Anno XVI Numero 2

Luglio 2008

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004) art 1 comma 1 - DCB - ROMA - Registrata presso il Tribunale di Roma n. 642 del 5/12/92

Numero 2 - Luglio 2008

Editore
ANDI ROMA

Direttore Editoriale
FURIO PUCCI

Direttore Responsabile
GIAN LUCA PICOZZI

Vice Direttore
LUCIANO PICOZZI

Comitato di Redazione
ESECUTIVO ANDI ROMA

Progetto grafico
ICA S.r.l.

Impaginazione
AZIMUTH di P. De Castro

Stampa
CSR S.r.l.

Noi i numeri li abbiamo!
parla con noi!
ANDI ROMA Servizi
06.44252527

Questo numero è stato chiuso in tipografia il 14 Luglio 2008 con una tiratura di 4.550 copie.

SOMMARIO

3 **Editoriale**
Il sorriso nello sguardo *di Gian Luca Picozzi*

4 **Presidenza**
La nave è salpata *di Carlo Ghirlanda*
Relazione annuale del presidente del Compatimento Regionale del Lazio *di Nicola Pignatelli*

7 **Sindacale** *a cura di N. Imbrioscia e G.L. Picozzi*
Questo è sindacato
626
Sui fondi sanitari integrativi
Modulo abusivismo

10 **Culturale**
Sindacato & Cultura *di Nicola Illuzzi*
Appuntamenti 2008

12 **Tesoreria** *a cura di Brunello Pollifrone*
Superati i 1.200 soci

15 **Medicina Orale**
Protocollo di trattamento per pazienti in terapia con Bifosfonati

30 PROGETTO CARCERI

Le Rubriche

35 andiamo oltre ...
Voliamo alto!
I particolari fanno la perfezione

39 convenzioni

44 sala stampa

IL SORRISO NELLO SGUARDO

Dopo molte titubanze ho deciso di non fare un editoriale politico.
Potevo parlare di Alberoni che a Cernobbio ha certificato quanto da anni vado affermando con "il nazionale".
Potevo parlare dei fondi sanitari e del fatto che dobbiamo sederci con autorità ai tavoli delle decisioni, ma troverete l'argomento a pagina 8.
Potevo anche affrontare l'argomento delle contrapposizioni con l'ordine.
Potevo parlare dei tentati scippi sui risultati politici... potevo affermare che dopo che Andi era stata criticata dalle componenti Ordinistiche sull'ipotesi di accordo con il governo, la CAO tenta di siglare un analogo accordo, vedremo con quali spiegazioni.
Scusatemi trovo che il lezzo divenga insopportabile. Sarò anche un illuso, ma credo ancora nell'importanza dell'unità della categoria, nel garbo professionale e nel rispetto delle persone e certi atteggiamenti mi sono insopportabili.
Allora ho deciso di riprendere un argomento trattato all'inizio della mia direzione di questa rivista.
L'essenza della vita di relazione è nello sguardo e nel sorriso che insieme danno come risultato l'espressione di un volto. Cosa c'è di più importante?
Ci sono momenti nei quali si fanno le somme e ci si ricorda che le cose che contano veramente sono 2 o 3.
Cosa è più importante di un sorriso? Cosa è più importante dello sguardo di una bimba o del suo sorriso?
Cosa c'è di più bello di perdersi nello sguardo della donna che si ama o del suo sorriso?

Allora comprenderete con facilità perché ho inteso dedicare questa rivista ad alcuni argomenti che possono aiutarci a donare il sorriso. Ecco il progetto carceri di Andi Roma, ecco il protocollo sui bifosfonati, che mi ha permesso di ridare un sorriso, ecco la quarta di copertina dedicata ad Operation Smile. Non è importante che il sorriso sia eterno, noi non lo siamo.

È importante che ci sia, è importante che si faccia di tutto per donarlo è importante che non si dimentichi che c'è chi non può averlo ed allora darsi da fare per donarlo è importante.

Penso senza ipocrisie che fare un regalo, uno di quelli veri, sia probabilmente più piacevole per chi lo fa, ma se si dona il sorriso come si fa a non esserne felici.
Perdonatemi ma trovo che siano queste le cose importanti.

Gian Luca Picozzi

"Quando hai paura di qualcosa, cerca di prenderne le misure e ti accorgerai che è poca cosa"

Luciano de Crescenzo

LA NAVE È SALPATA

In questi ultimi tre mesi le attività associative si sono succedute senza sosta. In ordine vario si sono svolte, e vi abbiamo partecipato, assemblee ordinarie e straordinarie locali, regionali e nazionali, convegni scientifici, consigli di presidenza, consigli regionali, senza parlare dei numerosissimi appuntamenti culturali di A.N.D.I. ROMA, multisala e pratici, che tanto successo stanno riscuotendo fra i soci. Un "gran daffare" che testimonia senz'altro il fervore che vive in A.N.D.I. ROMA e che nel prossimo futuro troverà ulteriore spunto negli appuntamenti locali delle campagne nazionali del mese della prevenzione dentale, della **giornata di prevenzione dei tumori orali** (**10 ottobre, con testimonial Max Laudadio**), a cui si sommano le iniziative della sezione di Roma legate al **progetto scuola** (che **ha già raggiunto circa 2000 bambini** delle prime due classi elementari e **più di 400 insegnanti**), al **progetto Rebibbia**, e alle quali si affiancherà il **rilancio della scuola per assistenti di studio odontoiatrico** e il proseguimento di tutte le attività culturali in programma.
Nello stesso periodo, seppur in altro modo, da parte delle istituzioni si è mostrato un "gran daffare" nei riguardi della odontoiatria libero professionale.
Nell'aprile 2008 il passato governo Prodi ha infatti emesso i decreti legislativi sui LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, che definiscono le caratteristiche dell'intervento dello Stato anche in campo odontoiatrico, e sull'anagrafe dei Fondi integrativi del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.), nel testo del quale si stabilisce che tali figure saranno obbligate a spendere in campo odontoiatrico una certa percentuale delle loro risorse. Il governo attualmente in carica,tramite una dichiarazione del Ministro del Welfare On. Sacconi rilasciata a fine giugno nel corso di un convegno ANDI in Veneto, ha **confermato la volontà di proseguire sul sentiero del rafforzamento dell'intervento dei fondi integrativi del S.S.N. nel campo dell'odontoiatria**, rinnovando la volontà di trovare, tramite queste figure, una soluzione al problema dell'accesso alle cure odontoiatriche, al loro costo e alla qualità delle prestazioni rese. Tutti questi temi, peraltro, sono già stati argomenti di dibattito nel corso della assemblea straordinaria della sezione nel maggio 2008.
Si conferma quindi **l'impegno della politica nella progettazione di un modello nuovo di assistenza odontoiatrica**, che non può trovare nel sistema pubblico le opportune soluzioni a causa della mancanza di risorse economiche che vengono pertanto ricercate nelle risorse dei terzi paganti, pubblici o privati.
C'è necessariamente da chiedersi **quale atteggiamento prendere di fronte a tali situazioni**.
È evidente che il quesito prevalente alla base di ogni discussione non possa che essere il seguente: per quale motivo un libero professionista dovrebbe accettare un ridimensionamento dei propri onorari in ossequio ad un accordo di convenzione con i terzi paganti che lo obbligherebbe a lavorare maggiormente ma a costi inferiori?
Tuttavia ridurre la questione a questa, seppur giusta, **considerazione** senza tenere conto delle altre parti del mosaico, di tipo politico, sociale, economico e normativo che in questo periodo si stanno costituendo intorno alla nostra professione, **rischia di costringerci in una posizione di debolezza, difficile da sostenere**.
I critici del sistema del terzo pagante in Italia riportano gli esempi di quanto accaduto in altri paesi europei dove sistemi simili, seppur non identici, di sostegno alla spesa odontoiatrica del cittadino hanno condotto a risultati economicamente insufficienti per i professionisti e contemporaneamente a livelli di salute orale non soddisfacenti per gli stessi cittadini associati.
Al contrario, i sostenitori di tali figure affermano che il loro ingresso garantirà nuove risorse verso l'Odontoiatria che, in ogni caso, rimarrà una attività libero-professionale in grado di mantenere le fondamentali prerogative di autonomia contrattuale e clinica del professionista. Contemporaneamente **l'auspicio è quello per il quale l'intervento dei Fondi integrativi in campo odontoiatrico possa favorire un maggior numero di accessi della popolazione negli studi dentistici allo scopo di consentire il mantenimento del livello attuale di salute orale della popolazione italiana** che, anzi, potrà migliorare nel caso in cui alcuni di questi fondi impegnino le proprie risorse in particolar modo nel campo della prevenzione oro-dentale.
Si può allora ipotizzare un modello italiano, diverso da quanto è accaduto altrove?

È su questo tema che si dovrà avviare un ragionamento, **forti delle esperienze dei Paesi nei quali il modello di assistenza odontoiatrica gestito dal terzo pagante ha fallito ma consapevoli del fatto che la soluzione al problema della salute orale della popolazione italiana non può prescindere dall'impegno della libera professione verso la ricerca di un modello di attività professionale più efficiente, meno costoso, rivolto sempre di più alla prevenzione piuttosto che non alla terapia:** un sistema nuovo di assistenza odontoiatrica in grado di consentire ad ogni soggetto coinvolto di raggiungere i propri obbiettivi in un sistema integrato e condiviso negli obbiettivi, nelle modalità di svolgimento e nei risultati.
Il documento conclusivo del Congresso politico ANDI 2007 ha gettato le basi perché il sindacato possa iniziare un confronto sia interno che esterno rispetto al problema del terzo pagante e dell'intervento del pubblico nella Odontoiatria libero professionale.
Ognuno di noi, ed in particolare i più giovani, deve tuttavia iniziare a riflettere sulla impostazione della propria attività professionale già per il medio termine, consapevoli tuttavia che A.N.D.I. è forte, è presente ed è in grado di rappresentare le istanze di tutti noi professionisti a livello centrale. Si deve avere fiducia: il processo è appena avviato e c'è modo e tempo per intervenire e ragionare. Certamente **sarà necessario un confronto assembleare ripetuto per definire con la maggiore condivisione possibile quali dovranno essere le linee di rapporto con i nuovi scenari che circondano la professione**. Nello stesso tempo mi aspetto apertura al confronto e maturità di categoria per affrontare in modo determinato, aprioristico e senza personalismi una fase nuova e complessa della nostra professione che, comunque, dovrà vedere ovunque rispettata in modo assoluto quella ricchezza rappresentata dal rapporto con il paziente e della dignità del nostro operato che non è né sarà mai trattabile.

Buon lavoro a tutti
Carlo Ghirlanda

Roma 23 Aprile 2008

RELAZIONE ANNUALE DEL PRESIDENTE DEL COMPARTIMENTO REGIONALE DEL LAZIO

Cari Colleghi
Indubbiamente questo anno appena trascorso è stato un anno denso di avvenimenti, talvolta difficili da gestire e non sempre gratificanti come risultato.
Piaccia o meno questo anno è sicuramente stato di svolta per tutta la professione odontoiatrica, sia perchè dal 29 giugno 2007 tutti gli studi ed ambulatori odontoiatrici del Lazio sono sottoposti ad autorizzazione regionale, sia perchè leggi nazionali di fatto aprono scenari diversi alla professione odontoiatrica. Non voglio effettuare una relazione fatta di proclami o intrattenervi su fatti gia trascorsi, li conoscete tutti, ricorso TAR, domanda autorizzazione, accreditamento, ritardo da parte della regione Lazio nel rilasciare il titolo autorizzativo, polemiche con l'Ordine di Roma, polemiche interne alla Associazione, sia a livello nazionale (TARIFFARIO ANDI ED ACCORDO CON MINISTERO SALUTE) sia a livello locale (ANDI ROMA SERVIZI).
Il tutto in un momento economico della nostra nazione decisamente non esaltante.
Nello svolgere il mio ruolo come presidente regionale in questo contesto a dir poco complesso, ho notato i limiti operativi della nostra associazione. Al di là delle capacità individuali di ogniuno di noi la associazione di cui sono membro ha dei grossi limiti operativi:

1. NON SI PUO' FARE SINDACATO SENZA UN UFFICIO LEGALE
   Abbiamo continuamente bisogno di supporto legale. Mendichiamo continuamente pareri consulti ecc. non va bene. Dobbiamo essere operativi ed incisivi in modo decisamente diverso e per farlo il supporto legale è basilare.
2. NON SI PUO' FARE SINDACATO SENZA UN UFFICIO STAMPA ADEGUATO
   I media non ci amano ed a parte "Striscia la no-

tizia" gli articoli che ci riguardano sono sempre negativi e cercano di mettere in evidenza, non il fatto che in Italia l'odontoiatria è ad un livello altissimo, ma solo che i dentisti sono cari e costano troppo alla collettività. Va' rivisto tutto questo impianto.

3. NON SI PUO FARE SINDACATO SENZA UN UFFICIO RELAZIONI ESTERNE
   Il rapporto con la politica va impostato e gestito in termini organici, strutturali e non personali. Credo che con un rapporto diverso molte cose sarebbero diverse- Invece no... tutto è basato su rapporti personali o pseudo tali.

PAGHIAMO TUTTI NESSUNO ESCLUSO le carenze su indicate. Ed anche se sono di pertinenza del nazionale i limiti li avvertiamo anche come responsabili periferici.
TROVO PARADOSSALE CHE IN UNA SANITÀ REGIONALIZZATA, E QUINDI DI PERTINENZA DEL REGIONALE, IL DIPARTIMENTO REGIONALE SIA L'ANELLO DEBOLE DEL SISTEMA ANDI CON IN PIU' TUTTI I LIMITI SU INDICATI.
Non basta la disponibilità, l'impegno, e talvolta l'abnegazione dei singoli. In merito voglio ringraziare il Dott. Carlo Ghirlanda ed il Dott. Mario Bellardini per il prezioso aiuto ed il sostegno prestatomi.
PERTANTO CHIEDO A TUTTI I PRESIDENTI PROVINCIALI DEL LAZIO DI FARSI PROMOTORI DI UN INIZIATIVA FORTE IN MERITO.

Attualmente abbiamo varie iniziative in atto. La principale riguarda il rilascio della autorizzazione all'esercizio. Vi è noto che gli studi odontoiatrici non sono stati inseriti nella proroga per la presentazione delle domande (non doveva occuparsene l'Ordine di Roma?) e che molti colleghi vogliono o sono costretti ad un trasferimento del loro studio/ambulatorio ma la regione Lazio di fatto non consente alcun trasferimento o apertura di nuove strutture e vi è il paradosso che i circa 120 giorni dell'iter autorizzativo decorrono dal momento in cui la pratica viene presa in considerazione... ad oggi solo 700 su 35000... ovvero occorrono 50 anni per evaderle tutte!!!
Alla luce di cio è stato richiesto sia un intervento da parte del Ministro della Salute (tramite il coinvolgimento del Presidente ANDI nazionale Dott. Roberto Callioni) sia un parere legale per eventuali azioni nei confronti della regione Lazio. Mentre vi scrivo il tutto è in essere.
Altra iniziativa è il rapporto con la associazione A.M.A.M.I. che abbiamo anche messo in contatto con il nazionale creando le premesse per un proficuo rapporto di collaborazione. Indipendentemente da quello che verrà deciso dal nostro esecutivo nazionale sono in essere contatti con il presidente di A.M.A.M.I, Dott. Maurizio Maggiorotti, per iniziare un rapporto di collaborazione tra ANDI Lazio ed A.M.A.M.I. stessa.
Per ultimo ma non ultimo l'accreditamento di ANDI come associazione riconosciuta ufficialmente dalla Regione Lazio. Si perchè ho avuto la sgradevole sorpresa di sapere che ANDI non è una associazione riconosciuta dalla Regione Lazio e che non siamo considerati rappresentativi della categoria. Amara verità....

Riguardo l'attività culturale regionale devo dire che ancora non abbiamo un modulo rodato ed efficiente, ma lascio questo argomento alla sensibilità e capacità del Segretario Culturale Regionale Dott. Dino Grimaldi.

Il Presidente ANDI Lazio
Dott. Nicola Pignatelli

L'ESECUTIVO e IL CONSIGLIO

Presidente: ***Dott. Carlo Ghirlanda***
e-mail: presidente@andiroma.it
Tel. 39260 30 248 - Tel. 333.4970199

Vice Presidente: ***Dott. Nicola Pignatelli***
e-mail: vicepresidente@andiroma.it
Tel. 39260 30 247

Segretario: ***Dott. Gian Luca Picozzi***
e-mail: segretario@andiroma.it
Tel. 39260 30 246

Segretario Sindacale: ***Dott. Nicola Imbrioscia***
e-mail: segretariosindacale@andiroma.it
Tel. 39260 29 446

Segretario Culturale: ***Dott. Nicola Illuzzi***
e-mail: segretarioculturale@andiroma.it
Tel. 39260 29 445

Tesoriere: ***Dott. Brunello Pollifrone***
e-mail: tesoriere@andiroma.it
Tel. 39260 29 444

Consiglio Direttivo
Dott. Fabio Caliendo, Dott. Luca Ciuchini, Dott. Marco Curcio, Dott. Claudio Ferrantini, Dott. Giuliano Ferrara, Dott. Luigi Gallo, Dott. Massimo Guaragna, Dott. Enrico Podestà, Dott. Giuseppe Teofili.

Questo è sindacato!

Principali provvedimenti contenuti nel Decreto **Legge N. 112 del 25 giugno 2008** come annunciato dalla Newsletter della Segreteria Sindacale dello scorso 20 giugno, il Decreto citato in oggetto, **approvato dal Consiglio dei Ministri il 18 giugno 2008, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 25 giugno ed entrato in vigore lo stesso giorno**, contiene numerose novità di interesse per la categoria, alcune delle quali ottenute grazie all'importante azione politico-sindacale svolta dalla nostra Associazione. Troverai di seguito indicati i principali argomenti, corredati dai relativi commenti:

Art. 21

Contratto di lavoro a tempo determinato: i contratti a termine sono consentiti anche "se riferibili alla ordinaria attività del datore di lavoro"; sono previste delle nuove eccezioni alla trasformazione automatica del contratto da tempo determinato a tempo indeterminato trascorsi 36 mesi; viene limitato il diritto di precedenza nelle assunzioni di chi ha avuto contratti a tempo determinato.

