata.

BORN IN JAPAN

Kuraray Europe Italia S.r.l.

Tel: 02 6347 1228 E-mail: dental-italia@kuraray.com Sito internet: [www.kuraraynoritake.eu/it](http://www.kuraraynoritake.eu/it)  [facebook.com/KurarayNoritakeInLab](https://facebook.com/KurarayNoritakeInLab) [facebook.com/KurarayNoritakeInClinic](https://facebook.com/KurarayNoritakeInClinic)

## Andando per ristoranti

# SPECIALE TARTUFO BIANCO DI ALBA

a cura di Giulio Leghissa

**C**onoscete slow food? E' una garanzia di serietà, attenzione, ricerca, correttezza.

Ci sono due presidi slow food nelle langhe: uno a Bra, (l'osteria del Boccondivino), uno ad Alba, (l'osteria dell'Arco).

Non si possono fare paragoni perché, nella loro similitudine, sono due cose diverse.

Bra: piccola cittadina in provincia di Cuneo. Delizioso angolo di Piemonte, sede della Università del gusto (nella frazione di Pollenzo), ospita l'osteria del Boccondivino in Via Mendicità, 14, telefono 0172 425674. Ambiente semplice ma con un servizio accuratissimo e cortese.

Alba: capitale internazionalmente riconosciuta del tartufo bianco, città ricca di storia e di angoli meravigliosi, ospita l'Osteria dell'Arco in Piazza Savona 5, telefono 0173 363974. Ambiente discretamente raffinato, con ottimo servizio.

Per ambedue i locali, chi la fa da padrone è il tartufo.

Non un tartufo qualsiasi ma il tartufo bianco di Alba!

La cucina è rigorosamente tradizionale, rispettosa dei piccoli produttori e attenta alla qualità delle materie prime.

Tra gli antipasti vi consigliamo di assaggiare:

- L'uovo in cocotte o la carne cruda arricchiti con il tartufo bianco
- Il vitello tonnato
- I cardi gobbi gratinati con crema di bagna cauda (Boccondivino)
- Prosciutto di maiale
- Peperone di Carmagnola con tonno acciughe e capperi
- Baccalà mantecato a freddo (dell'Arco)

Tra i primi piatti vi consigliamo:

- I tajarin 40 tuorli al tartufo o alla salsiccia di Bra,
- I tortelli di zucca con burro e nocciola
- Gli gnocchi di patate al raschera,
- Gli agnolotti del plin al burro e ro-

smarino (Boccondivino)

- Tajarin 40 tuorli (immancabili) con il tartufo bianco
- Agnolotti del plin della tradizione
- Ravioli verdi della tradizione (dell'Arco)

Tra i secondi piatti vi consigliamo:

- Le uova al tegamino con il tartufo si possono trovare in tutti e due i locali, ma al Boccondivino potrete assaggiare dell'ottimo brasato al barolo, mentre all'osteria dell'Arco potrete trovare uno stracotto di vitello eccellente.

Il consiglio è di tenere un piccolo posticino per il dolce, come il bonet e lo zuccotto ai marroni.

### OSTERIA DEL BOCCONDIVINO

Via della Mendicità Istruita, 14 - Bra (Cuneo)

Tel. 0172.425674

[www.boccondivinoslow.it](http://www.boccondivinoslow.it)

### OSTERIA DELL'ARCO

Piazza Savona, 5 - Alba (Cuneo)

Tel. 0173.363974

[www.osteriadellarco.it](http://www.osteriadellarco.it)



## CONFIDENCE BEYOND IMMEDIACY

# Straumann® BLX Confidence Beyond Immediacy.



### DYNAMIC BONE MANAGEMENT™

Il design dell'impianto permette di ottenere una stabilità primaria ottimale in tutti i tipi di osso.



### RISULTATI ESTETICI

La connessione unica permette di avere risultati estetici predicibili e semplici da raggiungere.



### REALE FIDUCIA

Le garanzie Straumann su cui contare, Roxolid® e SLActive®, predicibili in ogni situazione clinica.

L'impianto Straumann® BLX rappresenta un concetto che va oltre l'immediatezza: il suo design pionieristico e il Dynamic Bone Management™, i risultati estetici raggiunti con facilità, il materiale, la superficie, le opzioni protesiche, il completo flusso digitale e il leggendario background del brand Straumann® lo rendono un impianto unico, con una impareggiabile stabilità primaria e una incredibile capacità di osteointegrazione.



Per saperne di più  
visualizza il QRcode