Art. 23

Apprendistato: viene eliminata la durata minima dell'apprendistato professionalizzante, rimane unicamente la durata massima di sei anni; la formazione esclusivamente aziendale (individuata dai contratti collettivi e dagli enti bilaterali) non è soggetta alla regolamentazione regionale ma solo ai contratti collettivi nazionali, territoriali o aziendali; abrogati gli obblighi di comunicazione all'organo competente dell'assunzione di apprendisti.

Art. 32

Strumenti di pagamento e tracciabilità: torna **a 12.500 euro il limite per i pagamenti in contanti, assegni trasferibili ed il saldo dei libretti al portatore; eliminato l'obbligo di inserire il codice fiscale del girante** nella girata degli assegni trasferibili; è stato **eliminato l'obbligo per i professionisti di avere uno o più conti correnti bancari** o postali ai quali fare affluire le somme riscosse nell'esercizio dell'attività e dai quali effettuare i prelevamenti per il pagamento delle spese; è stato **eliminato il limite per la riscossione dei compensi in denaro nell'esercizio di arti e professioni.**

Art. 33

Applicabilità degli studi di settore ed eliminazione elenco clienti e fornitori: **gli accertamenti in base agli studi di settore sono possibili dal periodo d'imposta in cui entrano in vigore**; dovranno essere pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale entro il 30 settembre del periodo d'imposta in cui entrano in vigore con proroga al 31 dicembre per l'anno in corso; **eliminato l'obbligo di presentare l'elenco clienti e fornitori e le sanzioni per chi non li ha presentati lo scorso aprile.**

fonte: ANDI Nazionale

626

La Commissione Nazionale 626 sta predisponendo il materiale necessario alla corretta applicazione della **nuova legge sulla salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, il Decreto Legislativo n. 81/08.**

La prima scadenza che riguarda nello specifico anche gli studi odontoiatrici è quella del 29 luglio p.v., come termine ultimo per una rinnovata valutazione dei rischi. Tale valutazione, per le attività che occupano fino a 10 lavoratori, potrà essere sostituita da un'autocertificazione che già abbiamo elaborato.

La volontà del nuovo Ministro del Welfare Sen. Maurizio Sacconi, recentemente incontrato dai vertici ANDI, è quella però di prorogare questo termine al 1 gennaio 2009, riscrivendo nel frattempo buona parte del decreto legislativo 81/08, non condiviso dall'attuale compagine governativa.

La proroga è già stata inserita come emendamento al Decreto Legge n. 97/08, in fase di conversione al Senato e, pertanto, solo nel caso non venisse confermata, provvederemo all'invio del nuovo modello di autocertificazione da trasmettere a tutti i Soci.

Per quanto riguarda i corsi organizzati da ANDI, informiamo che il nuovo decreto prevede che fino all'emanazione di nuove direttive, la didattica dei corsi dei nuovi RSPP continui ad avere i contenuti enunciati dal D. M. 16 gennaio 1997: è pertanto sin d'ora possibile continuare a svolgere i corsi con il materiale in possesso ai Tutors 626, anche se si consiglia di rivolgersi alla Segreteria Sindacale Nazionale (sindacale@andinazionale.it) per ricevere alcune presentazioni in ppt aggiornate.

I corsi per l'aggiornamento delle figure RSPP già formate potranno invece venir organizzati quando saranno indicati, attraverso il previsto documento elaborato dalla Conferenza Stato-Regioni, obblighi, tempi e contenuti.

La modalità, durata e materie della formazione delle figure RLS, come prevede la nuova legge, saranno invece stabiliti in sede di contrattazione collettiva nazionale, attraverso un protocollo aggiuntivo, di cui Vi informeremo una volta sottoscritto il nuovo CCNL.

fonte: ANDI Nazionale

SUI FONDI SANITARI INTEGRATIVI
ANDI a Sanit 2008

L'incertezza della transizione del Servizio Sanitario Nazionale
Intervento del sen. Maurizio Sacconi, Ministro del Welfare, al Convegno ANDI Veneto "Impatto sulla professione odontoiatrica del decreto sui fondi sanitari integrativi".
27/06/2008 - Il Ministro:

"I fondi integrativi sono destinati a crescere."
"È così!"
"La domanda si sta organizzando sempre di più giorno dopo giorno."
"Avrete lo sviluppo dei fondi integrativi su base contrattuale che verranno sostenuti dal datore di lavoro e dal lavoratore."
"Si diffonderanno moltissimo.... E sono favorevole."
"Il Problema è: La domanda che si va organizzando con quale offerta si confronta?"
"Dobbiamo tutelare la qualità dell'offerta e siamo interessati a tutelare la qualità dell'offerta."
"Il mercato non può essere la prima tutela dei fruitori dei servizi sanitari."
"Lavoreremo per tutelare le professioni e apriremo un tavolo con voi (dentisti) per un dialogo anche sugli atti regolatori amministrativi e non viziato da logiche di ipercompetitività."
"Non pensate di fermare il corso delle cose, noi vigileremo su questo mercato per tutelare la qualità del servizio e contro tariffari che non possano garantirli."

Questa la sintesi dell'intervento del ministro.

Gian Luca Picozzi

Sul sito andi nazionale l'intervento integrale ***http://mediacenter.andi.it/fe/main.do***

Particolare interesse ha suscitato il Convegno organizzato dal Dipartimento ANDI Regione Veneto sul tema "**Impatto sulla Professione Odontoiatrica del Decreto sui Fondi Sanitari Integrativi**" alla presenza del **Ministro del Welfare Sen. Maurizio Sacconi** e tenutosi venerdì u.s. a Villa Braida in Mogliano Veneto (Treviso).
Il Convegno, moderato dal Past President Nazionale Dott. Pietro Oscar Carli, ha visto dinnanzi ad una foltissima platea, l'apertura dei lavori da parte del Presidente, nonchè delegato al CdP ANDI Veneto Dott. Alessandro Zovi e del Segretario Sindacale Regionale Dott. Luca Dal Carlo.
Ai lavori ha presenziato il Presidente Nazionale Dott. Roberto Callioni e, per conto dell'Esecutivo, i Dott.ri Gianfranco Prada e Mauro Rocchetti.
La CAO Nazionale era rappresentata dal Dott. Giuseppe Renzo. Nel contesto del Convegno si è pure argomentato circa il futuro e la qualificazione dell'assistente di studio odontoiatrico ed in tal senso era presente la signora Anna Maria Girardi, Presidente Nazionale AIASO.
Nel corso del Convegno il Ministro del Welfare Sen. Maurizio Sacconi ha tenuto a sottolineare l'intenzione del Governo di sostenere i fondi sanitari integrativi così come strutturati dal precedente Governo e pubblicati la scorsa settimana sulla Gazzetta Ufficiale, come strumento necessario per garantire un servizio sanitario e quindi anche odontoiatrico a milioni di cittadini attualmente colpiti dalla recessione economica.
Il Ministro ha inoltre espresso suggerimenti alla categoria circa l'opportunità di strutturarsi e garantire prestazioni e servizi di qualità, proprio per meglio relazionarsi con l'avvento di questa nuova realtà, che soprattutto nella formulazione dei Decreti attuativi vedrà il coinvolgimento della categoria.
Prima dell'evento in oggetto vi è da registrare un lungo e proficuo confronto tra il Ministro ed il Presidente Nazionale Dott. Roberto Callioni, che ha successivamente ed esaurientemente argomentato lo stato dell'arte della Professione odontoiatrica nel corso di un efficace ed applaudito intervento nell'ambito del Convegno.
Nel ringraziare in particolare il Presidente ANDI Dipartimento Veneto Dott. Alessandro Zovi per l'organizzazione dell'evento, si anticipa che gli interventi più significativi dello stesso, a partire ovviamente da quello del Min. Sen. Maurizio Sacconi, saranno messi a disposizione a breve sul sito www.andi.it cliccando su Media Center, e comunque verranno ripresi nel corso dei lavori del Consiglio Nazionale che si terrà a Roma sabato 5 luglio p.v. Il Convegno tenutosi in Provincia di Treviso è stato uno dei momenti salienti di una settimana associativamente impegnativa che ha visto tra l'altro la partecipazione del Presidente Nazionale ANDI alla Tavola Rotonda dedicata all'odontoiatria e moderata dal Prof. Enrico Gherlone, recentemente indicato dal Sottosegretario della Salute Prof. Ferruccio Fazio quale referente ministeriale per l'odontoiatria, nel contesto della quinta edizione del Sanit 2008 svoltosi a Roma al Palazzo dei Congressi.

È disponibile per tutti i Soci la **"Guida per la compilazione degli Studi di Settore UK21U" aggiornata (per scaricarLa) con le modifiche fiscali introdotte dai vari provvedimenti legislativi succedutisi nel corso dell'anno.**
Ecco la stringa: **http://www.andiroma.it/absolutenm/articlefiles/376-Guida_per_UK21U.pdf**

La guida in oggetto é divenuta patrimonio di tutta la categoria odontoiatrica, valorizzando in tal modo a tutti gli effetti la realtà ANDI. Oltre al diretto utilizzo per le parti di competenza, si consiglia di inoltrare la Guida in oggetto al proprio fiscalista di fiducia.

Fonte: ANDI Nazionale

USA IL MODULO

SEGNALAZIONE ABUSIVISMO e PRESTANOMISMO

Segnalazione proveniente da: .....

Nome e Cognome: .....

Socio ANDI Sezione di: .....

Recapiti telefonici: .....

Si segnala che presso lo studio dentistico sotto indicato si potrebbe svolgere esercizio abusivo della professione sanitaria di odontoiatria, in contravvenzione agli articoli 348 e 498 del Codice Penale.
Sono a conoscenza inoltre di personale sanitario che potrebbe essere perseguibile ai sensi dell'articolo 110 del Codice Penale, per concorso nel reato.
La Legge 409 del 1985 prevede che la professione odontoiatrica sia svolta in forma esclusiva da personale sanitario abilitato.
La conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio, comporta la Sua immediata denuncia, come obbligo di legge: nel caso ci sia omissione, l'articolo 365 del Codice Penale ci ricorda i nostri obblighi professionali.

Nella segnalazione di abusivi si sottolinea la partecipazione a tale reato del Dott. ..... quale possibile "prestanome".

Tale segnalazione ha esclusivamente il significato di promuovere accertamenti riguardo all'abusivismo e al prestanomismo

Intestazione Studio/Struttura/Società: .....

Indirizzo: .....

Telefono: .....

Intestazione targa: .....

Responsabile Sanitario: .....

Note: .....

.....

INFO:
Dott. Nicola Imbrioscia - Segretario Sindacale
Tel. 392 602944 - email: segretariosindacale@andiroma.it

SINDACATO & CULTURA

Cari colleghi,
quanti di voi soci e non soci conoscono il nome completo di Andi? sicuramente chi di voi ha letto attentamente l'articolo 1 del nostro statuto ricorda che il nome completo di Andi è Associazione Nazionale Dentisti Italiani – Società Italiana di Stomatologia Odontoiatria e Protesi Dentaria la cui sigla è ANDI-SISOPD indicata per brevità ANDI.
Perciò Andi è un sindacato di categoria ma svolge anche un importante ruolo in campo culturale: come è indicato nello statuto per svolgere la sua attività scientifica costituisce comitati, organi consultivi e di ricerca, promuove l'aggiornamento culturale della categoria e del personale ausiliario; può istituire ed assegnare premi, borse di studio e pertanto promuovere ricerca scientifica.
È molto utile conoscere questo patrimonio culturale di Andi perchè è presente nel suo genoma: pertanto quando Andi organizza direttamente o patrocina eventi culturali svolge una tra le sue più importanti attività. Gli eventi culturali sono un momento fondamentale di aggregazione e di confronto: la crescita culturale di un gruppo di professionisti è indispensabile per il suo sviluppo e la sua integrazione.
L'aggiornamento culturale in medicina ed odontoiatria reso obbligatorio dall'accreditamento Ecm è soprattutto un dovere morale che abbiamo nei confronti dei nostri pazienti, nei confronti di noi stessi e della nostra professione.
Ritenevo fondamentale l'obbligo dell'aggiornamento continuo in medicina prima ancora dell'introduzione degli Ecm perché la formazione di base che riceviamo nei nostri corsi di formazione non ci fornisce spesso tutte le nozioni teorico-pratiche indispensabili per svolgere in modo approfondito la nostra professione. Sarebbe molto utile introdurre un periodo di "praticantato" nelle varie branche dell'odontoiatria utilizzando anche le tecniche più moderne sotto il controllo di tutor esperti prima di poter entrare nella pratica clinica quotidiana.
La nostra associazione su tutto il territorio nazionale svolge un importante ruolo di aggiornamento culturale attraverso le varie attività provinciali, regionali e nazionali; negli ultimi anni grazie al programma FCO Formazione Continua in Odontoiatria è riuscita a fornire ai soci un aggiornamento di altissimo livello professionale nelle principali branche dell'odontoiatria.

Buon lavoro
Nicola Illuzzi

CORSI PRATICI

SABATO - 20 Settembre, 25 Ottobre, 22 Novembre

Dott. Antonio Praticò, Dott. Alessio Nigra, Dott. B. Denza, Dott. A. Di Rocco coordinatore Dott. Stefano Tiroli
CORSO IMPLANTOLOGIA - "I principi della chirurgia implantare" - Corso Teorico-Pratico di 1 giornata
Sede Centro Odontoiatrico Nomentano, via G Squarcialupo, 11 - Roma

---

Dott. Matteo Danza, Dott. Roberto Pistilli — **SABATO - 4 Ottobre, 22 Novembre**
CORSI BASE DI CHIRURGIA PIEZO-ELETTRICA - "Corsi Teorici-Pratici"
Sede 4/10: Centro Corsi Odontoprogress, Via Benozzo Bozzoli 72 - E2 - Eur - Roma
Sede 22/11: Centro corsi Dental Gaia, Via di Torre Gaia, 10/A - Roma

---

Dott. Alessandro Cipollina "Laser" — **SABATO - 13 Settembre**
Prof. Gabriele Pecora, Dott. Sergio Orlandi "Chirurgia Endo" — **SABATO - 18 Ottobre**
Sede: Centro Corsi Odontoprogress - Via Benozzo Gozzoli, 72 - E2 - Eur - Roma

---

Sig. Agostino Cernilli "Anatomia occlusale e ceratura biodinamica" — **SABATO - 11 Ottobre**
Sede: Laboratorio H.D.T. - Via Melissa, 14 - Roma

Dott. Alessandro Nisii, Dott. Roberto Pistilli, Dott. Flavio Govoni, Dott. Fabrizio Bozza, Dott. Vincenzo Marcelli, Dott. V. Del Deo, Dott. Gianluca Mascolo — **SABATO - 18 Ottobre**
"La Chirurgia Preimplantare"
Sede: A.C.O. San Filippo Neri - Via G. Martinotti, 20 - Roma

Dott. Gianni Frisardi — **SABATO - 25 Ottobre**
"Memorial Giancotti"
Sede: Hotel Jolly Vittorio Veneto - Corso d'Italia, 1 - Roma

APPUNTAMENTI 2008 Andi Roma

EVENTI CULTURALE 'MULTISALA' ANDI Roma (gratuito per i soci)

Le serate si svolgono dalle ore 19:30 alle ore 23:00. La sede è l'**HOTEL JOLLY VITTORIO VENETO** in Corso Italia, 1 (Zona Via Veneto). Cena offerta da ANDI Roma. **Richiesto ECM**. In tutte le serate dalle ore 20:00 alle ore 20:30 si svolgerà "ANGOLO SINDACALE" del Dott. Nicola Imbrioscia con informazioni sindacali ed un'ampia discussione".

Lunedì 22 SETTEMBRE

- **Prof. Vassilios Kaitsas**
  "I sistemi adesivi oggi: indicazioni cliniche per una loro scelta appropriata"
- **Prof. Carlo Alberto Bartoletti**
  "La medicina estetica e l'odontoiatria"
- **Dott. Mauro Toncelli**
  "Principi di sedazione cosciente e di analgesia post-operatoria in odontoiatria"

Lunedì 13 OTTOBRE

- **Dott. Alberto Fonzar**
  "Denti ed Impianti"
- **Prof. Mariano Malvano**
  "Il successo in Endodonzia"
- **Dott.ssa Gabriella Grusovin**
  "Perimplantiti: diagnosi e trattamento alla luce dell'evidenza scientifica"

Lunedì 10 NOVEMBRE

- **Prof. Maurizio Tonetti**
  "Il dente parodontalmente compromesso: trattamento parodontale o rimpiazzo con impianto? Che fare e perchè"
- **Dott. Elio Pizzamiglio**
  "L´implantologia a carico immediato: tecnica del pluricorticalismo"

Lunedì 1 DICEMBRE

- **Prof. Adriano Piattelli, Dott.ssa Giovanna Iezzi, Dott.ssa Vittoria Perrotti**
  "Rimodellamento osseo: un gioco di squadra"
- **Dott. Andrea Guida**
  "Utilizzo delle fibre rinforzate in composito"

IL SUCCESSO DI ANDI ROMA CONFERMATO DALL'APPREZZAMENTO DEI SOCI SUPERATI I 1.200 SOCI

Cari soci,
in qualità di tesoriere dell'ANDI sez. prov.le di Roma desidero sottolineare il successo riportato dal tesseramento per l'anno 2008.

A maggio abbiamo registrato 1.208 iscrizioni. Una grande soddisfazione per tutti i soci, per la dirigenza e segreteria ANDI Roma.

L'IMPEGNO E IL COSTANTE lavoro hanno consentito il formarsi di un grande gruppo e di una grande sezione.

Sono infatti orgoglioso di comunicarvi **che siamo la 1° sezione italiana per il numero dei nuovi soci nel 2008 e la seconda sezione d'Italia per numero di soci dopo Milano – Lodi. Ogni aspettativa è stata superata!**

Nel 2007 molti colleghi (circa 400) si sono associati ad ANDI Roma sia sulla spinta della richiesta di autorizzazione all'esercizio professionale al fine di ricevere la modulistica e le relative informazioni che a sostegno delle battaglie per semplificare le incombenze burocratiche.

La maggior parte di loro hanno creduto in noi rinnovando nuovamente l'iscrizione anche per l'anno in corso. D'altra parte se leggiamo il dato delle nuove iscrizioni è evidente che molti soci hanno convinto amici e colleghi a iscriversi ad ANDI Roma permettendoci così di raggiungere questi grandi risultati.

Grazie a tutti coloro che rinnovando il tesseramento hanno premiato il nostro impegno.

La fiducia che ci concedete è il nostro incoraggiamento a dare sempre di più. Aver superato i 1.200 soci diventa per noi un motivo di orgoglio. Il dato è ancora più significativo se lo analizziamo nella statistica: gli iscritti di ANDI ROMA sono al 96% soci effettivi, mentre il 4% è rappresentato da studenti e soci onorari.

Grazie e ancora grazie per tutto il vostro appoggio. Collaboriamo insieme per ottenere sempre grandi risultati.

Il Tesoriere
Dr. Brunello Pollifrone

20 NUOVI BUONI MOTIVI PER ISCRIVERSI ALL' A.N.D.I.

1. Per difendere il nostro futuro di liberi professionisti diventando parte attiva per la gestione e regolamentazione della nostra professione;

2. Per dare forza alle istanze della professione nei confronti delle Istituzioni;

3. Per difendere la nostra professione da abusivi e prestanome;

4. Per entrare a far parte dell'Associazione di categoria più rappresentativa;

5. Per conoscere ed essere costantemente aggiornato sulle normative in materia sanitaria odontoiatrica;

6. Per ricevere informazioni sindacali, culturali e fiscali tempestive e costanti;

7. Per la deducibilità fiscale della quota;

8. Per ricevere gratuitamente tutti i numeri delle Riviste "ANDI Roma", "RIS" e "Fronte Stomatologico", e disporre di EUKRA, servizio ricerca bibliografica on-line;

9. Per condizioni vantaggiose nelle iscrizioni ai corsi L.626 per RLS e RSPP;

10. Per un aggiornamento culturale a basso costo, qualificato e con punteggio ECM;

11. Per usufruire di tariffe scontate per l'iscrizione ai Congressi ANDI;

12. Per promuovere il Tuo nome tramite il servizio "Trova i Dentisti ANDI" su INTERNET; per realizzare il Tuo sito Internet a costi vantaggiosi e con servizi esclusivi;

13. Per avere la migliore polizza Assicurativa Professionale R.C. disponibile sul mercato;

14. Per usufruire di convenzioni speciali per lo Smaltimento Rifiuti Speciali, per le Verifiche periodiche sugli Impianti Elettrici e Radiologici;

15. Per risparmiare utilizzando le convenzioni stipulate;

16. Per apertura crediti a condizioni vantaggiose con le BANCHE convenzionate; e poter offrire servizio POS e Carte di credito ai tuoi pazienti a Costo ZERO;

17. Per poter accedere al servizio di credito al consumo per i tuoi pazienti (finanziamenti ai pazienti per le cure odontoiatriche);

18. Per provvedere alla tua "vecchiaia" con FondoSanità;

19. Per partecipare al mese della prevenzione dentale in ottobre ogni anno;

20. Per partecipare a tutti i progetti sostenuti dall'Associazione.

Un ufficio in grado di rispondere a qualsiasi Vostra richiesta riguardante il mondo odontoiatrico.
Per ogni informazione contattare il numero 06.44252527

Richiedi il modulo di iscrizione alla Segreteria ANDI ROMA Servizi

Bonifico Bancario di 250 euro - **ANDI sezione provinciale di Roma**
San Paolo Imi ag. 20 **c/c 100000002600** (1, sette zeri, 2600) Abi 03069 Cab 03224 Cin N
Codice IBAN: IT38 N030 6903 2241 0000 0002 600
(specificare nella causale nome, cognome e anno di riferimento)

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto Dott._____ dichiaro di avere preso conoscenza dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/03 e dei diritti che mi spettano in forza dell'art. 7 del D.Lgs.196/03 e presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali che ANDI effettuerà, anche in forma elettronica e/o automatizzata, all'estero e per ogni rapporto collegato a quello relativo all'adesione all'ANDI, purchè inerente agli scopi istituzionali dell'Associazione. Autorizzo l'Associazione a trattare i miei dati in relazione a servizi associativi che possano essere realizzati con l'intervento di società e/o soggetti terzi rispetto al rapporto associativo. Presto il consenso inoltre per ogni forma di trattamento, ivi compresa la modificazione, l'integrazione e la cancellazione degli stessi. Prendo atto che il titolare del trattamento dei dati ha adottato idonee misure di sicurezza sulla tutela della riservatezza dei miei dati.

Firma .....

DATI ANAGRAFICI

Sez. di _____ Regione _____

Titolo: Dott. ☐ Prof. ☐ Sig. ☐

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Provincia ____ Data di nascita ___/___/_____

Codice Fiscale __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Partita I.V.A. __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

E-Mail _____ Cellulare _____

Modalità di Pagamento: RID ☐ RiBa ☐ MAV ☐ Bonifico ☐ Assegno ☐ Contanti ☐

Banca d'appoggio _____ C/C n. _____ ABI _____ CAB _____

Laurea in: Medicina ☐ Odontoiatria ☐

Conseguita il: ___/___/_____ Presso Università di _____

specialità in: _____ Conseguita il ___/___/_____

2ª specialità in: _____ Conseguita il ___/___/_____

Titoli Accademici: _____

Iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di: _____

Iscritto Albo Odontoiatri ☐ Anno di iscrizione _____ Iscritto Albo Medici ☐ Anno di iscrizione _____

Iscritto ad altri Enti: 1 _____ 2 _____ 3 _____

Esercizio Professionale: ☐ 1 Libero Professionista ☐ 2 Ospedaliero ☐ 3 Universitario ☐ 4 Convenzionato ☐ 5 Ambulatoriale ☐ 6 Altro

Eventuale altra branca non odontoiatrica esercitata: _____

RECAPITI (spuntare il recapito preferenziale per la corrispondenza)

☐ Indirizzo studio principale: Via _____ Città _____

CAP _____ Prov. ____ Tel. _____ FAX _____

☐ Indirizzo secondo studio: Via _____ Città _____

CAP _____ Prov. ____ Tel. _____ FAX _____

☐ Indirizzo abitazione: : Via _____ Città _____

CAP _____ Prov. ____ Tel _____ FAX _____

Firma del richiedente .....

A CURA DALLA SEZIONE

Qualifica del socio : ☐ effettivo quota intera ☐ effettivo quota ridotta ☐ benemerito ☐ aggregato ☐ a vita ☐ onorario ☐ uditore (studenti)

scadenza quota ridotta (per neolaureati) _____ data di pagamento quota ___/___/_____ numero di ricevuta _____

data di presentazione della domanda ___/___/_____ data della delibera ___/___/_____

note _____

TESORERIA

Il Dono di un sorriso

Bifosfonati. Oltre le evidenze cliniche-il nostro "must" è non mollare mai.
DirVi quante telefonate e richieste di chiarimenti ho ricevuto sui bifosfonati non mi è possibile. Ma soprattutto diviene complicato dirvi quanti colleghi "prescrittori" sottovalutano, o ignorano, quale sia l'utilità del preventivo videat stomatologico. Ho quindi deciso di riproporre **un elenco aggiornato dei bifosfonati** per l'anamnesi farmacologica. Secondo lo schema già pubblicato l'anno scorso (n°3) e quindi troverete con colori diversi ed in ordine di rischio i farmaci. Questo elenco è ampliato da un lavoro dell'università di Palermo…
Inoltre Vi propongo un protocollo di trattamento dei pazienti in terapia con bifosfonati che è quello messo a punto nel congresso SIPMO di Capri 2007- Desidero qui ringraziare La S.I.P.M.O. e come ovvio la "Scuola napoletana di Medicina Orale" guidata dal prof. Mignogna senza i quali molte di queste pagine non sarebbero state così efficaci.
A sostegno di quanto sopra permettetemi di illustrarVi l'ultimo caso che ho in trattamento e che grazie alla collaborazione della Chirurgia Maxillo-Facciale di Villa Betania a Roma è nelle condizioni che vedrete. Questa vuole essere solo un incitamento alla speranza di riuscire, come in questo caso, a ridare il sorriso ad una persona che vive un momento già molto difficile.

Paziente operata di K mammario con metastasi ossee e rischio di fratture multiple.
Trattata con chemio e zometa (acido zolendronico)

Foto 1, 2- 1° visita da me manifestazione GUNA- foto3-manifestazione ONM - Foto 4 dopo terapia clinica e chirurgica di resezione e di estrazione, foto 5 dopo terapia endodontica e riabilitazione odonto protesica.

PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO PER PAZIENTI IN TERAPIA CON BIFOSFONATI

Il Presente protocollo ha per scopo di indicare come e quando scegliere cosa e come farlo nei pazienti in terapia con bifosfonati. Ma soprattutto intende essere una linea guida di cautela per tutti quei sanitari che a vario titolo devono trattare tali pazienti. Queste pagine non devono in alcun modo essere lette come un invito ad interrompere le terapie con questi farmaci. Tale scelta è di pertinenza dei colleghi specialisti prescrittori con i quali noi dobbiamo interfacciarci e collaborare. L'unico invito è di sollecitare tutti i colleghi delle altre specialità a richiedere un videat stomatologico dei pazienti cui prescrivono una terapia con Bifosfonati al fine di ridurre l'incidenza e la gravità delle complicanze fino a quando non si troveranno molecole diverse prive di questi possibili, ma solo possibili effetti collaterali.

OSTEONECROSI DEI MASCELLARI (ONM - ONJ) da BIFOSFONATI

Possibili fattori di rischio per l'insorgenza della ONM in pazienti in terapia con BF

Nb: L'AAOMS (American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons), nel **"Position Paper on BRONJ"**, stabilisce che l'osteonecrosi delle ossa mascellari può considerarsi causata dalla terapia con BF solo se il paziente non è stato sottoposto a pregressa terapia radiante nel distratto testa-collo

FATTORI DI RISCHIO FARMACO-CORRELATI

1. Potenza del bifosfonato (zoledronato > pamidronato > alendronato > clodronato)
2. Modalità di somministrazione (e.v. > per os)
3. Durata del trattamento

FATTORI DI RISCHIO LOCALI

1. Chirurgia dento-alveolare (estrazioni, impianti, chirurgia parodontale, chirurgia periapicale)
2. Traumi alle ossa mascellari
3. Scarsa igiene orale
4. Parodontopatia
5. Infezioni odontogene (ascessi parodontali, ascesso dento-alveolare)
6. Tori mandibolari e/o mascellari, esostosi ossee, spine ossee, cresta miloioidea eccessivamente rappresentata
7. Trauma dovuto a protesi incongrue
8. Eccessivo consumo di alcolici e sigarette
9. Precedenti episodi di osteonecrosi/osteomielite delle ossa mascellari
10. Pregressa irradiazione alle ossa mascellari

FATTORI DI RISCHIO SISTEMICI

1. Età avanzata (>65 anni)
2. Sesso: femminile > maschile (?)
3. Razza caucasica (?)
4. **Assunzione cronica di corticosteroidi**
5. **Assunzione di chemioterapici o talidomide**
6. Assunzione di estrogeni
7. Eccessivo consumo di alcolici e sigarette
8. **Diagnosi di cancro** (rischio maggiore: mieloma multiplo > Ca mammario > Ca prostatico > Ca in altre sedi)
9. Diagnosi di osteopenia/osteoporosi concomitante alla diagnosi di cancro
10. Malnutrizione
11. **Diabete**
12. Stati di immuno-compromissione, predisponenti il rischio di infezione
13. Anemie e talassemia
14. Coagulopatie, discrasie ematiche e disordini vascolari
15. Iperlipidemie
16. Patologie del connettivo
17. Malattia di Gaucher
18. Lupus Eritematoso Sistemico
19. **Ipotiroidismo**

Il Management odontoiatrico dei PAZIENTI CANDIDATI ALLA TERAPIA CON BIFOSFONATI prevede:

VALUTAZIONE DEI TESSUTI DURI E MOLLI INTRAORALI

con

1. Visita odontostomatologica
2. Ortopantomografia per valutare lo stato dento-parodontale
3. Compilazione della cartella clinica dedicata1

Ed ha per scopo il

RAGGIUNGIMENTO/MANTENIMENTO DI UN OTTIMO STATO DI SALUTE DENTO PARODONTALE

1. Estrazione di denti in inclusione parziale (inclusione mucosa) o con scarsa prognosi (denti con malattia parodontale severa o non recuperabili con procedure protesiche o conservative)

I denti inclusi, completamente ricoperti da tessuto osseo, non rappresentano siti "a rischio" e non necessitano di rimozione chirurgica.

2. Rimozione di tori mandibolari/mascellari, soprattutto se multilobati e/o di grandi dimensioni
3. Estrazione, nei bambini, di denti decidui con un certo grado di mobilità
4. Terapia parodontale eziologica
5. Splintaggio dei denti con indice di mobilità 1 o 2, se si ottiene una buona compliance all'igiene orale; in caso contrario, è auspicabile l'estrazione dentaria
6. Terapia endodontica delle lesioni periapicali croniche, se con buona prognosi
7. Terapie conservative e/o protesiche, se necessarie
8. Eventuale modifica, sostituzione e/o ribasatura delle protesi amovibili allo scopo di ridurre la compressione meccanica dei tessuti orali e prevenire fenomeni di decubito, soprattutto nella regione della flangia linguale delle protesi inferiori (cresta miloioidea) o in presenza di tori palatini e/o mandibolari
9. Eliminazione dei fattori di rischio locali (margini dentali appuntiti o taglienti, manufatti protesici e/o restauri conservativi incongrui)

IMPLANTOLOGIA

1. Gli impianti dentali possono essere posizionati solo se è possibile posticipare l'inizio della terapia con BF fino ad osteointegrazione avvenuta
2. Terapia implantare è sconsigliata quando il paziente deve sottoporsi a terapia con BF EV a causa di patologie oncologiche

RAGGIUNGIMENTO DI UN ADEGUATO STATO DI IGIENE ORALE

1. Sedute di igiene orale professionale (Scaling e root planning)
2. Sedute di Fisioterapia orale
3. Prescrizione di sciacqui con collutori a base di clorexidina 0,12%
4. Eventuali applicazioni topiche di fluoro
5. Motivazione del paziente circa l'importanza di una buona igiene orale

VALUTARE I RISCHI/BENEFICI DI POSTICIPARE L'INIZIO DELLA TERAPIA CON BIFOSFONATI

1. L'inizio della terapia con BF dovrebbe essere posticipata, quando possibile, fino al raggiungimento di un adeguato stato di salute dento-parodontale. Per garantire una completa guarigione clinica e radiografica dei tessuti, tutte le procedure odontoiatriche invasive dovrebbero essere eseguite almeno 3-4 settimane prima dell'inizio della terapia
2. Stretta collaborazione tra l'oncologo o il medico internista e il medico orale o altro specialista coinvolto nella cura del paziente

SENSIBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE NEI CONFRONTI DEL PROBLEMA

1. Consegna di materiale informativo (lettera per l'odontoiatra, informazioni per il paziente)
2. Istruzioni al fine di evitare qualsiasi procedura elettiva dentale o chirurgica invasiva nei confronti delle ossa mascellari durante il trattamento con BF e per almeno i primi 5 anni successivi al termine della terapia con BF
3. Istruzioni per la segnalazione precoce di qualsiasi segno clinico o sintomo (dolore, gonfiore)
4. Istituzione di un programma di follow-up clinico-radiografico periodico, la cui frequenza sarà stabilita in base alla via di somministrazione del BF (orale vs I.V.), al numero di fattori di rischio concomitanti, ed allo stato di salute del cavo orale

Il Management odontoiatrico dei pazienti in terapia (in atto o pregressa) con BF ORALI

a. se la durata della terapia < 3 anni
b. in assenza di fattori di rischio LOC-SIST

c. IN ASSENZA DI LESIONI CLINICAMENTE OBIETTIVABILI

Prevede:

nb: Secondo le linee guida dell'**AAOMS**

I pazienti che assumono BF orali da più di tre anni vanno equiparati a quelli che assumono BF per e.v.
I pazienti che assumono o hanno assunto BF per os in presenza di ONM vanno gestiti allo stesso modo dei pazienti che presentano ONM in seguito ad assunzione di BF per e.v.

DIAGNOSI PRECOCE E TEMPESTIVA DI "EARLY STAGE" ONM

1) Programma di follow-up con visite odontoiatriche periodiche **(6 mesi)**
2) Ortopantomografia di controllo **ogni 12 mesi**
3) Prescrizione di Dentalscan, se OPT dubbia
4) Compilazione della cartella clinica dedicata

Valutazione clinica dei tessuti orali

Segni
1. Eventuale esposizione ossea
2. Esposizione delle forcazioni dentali
3. Presenza di fistole orali/cutanee
4. Tumefazioni localizzate o generalizzate dei tessuti molli intraorali
5. Mobilità dentaria accentuata o perdita precoce di elementi dentari stabili al precedente controllo
6. Improvviso cambiamento nella salute parodontale o mucosale

Sintomi
1. Dolenzia/dolorabilità al cavo orale non ben documentata
2. Disestesie/parestesie (intorpidimento, alterata sensibilità)

RAGGIUNGIMENTO/MANTENIMENTO
DI UN ADEGUATO STATO DI SALUTE DENTO-PARODONTALE E DI IGIENE ORALE
Conservativa Endodonzia Protesi

1. Prescrizione di sciacqui con collutori a base di clorexidina 0,12%
2. Possono essere eseguite tutte le procedure routinarie di odontoiatria conservatrice e protesi convenzionale
3. In caso di denti non restaurabili, potrebbe essere utile eseguire un'amputazione coronale associata a terapia-canalare per evitare l'estrazione dentaria
4. Eliminazione dei fattori di rischio locali (margini dentali appuntiti o taglienti, manufatti protesici e/o restauri conservativi incongrui)
5. Eventuali applicazioni topiche di fluoro
6. Le terapie endodontiche dovrebbero sempre preferirsi alle manovre chirurgiche
7. Le terapie endodontiche (non chirurgiche) devono essere eseguite secondo le tecniche routinarie, evitando qualsiasi manipolazione dell'osso periapicale/periradicolare
8. Eventuale modifica, sostituzione e/o ribasatura delle protesi amovibili allo scopo di ridurre la compressione meccanica dei tessuti orali e prevenire fenomeni di decubito, soprattutto nella regione della flangia linguale delle protesi inferiori (cresta miloioidea) o in presenza di tori palatini e/o mandibolari.

È preferibile evitare l'utilizzo di vasocostrittore associato all'anestetico locale

PRIMA DI OGNI PROCEDURA CHIRURGICA NON URGENTE (IMPLANTOLOGIA, CHIRURGIA PARODONTALE, ESTRAZIONI DENTARIE, CHIRURGIA ENDODONTICA) È CONSIGLIABILE EFFETTUARE UNA **CONSULENZA SPECIALISTICA CON IL MEDICO PRESCRITTORE DEL BF ORALE**, PER VALUTARE LA SOSPENSIONE DEL BF (3 MESI SECONDO MARX, 2007) E/O LA PRESCRIZIONE DI TERAPIA SOSTITUTIVA.

È ALTRESÌ RACCOMANDABILE, SEBBENE IN ASSENZA DI DEFINITIVA EVIDENZA,PRIMA DI OGNI PROCEDURA INVASIVA PROGRAMMATA, LA ***VALUTAZIONE DEL CTX SIERICO*** *COME MARKER DI VALUTAZIONE DEL TURN-OVER OSSEO.*

LA TERAPIA CON BF ORALE POTRÀ ESSERE RIPRESA AD AVVENUTA GUARIGIONE CLINICA E RADIOGRAFICA.

Parodontologia Implantologia Chirurgia minore

1. Sedute di igiene orale professionale (Scaling e root planning)
2. Sedute di fisioterapia orale
3. Splintaggio dei denti con indice di mobilità 1 o 2, se si ottiene una buona compliance all'igiene orale; in caso contrario, è auspicabile l'estrazione dentaria.
4. Estrazione dei denti con mobilità 3 e/o con lesioni acute endo-parodontali
5. Se la patologia parodontale non regredisce o non si stabilizza, valutare la necessità di un trattamento parodontale chirurgico per ottenere un adeguato accesso alle superfici radicolari (effettuando il minimo rimodellamento dei contorni ossei, se ritenuto necessario)
6. Considerare attentamente la necessità di GBR o GTR a causa dell'effetto antiangiogenetico posseduto dai BF che potrebbe determinare una cattiva guarigione degli innesti tissutali
7. Nel caso di perimplantiti la terapia non chirurgica è da preferirsi a quella chirurgica. Se dovesse essere necessario un approccio chirurgico può essere eseguita una "revisione" chirurgica dei tessuti molli perimplantari (effettuando un minimo rimodellamento dei contorni ossei, se ritenuto necessario)
8. **Gli interventi di piccola chirurgia** (chirurgia parodontale, estrazioni dentarie, chirurgia endodontica) **se urgenti possono essere sempre eseguiti**, ma preferibilmente sotto copertura antibiotica e comunque cercando sempre di provocare il minor stress all'osso.

È preferibile evitare l'utilizzo di vasocostrittore associato all'anestetico locale

SENSIBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE NEI CONFRONTI DEL PROBLEMA

1. Motivazione del paziente circa l'importanza di una buona igiene orale
2. Consegna di materiale informativo (lettera per l'odontoiatra, informazioni per il paziente)
3. Istruzioni per la segnalazione precoce di qualsiasi segno clinico o sintomo (dolore, gonfiore) Istituzione di un programma di follow-up clinico-radiografico periodico, la cui frequenza sarà stabilita in base al numero di fattori di rischio concomitanti e allo stato di salute del cavo orale
4. Prima di essere sottoposti a procedure invasive che comportano la manipolazione dell'osso e del periostio, i pazienti devono essere informati circa le possibili complicazioni della terapia con BF ed il rischio di ONM.
5. Ottenimento del **consenso informato scritto da parte del paziente, dopo la comunicazione del rischio di sviluppo di ONM**

Management odontoiatrico dei pazienti in terapia (in atto o pregressa) con BF E.V. e per os
d. se la durata della terapia > 3 anni
e. o < 3 anni ed in presenza di fattori di rischio LOC-SIST

f. IN ASSENZA DI LESIONI CLINICAMENTE OBIETTIVABILI

prevede

DIAGNOSI PRECOCE E TEMPESTIVA DI "EARLY STAGE" ONM

1) Programma di follow-up con visite periodiche **(3-4 mesi)**
2) Ortopantomografia di controllo **ogni 6 mesi**
3) Prescrizione di Dentalscan, se OPT dubbia (**noi preferiamo T.A.C senza mezzo di contrasto ed in particolare 3D che permette di visualizzare molto bene l'osso necrotico**)
4) Compilazione della cartella clinica dedicata

Valutazione clinica dei tessuti orali

Segni
1. Eventuale esposizione ossea
2. Esposizione delle forcazioni dentali
3. Presenza di fistole orali/cutanee
4. Tumefazioni localizzate o generalizzate dei tessuti molli intraorali
5. Mobilità dentaria accentuata o perdita precoce di elementi dentari stabili al precedente controllo
6. Improvviso cambiamento nella salute parodontale o mucosale

Sintomi
1. Dolenzia/dolorabilità al cavo orale non ben documentata
2. Disestesie/parestesie (intorpidimento, alterata sensibilità)

RAGGIUNGIMENTO/MANTENIMENTO
DI UN ADEGUATO STATO DI SALUTE DENTO-PARODONTALE E DI IGIENE ORALE
Conservativa Endodonzia Protesi

1. Prescrizione di sciacqui con collutori a base di clorexidina 0,12%
2. Possono essere eseguite tutte le procedure routinarie di odontoiatria conservatrice e protesi convenzionale (non implantologica)
3. In caso di denti non restaurabili, potrebbe essere utile eseguire un'amputazione coronale associata a terapia canalare (previa terapia antibiotica a largo spettro) per evitare l'estrazione dentaria
4. Le terapie endodontiche dovrebbero sempre preferirsi alle manovre chirurgiche
5. Le terapie endodontiche (non chirurgiche) devono essere eseguite secondo le tecniche routinarie, evitando qualsiasi manipolazione dell'osso periapicale/periradicolare, e sotto copertura antibiotica
6. Eliminazione dei fattori di rischio locali (margini dentali appuntiti o taglienti, manufatti protesici e/o restauri conservativi incongrui)
7. Eventuali applicazioni topiche di fluoro
8. Eventuale modifica, sostituzione e/o ribasatura delle protesi amovibili allo scopo di ridurre la compressione meccanica dei tessuti orali e prevenire fenomeni di decubito, soprattutto nella regione della flangia linguale delle protesi inferiori (cresta miloioidea) o in presenza di tori palatini e/o mandibolari

Evitare l'utilizzo di vasocostrittore associato all'anestetico locale

Parodontologia Implantologia Chirurgia minore

Nessuna procedura odontoiatrica invasiva chirurgica e/o implantologica è indicata, se sostituibile con terapie conservative, durante la terapia con BF e per almeno i primi 5 aa dalla sospensione della stessa.

1. Sedute di igiene orale professionale (Scaling sovra-gengivale previa terapia antibiotica)
2. Sedute di Fisioterapia orale
3. Splintaggio dei denti con indice di mobilità 1 o 2
4. Estrazione dei denti con mobilità 3 e/o con lesioni acute endo-parodontali, sotto copertura antibiotica e cercando di provocare il minore stress all'osso (tabella 6)
5. Nel caso di perimplantiti la terapia non chirurgica è da preferirsi a quella chirurgica. Se dovesse essere necessario un approccio chirurgico può essere eseguita una "revisione" chirurgica dei tessuti molli perimplantari sotto copertura antibiotica (effettuando un minimo rimodellamento dei contorni ossei, se ritenuto necessario)

BF ORALI: Prima di **ogni procedura chirurgica non urgente** (implantologia, chirurgia parodontale, estrazioni dentarie, chirurgia endodontica) che comporti manipolazione delle ossa mascellari, **è opportuno** effettuare una consulenza specialistica con il **medico prescrittore del BF orale**, per valutare la sospensione del BF (3 mesi secondo Marx, 2007) e/o la prescrizione di terapia sostitutiva.

- È altresì raccomandabile, soprattutto nel caso di manovre urgenti, la **valutazione del CTX serico** come marker di valutazione del turn-over osseo, prima di ogni procedura invasiva.

La terapia con BF orale potrà essere ripresa ad avvenuta guarigione clinica e radiografica.

Evitare l'utilizzo di vasocostrittore associato all'anestetico locale

SENSIBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE NEI CONFRONTI DEL PROBLEMA

1. Motivazione del paziente circa l'importanza di una buona igiene orale
2. Consegna di materiale informativo (lettera per l'odontoiatra, informazioni per il paziente)
3. Istruzioni al fine di evitare qualsiasi procedura elettiva dentale o chirurgica invasiva nei confronti dell'osso durante e/o dopo il trattamento con BF
4. Istruzioni per la segnalazione precoce di qualsiasi segno clinico o sintomo (dolore, gonfiore)
5. Istituzione di un programma di follow-up clinico-radiografico periodico, da proseguire almeno 5 anni dopo il termine della terapia con BF e la cui frequenza sarà stabilita in base al numero di fattori di rischio concomitanti ed allo stato di salute del cavo orale
6. **Prima di essere sottoposti a qualsiasi procedura odontoiatrica che comporti manipolazione delle ossa mascellari i pazienti dovrebbero essere informati circa le possibili complicazioni della terapia con BF ed il rischio di ONM.**
7. Ottenimento del **consenso informato scritto da parte del paziente, dopo la comunicazione del rischio di sviluppo di ONM associato alle diverse terapie** Odontoiatriche

Management odontoiatrico dei pazienti in terapia (in atto o pregressa) con BF E.V.. e per os

g. IN PRESENZA DI LESIONI CLINICAMENTE OBIETTIVABILI (ONM)

Prevede:

Compilazione ADR AIFA e relativo invio

VALUTAZIONE DI ONM

1) Follow-up clinico con visite periodiche ravvicinate (2-3 mesi)
2) Ortopantomografica di controllo ogni 6 mesi
3) **TAC** di controllo ogni 12 mesi **preferibile con ricostruzione 3d**
4) Radiografie intraorali per valutare le minime alterazioni della trabecolatura ossea
5) Registrazioni fotografiche ad ogni visita di controllo

VALUTAZIONE clinica DEI TESSUTI ORALI

SEGNI
1. Grado di esposizione ossea
2. Eventuali fistole orali/cutanee
3. Tumefazioni localizzate o generalizzate dei tessuti molli intra-orali
4. Grado di mobilità dentale

SINTOMI
1. Dolore
2. Anestesia/disestesia (intorpidimento, alterata sensibilità)

INDAGINI SPECIALISTICHE *(TUTTI GLI STADI)*
1. Esami microbiologici per ricerca batteri e miceti con relativi antibiogramma e antimicogramma

TERAPIA NON CHIRURGICA *(TUTTI GLI STADI)*

Evitare qualsiasi procedura odontoiatrica invasiva sull'osso allo scopo di prevenire il peggioramento della lesione in atto e/o ll'esposizione di altro osso

RAGGIUNGIMENTO/MANTENIMENTO DI UN ADEGUATO STATO DI SALUTE DENTO-PARODONTALE E DI IGIENE ORALE

Conservativa Endodonzia Protesi

1. Prescrizione di sciacqui con collutori a base di clorexidina 0,12%
2. Possono essere eseguite tutte le procedure routinarie di odontoiatria conservatrice e protesi convenzionale (non implantologica)
3. In caso di denti non restaurabili, potrebbe essere utile eseguire un'amputazione coronale associata a terapia canalare (previa terapia antibiotica a largo spettro) per evitare l'estrazione dentaria
4. Le terapie endodontiche dovrebbero sempre preferirsi alle manovre chirurgiche
5. Le terapie endodontiche (non chirurgiche) devono essere eseguite secondo le tecniche routinarie, evitando qualsiasi manipolazione dell'osso periapicale/periradicolare e sotto copertura antibiotica
6. Eliminazione dei fattori di rischio locali (margini dentali appuntiti o taglienti, manufatti protesici e/o restauri conservativi incongrui)
7. Eventuali applicazioni topiche di fluoro
8. Eventuale modifica, sostituzione e/o ribasatura delle protesi amovibili allo scopo di ridurre la compressione meccanica dei tessuti orali e prevenire fenomeni di decubito, soprattutto nella regione della flangia linguale delle protesi inferiori (cresta miloioidea) o in presenza di tori palatini e/o mandibolari.
9. Utilizzo di trays individuali per la copertura delle aree di osso esposto, per la protezione delle deiscenze mucose e per il mantenimento di sostanze medicamentose in loco

Evitare l'utilizzo di vasocostrittore associato all'anestetico locale

Parodontologia Implantologia Chirurgia minore

1. Nessuna procedura odontoiatrica invasiva chirurgica è indicata, se sostituibile con terapie conservative
2. Terapia impiantare è altamente sconsigliata
3. Sedute di igiene orale professionale (Scaling sovra-gengivale previa terapia antibiotica)
4. Sedute di Fisioterapia orale
5. Splintaggio dei denti con indice di mobilità 1 o 2
6. Estrazione dei denti con mobilità 3 e/o con lesioni acute endo-parodontali, sotto copertura antibiotica e cercando di provocare il minore stress all'osso
7. Nel caso di perimplantiti la terapia non chirurgica è da preferirsi a quella chirurgica. Se dovesse essere necessario un approccio chirurgico può essere eseguita una "revisione" chirurgica dei tessuti molli perimplantari sotto copertura antibiotica (effettuando un minimo rimodellamento dei contorni ossei, se ritenuto necessario)

Evitare l'utilizzo di vasocostrittore associato all'anestetico locale

BF ORALI:

- Prima di ogni procedura chirurgica (chirurgia parodontale, estrazioni dentarie, chirurgia endodontica) che comporti manipolazione delle ossa mascellari, è consigliabile effettuare una consulenza specialistica con il **medico prescrittore del BF orale**, per valutare la sospensione del BF (3 mesi secondo Marx, 2007) e/o la prescrizione di terapia sostitutiva.
- È altresì raccomandabile, sebbene in assenza di definitiva evidenza, la valutazione del CTX serico come marker di valutazione del turn-over osseo, prima di ogni procedura invasiva.

TERAPIA FARMACOLOGICA onm - onj

LIMITATA ESPOSIZIONE OSSEA E ALGIA MODERATA

1) Antibioticoterapia a largo spettro:
   Amoxicillina ed ac. Clavulanico (1 gr ogni 12 ore per 15 gg) in attesa dell'antibiogramma valutare associazione con
   Metronidazolo (250 mg ogni 12 ore per 15 gg)
2) L'ANTIBIOTICO-TERAPIA VA EFFETTUATA CICLICAMENTE (1 SETTIMANA AL MESE) ANCHE IN CASO DI MIGLIOTAMENTO CLINICO O COMPLETA REMISSIONE DELLA SINTOMATOLOGIA ALGICA
3) Antibioticoterapia a largo spettro prima e dopo qualsiasi intervento odontoiatrico che comporti sanguinamento e/o manipolazione delle ossa mascellari
4) **Probiotici gastro-intestinali** (Spore di B. Clausii -Enterogermina- 1 fiala al dì)
5) Sciacqui con **clorexidina 0,12% (senza alcol)** per 60" 3 volte al dì + applicazioni in gel
6) Irrigazioni locali con antimicobatterici (**Rifamicina sodica, uso locale** – Rifocin; 3 volte al dì per 15 gg, da ripetere ciclicamente)
7) Eventuale associazione di antimicotici
8) **Follow-up ogni 3 mesi in caso di miglioramento clinico**
9) Valutare il rischio/beneficio nella sospensione della terapia **(In collaborazione con l'oncologo/ematologo è necessaria una scrupolosa valutazione sistemica del paziente in relazione al rischio di progressione dell'ONM rispetto a quello di peggioramento della patologia di base con un aumento delle complicazione scheletriche o di ipercalcemia).**

GRAVE ESPOSIZIONE OSSEA E ALGIA SEVERA

1) **Piperacillina/tazobactam i.m.** (Tazocin – 1 fl ogni 12 ore per 15 gg)
2) **Ampicillina/sulbactam i.m.** (Unasyn - 1 fl ogni 12 ore per 15 gg)
3) L'ANTIBIOTICO-TERAPIA VA EFFETTUATA CICLICAMENTE (10 gg AL MESE) ANCHE IN CASO DI MIGLIORAMENTO CLINICO O COMPLETA REMISSIONE DELLA SINTOMATOLOGIA ALGICA
4) Antibioticoterapia a largo spettro prima e dopo qualsiasi intervento odontoiatrico che comporti sanguinamento e/o manipolazione delle ossa mascellari
5) **Probiotici gastro-intestinali** (Spore di B. Clausii -Enterogermina - 1 fiala al dì)
6) **FANS** (al bisogno)
7) Sciacqui con **clorexidina 0,12% (senza alcol)** per 60" 3 volte al dì + applicazioni in gel
8) Irrigazioni locali con antimicobatterici (**Rifamicina sodica, uso locale** – Rifocin; 3 volte al dì per 15 gg, da ripetere ciclicamente)
9) **Courettage osseo delicato** della zona necrotica più esposta e/o causa di trauma ai tessuti molli
10) Eventuale associazione di antimicotici
11) Eventuale prescrizione di analgesici per alleviare, se presente, la sintomatologia
12) **Follow-up ogni 3 mesi in caso di miglioramento clinico**
13) Valutare il rischio/beneficio nella sospensione della terapia **(In collaborazione con l'oncologo /ematologo è necessaria una scrupolosa valutazione sistemica del paziente in relazione al rischio di progressione dell'ONM rispetto a quello di peggioramento della patologia di base con un aumento delle complicazione scheletriche o di ipercalcemia maligna).**

SENSIBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE NEI CONFRONTI DEL PROBLEMA

1) Motivazione del paziente circa l'importanza di una buona igiene orale
2) Consegna di materiale informativo (lettera per l'odontoiatra, informazioni per il paziente)
3) Istruzioni al fine di evitare qualsiasi procedura dentale o chirurgica invasiva per non aggravare il quadro osteonecrotico già presente e/o non provocare nuove aree di esposizione ossea
4) Istituzione di un programma di follow-up clinico-radiografico periodico, la cui frequenza sarà stabilita in base alla severità di ONM
5) Istruzioni per la segnalazione precoce di qualsiasi nuovo segno clinico o sintomo (dolore, gonfiore, sanguinamento)

Ottenimento del consenso informato scritto da parte del paziente, dopo la comunicazione del rischio di insorgenza di nuove lesioni osteonecrotiche associato alle diverse terapie odontoiatriche

STADIAZIONE CLINICA DELL'OSTEONECROSI DEI MASCELLARI DA BIFOSFONATI ONM ONJ

STADIAZIONE	CLINICA	REGIMI TERAPEUTICI
STADIO 1 a	Esposizione di osso necrotico e assenza di sintomatologia	Sciacqui o irrigazioni orali giornalieri con antisettico (clorexidina 0,12%) e regolari controlli clinici in base all'attività della patologia
STADIO 2	Esposizione di osso necrotico associata a dolore ed infezione	Terapia antibiotica previo esame culturale ed antibiogramma; antidolorifici e sciacqui o irrigazioni orali giornalieri con antisettico (clorexidina 0,12%)
STADIO 3	Esposizione di osso necrotico in pazienti con dolore, infezione e frattura patologica, fistola extraorale, o osteolisi estesa fino al bordo inferiore della mandibola	tico, terapia antibiotica (orale o intravenosa), antidolorifici e sciacqui o irrigazioni orali giornalieri con antisettico (clorexidina 0,12%)

TERAPIA CHIRURGICA
(IN BASE ALLA STADIAZIONE CLINICA)
La biopsia ossea è indicata solo in caso di dubbio di patologia metastatica

TUTTI GLI STADI

Rimozione di aree di osso necrotico, causa della costante irritazione dei tessuti molli, senza determinare ulteriore esposizione di tessuto osseo e sempre sotto copertura antibiotica a largo spettro

STADI II E III

1) Debridement e/o sequestrectomia preferibilmente per mezzo di piezo-surgery
2) Evitare l'utilizzo di vasocostrittore associato all'anestetico locale
3) Resezione del segmento scheletrico interessato

SOLO STADIO III

1) Resezione parziale, marginale o segmentale, dei mascellari seguita o meno da una fase ricostruttiva.

LOW LEVEL LASER THERAPY (LLLT) - *(TUTTI GLI STADI)*
Biostimolazione laser effettuata con laser He-Ne o a diodi

1) Utilizzo del laser con potenza 1,25 W, frequenza 15 Hz e fibra da 320 µm
2) Utilizzo defocalizzato a 2 mm di distanza dal tessuto per un minuto
3) Si effettuano 5 applicazioni consecutive nella stessa seduta per un totale di minimo 3 sedute
4) La prima applicazione laser, nel caso di pazienti trattati chirurgicamente, viene eseguita in fase intra-operatoria

PROTOCOLLO PER ONM		STADIAZIONE CLINICA		
		STADIO I	STADIO II	STADIO III
Indagini specialistiche		●	●	●
Terapia non chirurgica		●	●	●
Raggiungimento e/o mantenimento di un adeguato stato di salute dento parodontale e di un adeguato stato di igiene orale		●	●	●
Sensibilizzazione del paziente nei confronti del problema		●	●	●
Biostimolazione laser		●	●	●
Terapia farmacologica	Terapia antimicotica in caso di positività alle indagini Microbiologiche	●	●	●
	Antibioticoterapia a largo spettro prima e dopo scaling sovra-gengivale, trattamenti endodontici e trattamenti chirurgici che comportino sanguinamento e/o manipolazione delle ossa mascellari	●	●	●
	In caso di estrazioni dentarie, seguire le indicazioni riportate nelle pag che seguono	●	●	●
	In caso di sintomatologia algica, edema e/o suppurazione: antibioticoterapia a largo spettro in attesa dell' antibiogramma secondo la posologia riportate nelle pag che seguono		●	●
	In caso di sintomatologia algica: Prescrizione di analgesici topici e sistemici		●	●
Terapia chirurgica (previa terapia antibiotica a largo spettro)	Rimuovere nel modo più atraumatico possibile le aree di tessuto necrotico che sono fonte di traumatismo per itessuti molli, evitando di esporre altro tessuto osseo. Utilizzare strumenti manuali (martello, scalpello, pinze ossivore, lime ossee) e/o servirsi della "piezosurgery"	●	●	●
	Evitare l'utilizzo di vasocostrittore associato all'anestetico locale	●	●	●
	Rimuovere i sequestri ossei nel modo più atraumatico possibile, evitando di esporre ulteriore tessuto osseo e cercando di ottenere una guarigione per prima intenzione. Utilizzare strumenti manuali (martello, scalpello, pinze ossivore, lime ossee) e/o servirsi della "piezosurgery"		●	●
	Resezione atraumatica del tessuto osseo affetto. Utilizzare strumenti manuali (martello, scalpello, pinze ossivore, lime ossee) e/o servirsi della "piezosurgery"		●	●
	Resezione parziale, marginale o segmentale delle ossa mascellari, eventualmente seguita da una fase ricostruttiva.			●

PROTOCOLLO ESTRAZIONI DENTARIE/CHIRURGIA MINORE
in pz con anamnesi positiva per assunzione di BF

• **BF ORALI assunti < 3 anni,** • **No fattori di rischio LOC-SIST** • **NO ONM**	• **BF E.V.** (terapia in atto o pregressa) • **BF ORALI** assunti < 3 anni, in presenza di fattori di rischio LOC-SIST • **BF ORALI assunti > 3 anni NO ONM**	• **BF ORALI /E.V.** (terapia in atto o pregressa) • **SI ONM**
1) Ottenimento del **consenso informato scritto** da parte del paziente, dopo la comunicazione del rischio, sebbene molto basso, di sviluppo di ONM associato alla procedura odontoiatrica. **2)** È possibile **effettuare tutte le procedure odontoiatriche** (anche estrazioni, chirurgia orale). È consigliabile valutare la necessità dalle tecniche implantologiche e, comunque, ottenere un **consenso informato scritto ad hoc per implantologia** da parte del paziente che assume BF. 3) **Nel caso di estrazione/intervento non urgente (intervento programmato, ad es. impianto dentale):** valutare insieme al medico prescrittore del BF l'eventuale SOSPENSIONE PRECAUZIONALE DEL FARMACO (BF ORALI)1 per 2 - 4 mesi (Marx, 2007) e/o la prescrizione di terapia sostitutiva **4)** Di ausilio, sebbene in assenza di definitiva evidenza, **dosaggio del CTX serico come marker di valutazione del turn-over osseo**, secondo parametri espressi nella **pagina 20** **5) Amoxicillina ed ac. Clavulanico 1 gr ogni 12 ore da 3 gg prima dell'intervento odontoiatrico a 6 gg dopo guarigione clinica** 6) Meticolosa toelette alveolare con **manipolazione ossea minima** – piezosurgery 7) Irrigazioni intralveolari/intralesionali con **antibiotico per uso locale** (Rifocin) 8) Guarigione per prima intenzione (**sutura** se possibile- cercando di evitare eccessive trazioni ai tessuti molli) 9) **Sciacqui** con **clorexidina** 0,12% (senza alcol) per 60" 3 volte al dì e applicazioni in 10) **Gel** (clorexidina 0,5% - senza alcol) 11) **Gel coadiuvante la rigenerazione dei tessuti**	1) Ottenimento del **consenso informato scritto** da parte del paziente, dopo la comunicazione del rischio di sviluppo di ONM associato alla procedura odontoiatrica 2) **Se estrazione/intervento non urgente ma considerato necessario:** Valutare insieme al medico prescrittore del BF l'eventuale SOSPENSIONE PRECAUZIONALE DEL FARMACO (BF ORALI)1 per 2 - 4 mesi (Marx, 2007) e/o la prescrizione di terapia sostitutiva. **3)** Di ausilio, soprattutto per interventi urgenti, sebbene in assenza di definitiva evidenza, **il dosaggio del CTX serico come marker di valutazione del turn-over osseo,** secondo parametri espressi nella **pagina 20** **4) Piperacillina/tazobactam i.m. (Tazocin) o Ampicillina/sulbactam i.m. (Unasyn) – 1 fl ogni 12 ore da 4 gg prima dell'estrazione a 8 gg dopo guarigione clinica** 5) **Evitare l'utilizzo di vasocostrittore** associato all'anestetico locale Meticolosa toelette alveolare con 6) **manipolazione os ea minima** - piezosurgery 7) Irrigazioni intralveolari/intralesionali con **antibiotico per uso locale** (Rifocin) 8) Guarigione per prima intenzione (**sutura** se possibile- cercando di evitare eccessive trazioni ai tessuti molli) 9) **Sciacqui** con **clorexidina** 0,12% (senza alcol) per 60" 3 volte al dì e applicazioni in **gel** (clorexidina 0,5%-senza alcol) **10) Gel coadiuvante la rigenerazione dei tessuti** SE DISPONIBILE: Sedute di **biostimolazione laser**, sia nell'immediato post-operatorio, che a distanza di una settimana dall'intervento. Si effettuano 5 applicazioni di un minuto ogni seduta per un totale di minimo tre sedute. L'applicazione di LLLT stimola la rigenerazione tissutale e abbassa la carica batterica nella zona	1) Ottenimento del **consenso informato scritto** da parte del paziente, dopo la comunicazione del rischio di sviluppo di ONM associato alla procedura odontoiatrica 2) **Estrazione/intervento orale se strettamente necessario:** Valutare insieme al medico prescrittore del BF l'eventuale SOSPENSIONE PRECAUZIONALE DEL FARMACO (BF ORALI)1 per 2 - 4 mesi (Marx, 2007) e/o la prescrizione di terapia sostitutiva **3)** Di ausilio, sebbene in assenza di definitiva evidenza, **dosaggio del CTX serico come marker di valutazione del turn-over osseo**, secondo parametri espressi nella **pagina 20** 4) **Piperacillina/tazobactam i.m. (Tazocin) o Ampicillina/sulbactam i.m. (Unasyn) – 1 fl ogni 12 ore da 4 gg prima dell'estrazione a 8 gg dopo guarigione clinica** 5) **Evitare** l'utilizzo di **vasocostrittore** associato all'anestetico locale 6) Meticolosa toelette alveolare con **manipolazione ossea minima** - piezosurgery 7) Irrigazioni intralveolari/intralesionali con **antibiotico per uso locale** (Rifocin) 8) Guarigione per prima intenzione (**sutura** se possibile- cercando di evitare eccessive trazioni ai tessuti molli) 9) **Sciacqui** con **clorexidina** 0,12% (senza alcol) per 60" 3 volte al dì e applicazioni in **gel** (clorexidina 0,5%-senza alcol) **10) Gel coadiuvante la rigenerazione dei tessuti** Sedute di **biostimolazione laser**, sia nell'immediato post-operatorio, che a distanza di una settimana dall'intervento. Si effettuano 5 applicazioni di un minuto ogni seduta per un totale di minimo tre sedute. L'applicazione di LLLT stimola la rigenerazione tissutale e abbassa la carica batterica nella zona dell'intervento.

Nb: Non esiste evidenza scientifica che supporti la validità della sospensione della terapia con BF E.V. e/o orali prima delle procedure chirurgiche dento-alveolari. Tuttavia, la sospensione della terapia potrebbe portare ad una riduzione dell'effetto anti-angiogenetico e di tossicità sui tessuti molli dei BF contribuendo a migliorare la vascolarizzazione e la rapidità di guarigione dopo manovre chirurgiche.

Terapia farmacologica nei pazienti con ONM (per pazienti adulti)	
Antibiotici	
TRATTAMENTO DI PRIMA SCELTA	
Penicillina	**500 mg 3-4 volte/die per 10 gg da ripetere 1 settimana al mese** come dose di mantenimento, anche in assenza di sintomatologia algica
Amoxicillina + ac. Clavulanico	**500 mg 3-4 volte/die per 10 gg da ripetere 1 settimana al mese** come dose di mantenimento, anche in assenza di sintomatologia algica
Se ALLERGIA ALLE PENICILLINE	
Clindamicina Eritromicina Azitromicina	150-300 mg 4 volte/die per 10 gg 400 mg 4 volte/die per 10 gg 400 mg 4 volte/die per 10 gg
PER CASI REFRATTARI O CON SEVERA INFEZIONE E SINTOMATOLOGIA IMPORTANTE (IN AGGIUNTA AI PRECEDENTI)	
Amoxicillina + ac. Clavulanico (in associazione a) Metronidazolo **Ampicillina I.M. (Unasyn)** **Piperacillina I.M. (Tazocin)**	1 g 2 volte/die per 15 gg 250-500 mg 2 volte/die per 15 gg 1 g 2 volte/die per 15 gg 2 g 2 volte/die per 15 gg
Se ALLERGIA ALLE PENICILLINE	
Ciprofloxacina + Metronidazolo Eritromicina + Metronidazolo	500 mg 2-3 volte/die per 15 gg 400-500 mg 3 volte/die per 15 gg
Antimicotici (se richiesti)	
Acyclovir Valacyclovir	400 mg 2 volte/die per 15 gg 500 mg-2 g 2 volte/die per 15 gg

Valutazione del rischio di ONM secondo parametri di laboratorio del CTX serico nei pazienti che assumono BF orali	
VALORI DI CTX (C-terminal cross-linking telo-peptide) espressi **in pg/ml** (USA)	**RISCHIO PER ONM (Marx, 2007)**
300-600 pg/mL(normal)	Nessun rischio
150-299 pg/mL	rischio minimo o nullo
101-149 pg/mL	rischio Moderato
≤ 100 pg/mL	rischio elevato
Per i dosaggi espressi in ng/ml o pmol/L (ITA) va effettuata la conversione dei valori	

Anamnesi farmacologica - BIFOSFONATI

MOLECOLA E NOME COMMERCIALE DEI PIU' COMUNI BIFOSFONATI

ordinati secondo il rischio risultante dalla bibliografia disponibile

Acido zolendronico

1. **ZOMETA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 4 mg
2. **ACLASTA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 5 mg

Marx 40,3% incid tra le ONJ
Durie 10% incid tra i pz tratt

Acido pamidronico

3. **AREDIA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 15 mg/5 ml
4. **AREDIA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 30 mg/10 ml
5. **AREDIA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 60 mg/10 ml
6. **AREDIA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 90 mg/10 ml
7. **AMIDROX** (CRINOS) 1 f. 15 mg
8. **AMIDROX** (CRINOS) 1 f. 30 mg
9. **AMIDROX** (CRINOS) 1 f. 60 mg
10. **AMIDROX** (CRINOS) 1 f. 90 mg
11. **Pamidronato Disodico IBP Pharma (IBP Pharma)**
12. **Pamidronato Disodico Mayne (Mayne Pharma Italia)**
13. **Texpami (Pharmatex Italia)**

Marx 26% incid tra le ONJ
Durie 4% incid tra i pz tratt

ACIDO ALENDRONICO SALE SODICO

14. **ACIDO ALENDRONICO FIDIA** (FIDIA) 4 cpr 70 mg
15. **ADRONAT** (NEOPHARMED) 14 cpr 10 mg
16. **ADRONAT** (NEOPHARMED) 4 cpr 70 mg
17. **ADROVANCE 70** (ADDENDA PHARMA) 4 cpr 70 mg
18. **ALENDRONATO EG** (EG) 4 cpr 70 mg
19. **ALENDRONATO M.G** (MERCK) 4 cpr 70 mg
20. **ALENDRONATO PLIVA** (PLIVA PHARMA) 4 cpr 70 mg
21. **ALENDRONATO RANBAXY** (RANBAXY ITALIA) 4 cpr 70 mg
22. **ALENDRONATO RATIO** (RATIOPHARM) 4 cpr 70 mg
23. **ALENDRONATO SANDOZ** (SANDOZ) 4 cpr 70 mg
24. **ALENDRONATO TEVA** (TEVA PHARMA ITALIA) 4 cpr 70 mg
25. **ALENDROS** (ABIOGEN PHARMA) 14 cpr 10 mg
26. **ALENDROS** (ABIOGEN PHARMA) 4 cpr 70 mg
27. **ALENIC** (EPIPHARMA) 4 cpr 70 mg
28. **DRONAL** (SIGMATAU) 4 cpr 70 mg
29. **DRONAL** (SIGMATAU) 14 cpr 10 mg
30. **DARYX** (BONISCONTRO E GAZZONE) 4 cpr 70 mg
31. **FOSAMAX** (MERCK SHARP E DOHME spa) 14 cpr 10 mg
32. **FOSAMAX** (MERCK SHARP E DOHME spa) 4 cpr 70 mg
33. **FOSAMAX PLUS** (MERCK SHARP E DOHME spa) 4 cpr 70 mg + Colecalciferolo
34. **FOSAVANCE** (MERCK SHARP E DOHME spa) 4 cpr 70 mg
35. **GENALEN** (GENTILI) 14 cpr 10 mg
36. **GENALEN** (GENTILI) 4 cpr 70 mg
37. **OSAMAX** (MERCK SHARP) 4 cpr 70 mg

Nota limitativa 79

Marx 2.5% incid tra le ONJ
170 casi (per os) J Am Dental Assoc 2006, 137:1144-1150
0,7 per 100,000 persone/anno di esposizione

ACIDO RISEDRONICO SALE SODICO

38. **ACTONEL** (PROCTER & GAMBLE) 28 cpr (2x14) 5 mg
39. **OPTINATE** (LEPETIT) 28 cpr (2x14) 5 mg
40. **ACTONEL** (PROCTER & GAMBLE) 14 cpr 30 mg

12 casi - J Am Dental Assoc 2006, 137:1144-1150
Nota limitativa 79

ACIDO IBANDRONICO

41. **BONVIVA** (ROCHE spa) 1 cpr 150 mg
42. **BONDRONAT** (ROCHE spa) 28 cpr 50 mg

1 caso J Am Dental Assoc 2006, 137:1144-1150

Nota limitativa 79

ACIDO CLODRONICO

43. **ACIDO CLODRONICO SANDOZ** (SANDOZ) 6 f. 300 mg
44. **ACIDO CLODRONICO SANDOZ** (SANDOZ) 6 f. 100 mg
45. **ACIDO CLODRONICO EG** (EG) 6 f. 100 mg
46. **ACIDO CLODRONICO UNION** (MERCK) 6 f. 100 mg
47. **CLASTEON** (ABIOGEN PHARMA) 10 cps 400 mg
48. **CLASTEON** (ABIOGEN PHARMA) 6 f. 100 mg soluz. iniett. im
49. **CLASTEON** (ABIOGEN PHARMA) 6 f. 300 mg soluz. iniett. im
50. **CLASTEON** (ABIOGEN PHARMA) 6 f. 100 mg + 33 mg lidocaina
51. **CLIMACLOD** (MASTELLI) 6 f. 100 mg
52. **CLODEOSTON** (BONISCONTRO E GAZZONE) 6 f. 100 mg
53. **CLODRON** (FIDIA) 10 cps 400 mg
54. **CLODRON** (FIDIA) 6 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniett.
55. **CLODRONATO ABC** (ABC FARMACEUTICI) 6 f. 300 mg
56. **CLODRONATO ABC** (ABC FARMACEUTICI) 12 f. 100 mg
57. **CLODRONATO ABC** (ABC FARMACEUTICI) 6 f. 100 mg
58. **CLODRONATO TEVA** (TEVA PHARMA ITALIA) 6 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniett.
59. **CLODY** (PROMEDICA) 6 f. 100 mg
60. **CLODY** (PROMEDICA) 6 f. 300 mg
61. **DIFOSFONAL** (SPA) 10 cps 400 mg
62. **DIFOSFONAL** (SPA) 6 f. 300 mg/10 ml
63. **DIFOSFONAL** (SPA) 6 f. 100 mg soluz. iniett.
64. **DIFOSFONAL** (SPA) 6 f. 100 mg + 33 mg lidocaina
65. **DISODIO CLODRONATO** (LABORATORI ALTER) 6 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniett.
66. **DISODIO CLODRONATO** (EG) 6 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniett.
67. **MOTICLOD** (LISAPHARMA) 6 f. 300 mg/10 ml soluz. inf. ev
68. **MOTICLOD** (LISAPHARMA) 12 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniett.
69. **MOTICLOD** (LISAPHARMA) l6 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniett.
70. **NIKLOD** (IBN SAVIO) 6 f. 300 mg
71. **NIKLOD** (IBN SAVIO) 6 f. 100 mg
72. **CLASTEON** (ABIOGEN) 6 f. 300 mg
73. **OSTEONORM** (FARMACEUTICI CABER) 6 f. 300 mg
74. **OSTEONORM** (VECCHI E PIANI) 6 f. 300 mg s
75. **OSTEOSTAB** (ROTTAPHARM) 12 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniett.
76. **OSSITEN** (ROCHE) 6 f. 300 mg
77. **OSSITEN** (ROCHE) 10 cps 400 mg
78. **SOCLONAT** (FEDERFARMACO) 6 f. 100 mg

Nota limitativa 42

ACIDO ETIDRONICO SALE DISODICO

79. **ETIDRON** (ABIOGEN PHARMA) 30 cps 300 mg
80. **DIDROCAL** (PROCTER & GAMBLE PHARMACEUTICALS) 76 cps 200 mg
81. **DIDRONEL** (PROCTER & GAMBLE PHARMACEUTICALS) 30 cps 300 mg

Nota limitativa 42

ACIDO TILUDRONICO

82. **SKELID** (SANOFI AVENTIS) 56 cpr 200 mg

ACIDO NERIDRONICO SALE SODICO

83. **NERIXIA** (ABIOGEN) 1 f. 25 mg
84. **NERIXIA** (ABIOGEN) 2 f. 100 mg

RISCHIO?

Siamo in "linea" anche con te!
Vieni a trovarci!
http://www.andiroma.it

ANDI ROMA Servizi
06.44252527

PROGETTO ANDI - ROMA REBIBBIA

L'operosità e la politica degli annunci

Tanto si è potuto leggere a vario titolo sui media circa la realtà delle carceri italiane e sulla drammatica condizione di assistenza sanitaria.
Avremmo potuto citare il dossier:
Morire di carcere.
http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/ricerca/2003/casistica.htm
Oppure **il Forum nazionale per i diritti dei detenuti e delle detenute**. Che invoca il grande
cambiamento culturale e la conquista di civiltà applicando la legge 230 e cercando di innovare il più possibile. Non è in ballo solo un trasferimento di competenze. C'è una vera trasformazione culturale da attuare, a cominciare dal concetto di salute in carcere e dalla promozione della prevenzione. Si tratta di fare il passo decisivo a distanza di 9 anni dalla mancata applicazione della legge 230 che dispone il trasferimento di competenze dal ministero della Giustizia al sistema sanitario nazionale che è, ancora, di fatto inapplicata.
O ancora il loro comunicato stampa (16 aprile 2007) "Diritto alla salute in carcere: Ora basta - Riforma subito. Per l'immediata applicazione della legge 230/99 di riordino della medicina penitenziaria", per il convegno organizzato a Roma Martedì 17 aprile '07 dal "Forum Nazionale per la tutela della salute dei detenuti e delle detenute". - Camera dei Deputati - Palazzo Marini.
Noi di Andi Roma siamo dell'idea che non si possa fare la politica degli annunci ed in particolare che sia poco serio in casi nei quali sono coinvolti i valori etici di fasce socialmente deboli e della nostra professione.
Questo è il motivo per il quale siamo a comunicarVi ora quanto fin qui fatto.

Gian Luca Picozzi

IL PROGETTO

La nostra associazione si è resa disponibile dal mese di febbraio 2006 per rendere operativo un Progetto concreto, volto a soddisfare i bisogni essenziali di cure dentali all'interno della struttura Carceraria di Rebibbia. La segnalazione ci venne dalla regione Lazio e noi di ANDI ROMA abbiamo accolto con sensibilità ed entusiasmo tale impegno volto a dare risposte concrete ad una delle fasce socialmente più deboli.
Il punto di partenza è stato un incontro preliminare con don Sandro Spriano, cappellano di Rebibbia che ci ha permesso di avere dati co-

noscitivi demografici ed etnici da cui è emerso che in seguito al sovraffollamento della struttura veniva confermata la necessità di ampliare l'erogazione di cure dentali.
Coordinatore del progetto è stato designato il dott. Giuseppe Teofili, consigliere Andi Roma.
Grazie alla disponibilità ed alla sensibilità del direttore di Rebibbia **dott. Carmelo Cantone**.
Con l'aiuto di Don Sandro Spriano, responsabile dell'Area Carcere Caritas Diocesana di Roma si é studiato e messo a punto la parte pratica per poter organizzare un servizio odontoiatrico volto a soddisfare i bisogni essenziali di cure dentali dei detenuti. Ad un primo incontro con la direzione della casa circondariale che ha preso atto della nostra disponibilità è seguito un successivo incontro con la direzione sanitaria utile ad acquisire dati sull'organizzazione delle attività cliniche nella struttura ed in particolare di quella odontoiatrica.
Aprile 2006 Il 26-04-2006 è stato quindi siglato un protocollo d'intesa tra Andi Roma, la direzione del Complesso penitenziario di Rebibbia e l'Associazione Caritas per l'assistenza ai detenuti offerta da Andi Roma,a titolo di volontariato. Quindi abbiamo dato il via al progetto che si compone di una fase di acquisizione dati, una di istruzione alla prevenzione ed una clinica.

LA PRIMA FASE

Nel mese di **Luglio 2006** ha preso inizio la fase di prevenzione.
ANDI ROMA ha progettato un questionario con domande semplici, consegnato a 800 detenuti, nel mese **di settembre 2006**, le cui risposte sono state successivamente analizzate ed elaborate.

Le risposte ci hanno consentito di comprendere le reali conoscenze da parte dei detenuti circa le problematiche stomatologiche sia di prevenzione, sia di igiene e cura delle stesse.
A questo punto sono stati donati tramite ANDI ROMA materiali e kits per igiene personale del cavo orale nella misura di 4500 spazzolini, colluttori e dentifrici.
A tal proposito va il nostro grazie a don Spriano e alla sua rete di volontari che hanno consegnato i kits ai detenuti e ritirato i questionari.
Ha cosi cominciato a prendere corpo sempre nell'ambito della fase di prevenzione l'organizzazione di un intervento formativo preliminare di carattere educativo-sanitario volto e finalizzato a stimolare una corretta igiene orale.

LA SECONDA FASE

Nei primi mesi del 2007 sono stati organizzati e si sono conclusi nel marzo 2007 una serie di 7 incontri con i detenuti dei vari reparti.
Tali incontri di informazione ed educazione sanitaria sono stati effettuati con l'ausilio di mezzi audiovisivi ed informatici, specificamente mirati a divulgare nozioni semplici di prevenzione delle patologie del cavo orale.
I detenuti hanno potuto dialogare con i nostri odontoiatri, porre domande ed avere risposte in un clima di serena e gradita colloquialità.
Nel corso di detti incontri sono stati distribuiti ai detenuti che vi hanno partecipato da parte degli odontoiatri di ANDI-ROMA presenti, opuscoli di materiale informativo riguardante l'autodiagnosi e la prevenzione in odontoiatria per verificare e meglio conoscere il livello di salute oro-dentale.
Tale opuscolo approntato da ANDIROMA e dalla azienda EMOFORM rientra in un programma di auto diagnosi e prevenzione rivolto a tutta la popolazione italiana.

LA TERZA FASE

giugno 2007 il consiglio direttivo ha deliberato l'acquisto di due unità per ablazione da donare alla struttura di Rebibbia alla quale, poi, sono state consegnate.
luglio 2007 sono state acquistate da ANDI ROMA e donate alla Struttura di Rebibbia due unità per detartrasi professionale, attualmente funzionanti nelle 2 sale odontoiatriche della struttura.
ottobre 2007, ci siamo incontrati di nuovo con la direzione, come da protocollo d'intesa, per analizzare quanto fin a quel punto realizzato e con l'obiettivo comune di giungere alla organizzazione di una vera e propria attività clinico – terapeutica coordinata da ANDI_ROMA all'interno del carcere.
novembre 2007 la direzione condivide l'esigenza di proseguire in modo fattivo l'intervento "già egregiamente avviato da ANDI ROMA" per realizzare la fase tecnico – operativa compiutamente con il protocollo sottoscritto.
febbraio 2008 viene siglato un accordo di programma sulla seconda fase per la attuazione del protocollo operativo per l'assistenza odontoiatrica ai detenuti.
Nei 2 mesi successivi ANDI ROMA ha effettuato sopralluoghi negli ambulatori odontoiatrici, ha individuato un numero di odontoiatri volontari sufficienti all'espletamento di questa fase.
Con grande soddisfazione della direzione di Rebibbia i nostri volontari dalla prima settimana di **maggio 2008** si stanno avvicendando nelle sale odontoiatriche messe a disposizione dall'amministrazione il venerdi mattina dalle ore 9 alle 12.
Ancora maggiore è la soddisfazione dei detenuti che erano in una lunga lista d'attesa e che possono usufruire di cure conservative, terapie chirurgiche e ablazioni del tartaro in tempi più brevi. E bello poter sottolineare come in un clima di efficace collaborazione con gli operatori socio-sanitari, gli agenti di polizia penitenziaria ed i colleghi consulenti interni, i nostri odontoiatri ANDI ROMA danno un prezioso contributo al miglioramento della salute orale di questa fascia socialmente debole che ha bisogno di risposte concrete, non di promesse!!
Con un doveroso ringraziamento alla Direzione di Rebibbia, rappresentata dal Direttore Dr. Cantone e dalla vice direttrice Dr.ssa Perri auspichiamo che il nostro operato possa e debba andare avanti e guardare sempre ai bisogni reali delle persone. Non abbiamo finora pubblicizzato il nostro impegno perché noi siamo medici e odontoiatri volontari.
A noi di ANDI ROMA piace lavorare in silenzio in armonia con la regola non scritta del volontariato.
Non ci piacciono molto le dispendiose conferenze sul volontariato.
Troviamo anzi che ci sia una evidente contraddizione in termini tra il parlare e teorizzare tanto di volontariato che oggi viene dipinto ed enfatizzato come transculturale ed interetnico per noi il volontariato è volontariato e basta.

NON È PARLARE MA AGIRE.

Ci piace comunicare i nostri risultati solo quando li abbiamo raggiunti, magari con fatica... e soprattutto non ci aspettiamo ringraziamenti da nessuno. Ci bastano il sorriso e la stretta di mano dei nostri pazienti.

Giuseppe Teofili
Coordinatore Progetto Carceri

Carcere di Rebibbia ottobre 2006

CAMPIONE DI 689 PAZIENTI

Ad ognuno è stato consegnato un questionario a risposta chiusa composto da 18 domande.

DOMANDA 1

È FUMATORE?

1		
si	no	astenuti
492	193	4

DOMANDA 2

BEVE ALCOLICI?

2		
si	no	astenuti
226	456	7

DOMANDA 3

PER UNA CORRETTA IGIENE ORALE, OLTRE ALLO SPAZZOLINO E IL DENTIFRICIO, È CORRETTO USARE IL FILO INTERDENTALE?

3		
si	no	astenuti
491	177	21

DOMANDA 4

I DENTI, SE VENGONO PULITI CON LO SPAZZOLINO CON MOVIMENTI RIPETITIVI IN ECCESSO, SI CONSUMANO?

4		
si	no	astenuti
284	392	13

DOMANDA 5

L'ALIMENTAZIONE MECCANICAMENTE CONSISTENTE (MELE, CAROTE, FINOCCHI, FORMAGGI DURI ECC), AIUTA A MANTENERE I DENTI SANI E PULITI?

5		
si	no	astenuti
467	208	14

DOMANDA 6

L'USO DEL COLLUTTORIO (DISINFETTANTE DELLA BOCCA) È SUFFICIENTE A PREVENIRE LA CARIE?

6		
si	no	astenuti
205	452	32

DOMANDA 7

SECONDO LEI UN DENTE CARIATO O LA GENGIVA MALATA POSSONO CAUSARE ALTRE MALATTIE GRAVI?

7		
si	no	astenuti
552	122	15

DOMANDA 8

IL FLUORO RENDE I DENTI PIU' RESISTENTI?

8		
si	no	astenuti
484	167	38

DOMANDA 9

TRAMITE LA SALIVA, È POSSIBILE TRASMETTERE I GERMI CHE FAVORISCONO LA CARIE?

9		
si	no	astenuti
371	229	89

DOMANDA 10

LE SUE GENGIVE SANGUINANO SPESSO?

10		
si	no	astenuti
182	492	15

DOMANDA 11

È PORTATORE DI PROTESI FISSA?

11		
si	no	astenuti
158	520	11

DOMANDA 12

È PORTATORE DI PROTESI MOBILE?

12		
si	no	astenuti
141	535	13

DOMANDA 13

LA PROTESI FERISCE LA GENGIVA O LA MUCOSA DELLA GUANCIA O LA LINGUA?

13		
si	no	astenuti
269	359	61

DOMANDA 14

LA LINGUA URTA SU DENTI TAGLIENTI?

14		
si	no	astenuti
416	250	23

DOMANDA 15

HA DIFFICOLTÀ AD APRIRE BENE LA BOCCA?

15		
si	no	astenuti
152	524	13

DOMANDA 16

RITIENE POSSIBILE LA COMPARSA DI TUMORI SULLA LINGUA, SULLE GENGIVE O SULLE MUCOSE?

16		
si	no	astenuti
407	241	41

DOMANDA 17

QUANTE VOLTE AL GIORNO USA LO SPAZZOLINO?

17				
1	2	3	0	astenuti
136	246	255	47	5

DOMANDA 18

RITIENE UTILE AVER RISPOSTO AL QUESTIONARIO?

18			
no	poco	molto	astenuti
80	172	407	30

Approfitta del FUORI TUTTO!!!

Durante le serate culturali ANDI ROMA approfitta delle **Super Offerte** venendo al nostro Stand oppure cliccando sul sito

www.fordentsrl.it

Le Super Offerte durano solo 24 h e non sono prorogabili nei giorni successivi alla serata!!!

GRUPPO FORDENT DENTAL SUPPLY • Via Atene 5/7/9 • 00043 Ciampino Roma
Tel. 06 7962180 - 06 79041036 - 06 793508 r.a.
www.fordentsrl.it • fordentsrl@fordentsrl.it

Voliamo alto!

No implantologia se a farla è un chirurgo maxillo facciale.

Sono a dir poco sconcertato per dover registrare, ancora una volta, la mancanza di unità, collaborazione e senso di colleganza all'interno della nostra categoria.

Il chirurgo maxillo facciale pare non possa mettere impianti endoossei, mentre c'è chi ritiene che il dentista può mettere i "filler" (riempitivi) delle labbra e tenere corsi su come si fa!!!
Vi dico questo perché ci è stato chiesto il patrocinio per un corso di filler tenuto da un odontoiatra, che non conosco, ed io mi sono opposto facendone non una questione di competenze ma di specifica preparazione clinica.
Chi scrive, il sottoscritto, è in possesso delle certificazioni di frequenza di cinque anni in chirurgia maxillo facciale, se ricostruissi le mie sedute operatorie, in vari ruoli, supererei i 500 interventi. Inoltre è stato membro della S.I.C.P.R.E. (società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica) ed ha seguito corsi pratici di chirurgia estetica e ricostruttiva dell'estremo cefalico in Francia e negli Stati Uniti. E, tra le altre cose, è diplomato al Misch Institute. Tutte cose che dal punto di vista legale da noi sono aria fritta, ma quando si tratta un paziente, fanno la differenza. Quindi, forse, ho una vaga idea degli argomenti che ho introdotto.
Ora senza voler fare della sterile polemica perché non si è affrontata la situazione in modo costruttivo? Proprio non capisco. La cosa più semplice sarebbe:

a. Sei un Chirurgo maxillo? Bene non hai problemi di tecnica chirurgica, ma devi acquisire alcune linee guida essenziali. Come? Università. Un corso di sei mesi certificato ed abilitante.
b. Sei un dentista? Bene conosci la bocca, ma l'uso dei filler è una cosa diversa. Devi acquisire alcune linee guida essenziali. Come? Università. Un corso di sei mesi certificato ed abilitante.

Invece no mi pare ci sia, come al solito un atteggiamento leguleio, non da parte del ministero, che è stato preciso e puntuale, ma da parte di chi cerca di recintare il "proprio orto". Voglio vedere dove va il paziente quando c'è una complicanza in seguito ad un intervento di chirurgia della bocca, cui è abilitato l'odontoiatra.
Insomma ci vorrebbe, come al solito più buon senso e collaborazione e certo l'esempio che ci viene dalle rappresentanze ordinistiche non è sempre all'altezza.

Ma veniamo alla notizia:
In assenza di iscrizione all'Albo degli odontoiatri il medico chirurgo specializzato in chirurgia maxillo-facciale non non può svolgere l'odontoiatria e (fin qui) potrebbe andare, ma neppure, conseguentemente l'implantologia. E qui mi sorge qualche dubbio.
Ma chi lo dice?
Giovanni Leonardi il Direttore generale del ministero della Salute. Infatti in una risposta ad un quesito posto dalla CAO di Siracusa si esclude che l'implantologia dentale possa essere praticata dai medici chirurghi specialisti in chirurgia maxillo-facciale.

Ed ecco il perché:
con la legge 409/85, che si adeguava alle direttive (78/686/687/Cee) comunitarie si è istituita in Italia la professione di odontoiatra che ha per scopo l'attività di diagnosi e terapia delle malattie e anomalie congenite e acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione e riabilitazione odontoiatrica. e visto che l'implantologia dentale è una metodica di riabilitazione odontoiatrica e rientra, come tale, nelle competenze specifiche dell'odontoiatra e, come diritto acquisito, di una particolare categoria di medici chirurghi iscritti all' albo degli odontoiatri.
Inoltre la legge 409/85 separa in maniera netta la professione di medico chirurgo da quello di odontoiatra, separazione ribadita successivamente anche dalla direttiva comunitaria (2005/36/Cee) e recepita dal ns. Governo con il DL 206 del 9 novembre 2007 ".

(Direzione generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie del ministero della Salute del 19 marzo 2008)

Gian Luca Picozzi

I PARTICOLARI FANNO LA PERFEZIONE, MA LA PERFEZIONE NON È UN PARTICOLARE!

(dedicato da Frank V. Celenza all'indimenticabile prof. Mario Martignoni)

Caro Enzo,
credevi mi fossi dimenticato?!
Ecco qui: Ho deciso di porti delle domande per rispondere a dei quesiti semplici, che tutti i giorni il profano si può fare. Dopo tanti articoli sui media e tante mancate risposte da parte della categoria e tanta demagogia a nostre spese. Ho affrontato tante volte questo problema di comunicazione, nei miei articoli, nei miei editoriali, parlando di comunicazione, ma un professionista organizzato ed efficiente come te come risponde a queste semplici 7 domande? È chiaro che questa serie di articoli aprirà un dibattito infinito. Ma è questo lo scopo.

1. domanda: come è possibile che una capsula (elemento singolo di protesi dentaria fissa) possa avere costi che oscillano per l'oro ceramica da 400,00 a 3000,00 euro?
2. domanda: si tratta della stessa cosa?
3. domanda: dove sono, se ci sono, le differenze.
4. domanda: è solo il dentista più esoso?
5. domanda: cambiano i protocolli?
6. domanda: cambiano i materiali?
7. domanda: come si possono illustrare tali diverse realtà ad un nostro paziente?

Nel Titolo C'è tutto.
Da qui dobbiamo fissare la nostra partenza per capire le differenze, piccole e grandi, tra due cose solo apparentemente uguali. La perfezione, forse, non è raggiungibile, ma è indispensabile operare sempre la sua ricerca attraverso la cura dei particolari. Sono troppi gli esempi che potremmo portare a questo proposito perciò non ne cito nessuno; tutti conosciamo la differenza che c'è tra un oggetto grossolano e uno "uguale" solo "semplicemente" più curato, magari confezionato con lo stesso materiale. Senza perderci in chiacchiere inutili credo che questo sia sufficiente a chiarire le differenze tra due cose cosiddette uguali.
Sfatiamo un tabù, non prendiamoci in giro, non è, e non può essere, soltanto il materiale utilizzato a fare la differenza! Leghe nobili, non nobili, titanio, zirconia, ceramica integrale, compositi diretti e indiretti, CAD – CAM e, visto che ci siamo, mettiamoci pure raggi LASER e il teletrasporto dal laboratorio direttamente alla cavità orale in un nanosecondo per ottimizzare i nostri tempi operativi a determinare il costo della corona protesica.
Ecco! È da qui che inizia la confusione. – Corona Protesica – Protesi: sostituzione di tutto o parte di un organo non più efficiente o andato perduto, con un equivalente meccanico. Non si tratta di un oggetto qualsiasi!
Su materiali e metodi non c'è discussione, tratteremo più avanti, sappiamo fin troppo bene che devono sempre essere i migliori a disposizione, i più idonei alla prestazione programmata.
Tuttavia è necessaria una precisazione, quello che si deve **chiarire** è la differenza tra - **Prestazione Professionale** - e - **prestazione e basta** -.
Ma vediamo, dati per certi la buona fede e la correttezza, cosa intendo:
per la - *prestazione e basta* - è necessario possedere il titolo Universitario specifico, avere a disposizione un ambiente più o meno strutturato per eseguirla, un minimo di personale coadiuvante, (anche se va rilevato che non è il numero, ma l'abilità e la passione ad avere valore) una serie di attestati ECM obbligatori e un laboratorio di tipo industriale o di qualità media e si può confezionare una capsula pronta da inserire, poi, con qualche ritocchino sufficiente a far chiudere, si procede con la cementazione e la fattura.
Vi pare discutibile? Ma non è più discutibile inserire protesi incongrue?
Onorari così bassi, per es. 400 € per una corona, non possono che essere applicati e sopportati da strutture pubbliche, da grosse associazioni o multinazionali oppure da studi privati con bassissimo costo di gestione. Purtroppo per mantenere bassi i costi non basta eliminare il superfluo; è anche necessario eliminare o ridurre tutti quegli strumenti e materiali, utili (direi indispensabili) per far fronte egregiamente ad ogni situazione clinica anche critica. Sempre per ragioni economiche i collaboratori non possono essere altamente specializzati. Il risultato finale sarà sicuramente scadente, con tutti i disagi per il paziente, e a volte non solo, che ne conseguiranno.
Per la - *Prestazione Professionale* - oltre al titolo Universitario specifico, occorre una forte motivazione che spinge al continuo aggiornamento (indipendentemente dall'ECM) attraverso la partecipazione attiva a corsi e seminari post laurea, se necessario, andando anche all'estero, non smettere mai di studiare e documentarsi su testi e riviste di valore scientifico internazionale. Confrontarsi con umiltà con colleghi ritenuti più preparati e tutto quanto risulterà utile per il miglioramento professionale.
Purtroppo si toglierà del tempo a qualcosa d'importante e possiamo sottrarlo soltanto al lavoro stesso, al riposo, alla famiglia e/o ai momenti di relax. Più la miscela fra questi elementi sarà armonica, maggiore sarà la possibilità di raggiungere l'obiettivo, che preciso essere: << Collocare una protesi che si integri il più precisamente possibile in un sistema masticatorio nel totale rispetto degli equilibri estetico – morfo – funzionali, quando questi siano fisiologicamente integri, oppure nel loro miglior ripristino, quando siano andati perduti>>.(la tendenza alla perfezione).
Per raggiungere l'obiettivo è indispensabile possedere le conoscenze in fisiopatologia di tutte le discipline della nostra professione, che, solo per i più distratti ricordo essere: Endo, Perio, Ortho, Gnato, Implanto, Protesi. Non ho dimenticato la

conservativa, diretta o indiretta che sia, ma nel rispetto della citata definizione rientra nel concetto di protesi. Un discorso a parte meritano le conoscenze su indagini di laboratorio, radiologiche e strumentali in genere.
L'attenzione e la cura che dobbiamo prestare ai nostri pazienti e non solo ai loro denti, rientrano in quella cura dei particolari, che necessariamente, dobbiamo considerare facenti parte della nostra professione.

LA PRESTAZIONE INIZIA CON LO SQUILLO DEL TELEFONO

Dall'altra parte c'è una persona che ha scelto noi fra molti altri professionisti, è fondamentale ricordarlo! La segretaria deve rispondere prontamente con cortesia e professionalità, deve saper comunicare tutte le informazioni utili e possibili e infine fissare un appuntamento. Abbiamo offerto il primo servizio con precisione ed efficienza, che è un atto dovuto a tutte le persone e dobbiamo continuare su questa linea.
Gli ambienti di ricevimento, di attesa e operativi devono essere puliti, in ordine e accoglienti. Lusso e sfarzo non sono necessari. Tutto il personale deve saper ricoprire nel modo migliore il proprio ruolo, l'odontotecnico e i suoi collaboratori devono essere altamente specializzati.
È superfluo infine aggiungere che l'operatore, oltre alle qualità specifiche acquisite con l'aggiornamento e l'esperienza, debba essere in grado di preparare, organizzare e gestire il personale, presiedere a incontri tipo briefing e brainstorming calendarizzati, finalizzati a mantenere sempre alto il livello professionale di accoglienza e congedo del paziente, sotto ogni profilo. Questo ed altro ancora, omesso solo per dovere di sintesi, ha comportato e comporta un notevole investimento in tempo e in denaro. Ho citato solo due situazioni, forse, border line, che comunque fanno parte della nostra realtà professionale e, in un modo o nell'altro, dobbiamo tenerne conto. È la nostra realtà! Tra i due estremi c'è una lunga linea intermedia, dove ognuno di noi può collocarsi ed esercitare la propria professione in modo serio e responsabile e dare un valore alla propria professionalità.
Dal punto di vista imprenditoriale disponiamo di formule matematiche molto utili per capire il rapporto tra costi e ricavi e quindi poter determinare l'onorario di una prestazione in base al costo orario.
È importante conoscerle, ma è mero calcolo. Il valore di una prestazione non può prescindere da molti altri fattori, alcuni dei quali già citati cui possiamo aggiungere tutti gli altri aspetti legati al miglior rapporto umano e, infine, l'ingrediente più importante: saper eseguire la cosa giusta nel momento giusto, senza esitazioni. In altre parole, dobbiamo essere in grado di formulare una corretta diagnosi e saper impostare un giusto piano di trattamento. In caso di problemi multidisciplinari, laddove riteniamo di non essere in grado di soddisfare le esigenze richieste, sarà opportuno richiedere la collaborazione di altri specialisti.

UNA QUESTIONE DI SCELTE

Possiamo scegliere di fare i venditori di capsule e allora la nostra laurea rappresenterà il punto d'arrivo e l'obiettivo sarà mantenere costante il nostro livello. Possiamo invece scegliere di fare protesi e allora la nostra laurea rappresenterà il punto di partenza e l'obiettivo sarà migliorare sempre il nostro livello professionale con lo studio e l'applicazione costante e operare sempre col massimo senso di responsabilità.
Esiste poi, un mercato e un fuori mercato. Prestazioni da 400 e 3000 €, possiamo considerarle entrambe fuori mercato; le prime valutano il tempo impiegato per la prestazione stessa; le seconde, il tempo impiegato per imparare tutto lo scibile, più il tempo necessario per la prestazione. A questo proposito mi viene in mente un'esperienza vissuta da un mio carissimo amico avvocato: circa venti anni fa una nobile signora aveva bisogno di una raccomandata legale per recuperare un credito. Quando la segretaria le presentò la parcella insieme alla busta da spedire, la nobildonna chiese di poter parlare di nuovo con l'avvocato: "Scusi avvocato, per scrivere una letterina lei ha impiegato cinque minuti e mi chiede 500.000 lire. Non le sembrano troppe 100.000 lire al minuto?" il mio amico rispose: "Affatto! Vede; Lei, ha speso cinque minuti del suo tempo, io ho impiegato trent'anni e cinque minuti per rendere efficaci letterine come questa, così come Lei sicuramente fa nel suo lavoro e posso assicurarle di averle dato esattamente il controvalore di quanto ha pagato". Questo esempio non fa testo, ma può aiutare a capire.
Il giusto controvalore è un fatto di dignità professionale che si acquista ed aumenta con la conoscenza e, di rispetto verso se stessi, senza il quale è molto difficile averne per gli altri. Andare fuori mercato è una libera scelta, comporta dei rischi e se decidiamo di correrli, dobbiamo esserne consapevoli. Se eliminiamo casi di ipo e iper – valutazione, sempre sbagliati, normalmente l'autovalutazione è corretta e colloca prestazioni di basso livello a costi inferiori rispetto a quelle di alto livello.
Ora, puoi riformularmi solo la prima domanda per favore? Per le altre andremo al prossimo numero.

D. 1) **come è possibile che una capsula (elemento singolo di protesi dentaria fissa) possa avere costi che oscillano per l'oro ceramica da 400,00 a 3000,00 euro?**

R. 1) Mi scuso per il lungo preambolo ma visto che è una domanda molto ricorrente, ho ritenuto utile farlo. La risposta è di una semplicità imbarazzante, che purtroppo, spesso è celata o mal celata.

C'è una sola cosa degna di fare la Differenza: il Patrimonio di Conoscenze. In altre parole: **la Cultura!**

Come al solito alle mie domande ha iniziato a rispondere con il piglio, la competenza la sensibilità e quella sottile provocazione che lo contraddistinguono da sempre senza perdere la serenità e l'equilibrio professionale ed umano che fanno di Enzo De Sivo un professionista speciale.
È una sua caratteristica, lo conosco da quando iniziammo a frequentarci, di solito a notte inoltrata, dopo gli incontri sindacali o culturali in Andi Roma, confesso che "Enzo", il dott. Vincenzo De Sivo, ha sempre esercitato su di me un grande fascino. Che dire, sono affascinato dalle persone intelligenti e credo che tutti Voi ora comprendiate il perché.

Enzo De Sivo *Gian Luca Picozzi*

A.S.M.O. (Associazione per la solidarietà medica odontoiatrica)

L'Asmo è un'associazione di volontariato composta da medici, odontoiatri e odontotecnici, che ha per finalità quella di **portare aiuto alle popolazioni più disagiate ed farle diventare autosufficienti.**

Chiunque voglia può diventare Socio contribuendo alla crescita dell'Associazione.

Per Informazioni visita il sito:

www.asmo.it

invia una e-mail ad: asmo@libero.it
oppure telefona al 0775/739233 o al 328/2881882

ESPERTO QUALIFICATO RX

A.E.R. s.a.s.

via Quirino Majorana,171 - 00152 Roma
certificata ISO 9001:2000

Partita Iva 04058121007
tel 06.55302302 - fax 06.55300984

1

Offerta per i servizi di allestimento pratica radiologica:

ALLESTIMENTO PRATICA RELATIVA ALLA DETENZIONE DI PRIMA INSTALLAZIONE DI FONTI RADIOGENE ENDORALI, TRASFERIMENTO STUDIO E CAMBIO RAGIONE SOCIALE CON ELABORAZIONE DEI DOCUMENTI DA TRASMETTERE AGLI ORGANI DI VIGILANZA:

1. AZIENDA USL DI COMPETENZA
2. DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO
3. COMANDO PROVINCIALE VIGILI DEL FUOCO
4. AGENZIA REGIONALE PROTEZIONE AMBIENTE
5. SEDE INAIL DI COMPETENZA
6. REGIONE LAZIO

RELAZIONE TECNICA REDATTA DA UN ESPERTO QUALIFICATO INCARICATO, ISTITUZIONE DEI REGISTRI, FORNITURA NORME INTERNE E CARTELLONISTICA

€ 250.00. + IVA

2

Offerta per i servizi di aggiornamento pratica radiologica

AGGIORNAMENTO PRATICA RELATIVA ALLA DETENZIONE DI FONTI RADIOGENE ENDORALI, A SEGUITO DI SOSTITUZIONE, NUOVA INSTALLAZIONE, SPOSTAMENTO E DISATTIVAZIONE, CON ELABORAZIONE DEI DOCUMENTI DA TRASMETTERE AGLI ORGANI DI VIGILANZA E RELAZIONE TECNICA REDATTA DA UN ESPERTO QUALIFICATO INCARICATO

€ 150.00. + IVA

3

Offerta per la fornitura del Servizio di Radioprotezione e Controllo di qualità

SORVEGLIANZA FISICA E CONTROLLI DI QUALITA' CON FREQUENZA ANNUALE

SU N° 1 TUBO RADIOGENO	€ 200.00. + IVA
SU N. 2 TUBI RADIOGENI	€ 280.00. + IVA
SU N. 3 TUBI RADIOGENI CON	€ 360.00. + IVA
SU N. 4 TUBI RADIOGENI	€ 440.00. + IVA
SU N. 5 TUBI RADIOGENI	€ 520.00. + IVA

SANPAOLO

Progetto Business, partendo dal conto corrente a canone fisso "tutto compreso", adatto ad ogni tipo di operatività – è in grado di soddisfare le diverse necessità del cliente.

Business Servizi 150	Costo annuo franchigia euro 180,00 per un limite di 150 operazioni annue
Business Soluzioni 400	Costo annuo franchigia euro 336,00 per un limite di 400 operazioni annue
Business Soluzioni Operazioni Illimitate	Costo annuo franchigia euro 600,00 senza limite di operazioni

Sulla consolidata "base" costituita dal programma ***Progetto Business***, il Sanpaolo ha costruito un'offerta "mirata" per gli associati ANDI che – in aggiunta a quanto sopra e alle molte alte opportunità offerte dal "prodotto base" – prevede, **in esclusiva**:

- *Esenzione dal predetto canone annuo per i primi 6 mesi dall'apertura del conto corrente (in pratica, verrà rimborsato il 50% del costo della franchigia);*
- *Tassi (creditore e debitore) parametrati all'Euribor e pertanto sempre allineati alle condizioni del mercato, con applicazione di spread particolarmente vantaggiosi;*
- **Possibilità di scegliere – in alternativa al programma "Progetto Business" con i suoi tre limiti di franchigia – un conto corrente che con una spesa onnicomprensiva di 38 Euro trimestrali "copre", senza ulteriori aggravi di costo, ben 125 operazioni a trimestre**.

Inoltre:

Finanziamenti di durata max 5 anni finalizzati a: ristrutturazioni dello studio, acquisto macchinari ecc.	- Importo max euro 150.000,00 - Tasso parametrato all'Euribor (se variabile) o all'EuroIrs (se fisso) maggiorato di uno **spread minimo di 0,75 p.p./massimo di 1,75%** (secondo il rating)
Operatività a mezzo "POS"	- Commissioni sul "transato" a mezzo carte Bancomat = **0,70%** - Commissioni sul "transato" a mezzo carte di credito = **1,70%** - Esenzione dal canone annuo
Operatività tramite "Internet Banking"	- Esenzione dal canone annuo (tranne che per le società) - Commissioni ridotte (max euro **0,50**) per ogni disposizione di bonifico

Infine, le società del Gruppo Sanpaolo IMI, **Sanpaolo Leasint** (*Leasing immobiliare e strumentale*), e **Neos Banca** (*Credito al consumo*), hanno riservato agli associati ANDI condizioni preferenziali per le operazioni di loro interesse. *Condizione indispensabile per usufruire delle condizioni di cui sopra è l'attestazione della qualifica di iscritto all'ANDI, da dimostrare esibendo alla Filiale Sanpaolo prescelta la tessera associativa convalidata per l'anno in corso, oppure una lettera di presentazione firmata dal Presidente della Sezione.*

ACCORDO
STUDIO GAUGUIN VIAGGI S.R.L. - ANDI ROMA

Lo Studio Gauguin Viaggi s.r.l. ha stipulato una particolare convenzione con l'Andi Roma per la quale ad ogni medico dentista iscritto verrà riservato un trattamento di favore.

- 6% di sconto su tutti i pacchetti turistici.
- 10% di sconto sui pacchetti turistici di tutto il Gruppo Alpitour: Alpitour - Francorosso - Karambola - Viaggidea - Volando.
- Riduzione del 50% sulle fee di agenzia per l'emissione di biglietteria aerea, (low cost compresi) e marittima; sulla biglietteria ferroviaria non si applicano diritti d'agenzia.
- Quotazioni particolari su gruppi, incentive e congressi.

Per informazioni e prenotazioni:
Studio Gauguin Viaggi s.r.l.
Viale Pantelleria, 11 - 00141 Roma
Tel. 06.8188209-312 - Fax 06.87194443 - e-mail: massimo@gauguinviaggi.it

AGENZIA LIBRARIA EUROPEA

Mario Falco
Via Carlo Caneva, 44 - 00159 ROMA Tel.06 43597938

Rifiuti Speciali: ECOMEDICA s.r.l.
Via Muros, 2 - 00050 Ponte Galeria (Roma) - Tel. 06.65004172

CONDIZIONI, MODALITA' E COSTI DEL SERVIZIO

1	Per numero undici (11) servizi all'anno di ritiro, trasporto e smaltimento rifiuti sanitari pericolosi Cod. CER 180103.	**EURO 190,00 + I.V.A.**
2	Fornitura di Nr.1 contenitori da Lt 60 per stoccaggio rifiuti	**GRATUITO**
3	Fornitura di Nr 1 contenitore da Lt 5 per aghi e oggetti taglienti	**GRATUITO**

Il servizio comprende:
la corretta compilazione del formulario di identificazione rifiuto in tutte le sue parti Vi ricordiamo la necessaria presenza di un Vs. responsabile per apporre il timbro e la firma sui documenti al momento del carico.

- ***Pagamenti:*** *Semestrale*
- ***IVA:*** *ai prezzi di cui sopra sarà applicata l'IVA secondo norma di legge.*
- ***Validità dell'offerta:*** *60 gg dalla presente*

Rifiuti Speciali: BIOSAN
Via della Pisana, 1.282 - 00163 Roma - Tel. 06.65001466

CONDIZIONI, MODALITA' E COSTI DEL SERVIZIO

1	18,45 a ritiro più IVA x 11 ritiri / anno - **202.95 + IVA**
2	Per ogni ritiro in più il costo è pari a **7 euro + IVA**
3	Il pagamento a **30 gg** data fattura (semestrale anticipata) - rimessa diretta o bonifico B

rifiuti speciali: è possibile firmare un accordo di convenzione con la ditta Biosan, al costo di Euro x 11 ritiri l'anno. Per ogni ritiro in più il costo è pari a 7 euro. Il pagamento può avvenire tramite rimessa diretta o bonifico B a 30 gg data fattura (semestrale anticipata).

VERIFICHE DI LEGGE SU IMPIANTI DI MESSA A TERRA

Abbiamo confermato la convenzione già attualmente in vigore con la ditta **3P sas**, tel. 06 5800538, migliorandone tuttavia le condizioni, che per I SOLI SOCI ANDI ROMA sono modificate come da tabella:

1	fino a 2 riuniti	150 euro + IVA
2	da 3 a 5 riuniti	220 euro + IVA
3	per ogni riunito in più	30 euro + IVA

LA MUTUA DI ANDI ROMA

MUTUA3ESSE, Società Cooperativa per Azioni che ha come scopo sociale, tra gli altri, quello di gestire Fondi integrativi sanitari ed altre forme di tutela sanitaria previste e/o consentite dalla legge.

Info: tel. 02.89011031, fax 02.89098894
e-mail:info@mutuatreesse.it; www.mutuatreesse.it

MANUTENZIONE

EURA micromeccanica per i soci ANDI Roma, offre a 85 euro + IVA la manutenzione delle turbine con 6 mesi di garanzia, ritiro e consegna gratuiti. INFO: 3389758397

FINANZIARI

Banca **San Paolo IMI, offre in esclusiva ai soli soci Andi Roma condizioni bancarie di estremo interesse e favore.** (vedi pagina 32)

ASSICURAZIONI

FERRINI ASSICURAZIONI, consulente assicurativo ANDI, Via G. Tomassetti, 5 - 00161 Roma, tel. 06.44251539 (vedi spazio sottostante)

Studio Tecnico Dr. DE CAPRIO
Consulenze in Radioprotezione e Servizi Ambientali
SORVEGLIANZA FISICA E CONTROLLO DI QUALITÀ SU 1 APPARECCHIO RX CON FREQUENZA ANNUALE **euro 190,00 + IVA**
Per chi possiede due o più apparecchi radiografici, dal secondo in poi beneficia di uno **sconto del 30%**
Info: Tel./Fax 0773.693951 - cell. 333.3050736

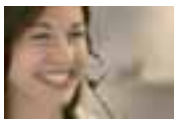
CONSULENTE ASSICURATIVO ANDI

FERRINI ASSICURAZIONI

00161 ROMA - Via G. Tomassetti 5 - tel. 06 44251539 (r.a. - fax)

Vi ricordiamo che è stata rinnovata la convenzione a costi e prestazioni particolari per:

INOLTRE
TUTELA GIUDIZIARIA - COPERTURE SANITARIE - FURTO/INCENDIO DELLO STUDIO - GLOBALE CASA
PIANI PENSIONISTICI - PROGRAMMI DI ACCUMULO PROTETTO - TEMPORANEA CASO MORTE



Per maggiori informazioni telefonate ai nostri uffici oppure visitate il sito

www.andiferrini.com

sala stampa

di Gian Luca Picozzi

AMAMI-COMUNICATO STAMPA
Depenalizzare l'atto medico per rimanere in Europa

"Siamo favorevoli alla depenalizzazione, lo chiediamo da tanti anni, anche se bisogna passare attraverso la ridefinizione di 'atto medico' e cioè attraverso una serie di riforme". Così **Maurizio Maggiorotti**, presidente di A.M.A.M.I. (Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente), la più grande associazione di medici in Italia, che, con i suoi 25mila iscritti, si occupa di questa problematica dal 2002.
"La situazione della giustizia in Italia, da anni destinataria della condanna della Corte Europea per l'inefficienza del 'servizio' giustizia, non poteva essere fotografata meglio dal sottosegretario Fazio" aggiunge **Bianca Maria Cataldo**, avvocato del Foro di Perugia e membro del board legale AMAMI.
"Nell'ultimo decennio **la stessa Corte Europea ha più volte sollecitato gli Stati dell'Unione ad armonizzare le proprie normative** ed è in questa direzione che sembra finalmente volersi muovere il Governo italiano a proposito della responsabilità colposa dei sanitari, annunciando di avere allo studio un progetto per circoscrivere all'ambito civilistico detta responsabilità.
In altri Paesi europei – continua l'Avvocato -, in considerazione della peculiarità dell'attività sanitaria e, soprattutto, della natura dell'atto medico che incide per definizione sull'integrità fisica della persona a fini terapeutici, **l'errore medico non è sanzionato penalmente ed è tenuto ben distinto dalle conseguenze della cosiddetta 'alea terapeutica'**, che vengono indennizzate direttamente dallo Stato. **In Italia, purtroppo, tutto viene confuso: alea terapeutica, errore medico, disorganizzazione e inefficienza del sistema sanitario.** Confusione che non fa altro che minare il rapporto fiduciario tra medico e paziente, alimentare il ricorso alla medicina difensiva e far lievitare il contenzioso.
Occorre anche ricordare che troppo spesso **la 'denuncia' penale viene usata come percorso abbreviato ed economico** (il processo penale si istruisce e celebra a spese dello Stato) per ottenere il risarcimento del danno laddove molto più semplicemente e in modo meno costoso, l'aspetto risarcitorio potrebbe essere definito in sede stragiudiziale all'esito dell'effettivo accertamento - da parte di una commissione di esperti - dell'esistenza di un errore dei sanitari.
Per alcuni forse finirebbe un business – conclude la Cataldo -, ma per i medici e i pazienti, nonché per gli operatori della Giustizia, inizierebbe il percorso delle riforme ormai necessarie per risolvere i problemi di efficienza che da tempo affliggono il 'servizio' sanitario e quello della giustizia".

STAMINALI
CONTRO LA PIORREA

È stato eseguito al San Gerardo di Monza il primo intervento al mondo su un paziente con piorrea, quella malattia che nei casi più gravi fa perdere velocemente tutti i denti. Il tutto grazie all'ausilio delle staminali che non solo hanno la capacità di ricreare l'osso nella bocca, ma potrebbero aprire nuove frontiere nel campo dell'ortopedia e della chirurgia ricostruttiva. Corriere della Sera.
«il 15 /05/08 è stato eseguito il primo impianto sull'uomo di staminali per "rigenerare" l'osso nella bocca di un quarantenne monzese affetto da parodontopatia. Lo hanno eseguito Marco Baldoni, direttore della Clinica Odontoiatrica dell'università di Milano-Bicocca e Fabrizio Carini, responsabile della chirurgia orale. Primi al mondo».
«Molti ricercatori negli Stati Uniti in particolare, lavorano da anni in questo campo. Senza successo. Perché? Innanzitutto perché occorreva uno "scheletro" per indirizzare la riossificazione, in secondo luogo perché le staminali impiantate possono anche diventare tessuti diversi dall'osso. E che ci farebbe un neurone in bocca? Gli italiani, pochi fondi ma buone idee, hanno trovato la via. Brevettata dall'università Bicocca. Una via che, se funziona, oltre a ricreare osso per salvare (o rimettere) i denti, potrebbe "riformare" l'ortopedia e la chirurgia ricostruttiva».
«spiega Baldoni - Abbiamo creato delle strutture biocompatibili e riassorbibili in cui sono state inserite le staminali adulte già differenziate in cellule ossee". Gli scaffold, o scheletri di supporto, sono sfere di collagene: contengono un milione di staminali per centimetro cubo. Nell'osso mascellare del quarantenne ne sono state impiantate una dozzina - dice Carini. "Ora, là dove c'era atrofia, ci aspettiamo nuovo osso", aggiunge Baldoni».
«Nessun pericolo di rigetto, perché le cellule sono del paziente stesso. La piorrea, che colpisce il 60-70% degli italiani «over 50», ma anche il 5% dei giovani. Stesse percentuali nel resto del mondo».
«Importante il lavoro preparatorio: in vitro e sui topi si è visto che le staminali mesenchimali prelevate dal midollo osseo funzionavano. Sei anni di studi e test, coofinanziati dal ministero dell'Università e della ricerca scientifica, nei laboratori del Dipartimento di NeuroScienze e Tecnologie Biomediche della Bicocca. Poi l'approvazione da parte dell'Istituto superiore di sanità del protocollo di fase 1 di sperimentazione sull'uomo».
«Le cellule mesenchimali, una volta coltivate, sono state inserite all'interno dell'impalcatura o scaffold e "stimolate alla differenziazione in senso osteogenetico - dice Carini - grazie ad un medium osteogenetico". Cioè da cellule senza indirizzo a cellule ossee. L'intervento di chirurgia odontostomatologica ha poi posizionato le 'sfere' di collagene nei difetti ossei. Ora il protocollo prevede controlli periodici: esami clinici, radiologici e istologici. Occorre la prova scientifica del nuovo osso. E, se funziona, ogni 'falla' ossea (non solo in bocca) potrebbe essere 'rigenerata'».

16 maggio 2008
Corriere della Sera, pag. 25.

SALUTANDO MUSSI:
BARI DENTISTI 15 X!
La differenza tra pletora e corporativismo
40 anni di Pagine Gialle: Novità per Bari e la sua provincia

Seat Pagine Gialle, leader europeo

ed uno dei principali operatori a livello mondiale nel settore dell'editoria telefonica multimediale e dell'hi-tech per Internet, festeggia la 40a edizione delle *PagineGialle* di Bari e provincia presentando l'osservatorio sui mestieri.
E per quello che ci riguarda emerge che, **nel 1968 i dentisti erano solo 57, oggi 827 circa quindici volte di più.**

WORKSHOP A CERNOBBIO, E LAUDADIO COME TESTIMONIAL

(AGI) - Cernobbio, 15 Mag. - Si parlera' del "valore etico, economico, comunicativo della professione odontoiatrica" al secondo Workshop di Economia in Odontoiatria che si terrà a Villa d'Este sabato 17 maggio su iniziativa dell'ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) che riunisce oltre 22 mila soci. Ma si parlera' anche degli interessi dei pazienti, e di questo si occupera' il nuovo testimonial dell'Associazione, noto al pubblico televisivo per i suoi servizi a Striscia la Notizia. "Crediamo – anticipa il presidente nazionale Roberto Callioni - che proprio Max Laudadio, che si è sempre schierato in difesa dei cittadini e per quanto riguarda il nostro settore contro l'abusivismo, possa amplificare l'attenzione del paziente e valorizzare la "serietà" e professionalità del dentista ANDI, grazie ai valori di onestà, serietà e simpatia che la gente gli riconosce". Insomma Max Laudadio sosterrà, agli occhi dei pazienti, i dentisti ANDI.

Il workshop, introdotto dal presidente nazionale Roberto Callioni, affrontera' diversi aspetti della professione: Francesco Alberoni si soffermerà sul "Valore della prestazione odontoiatrica nella vita di oggi", Francesco Longo, direttore Cergas dell'università Bocconi di Milano, parlerà del "Settore odontoiatrico in Italia: punti di forza e di debolezza, opportunità e minacce per il suo sviluppo". Sarà poi la volta dei professori Paolo Moderato, Vincenzo Russo ed Alessandra Mazzei, dell'Università Iulm di Milano, che argomenteranno rispettivamente sulla "Relazione medico-paziente nella prestazione odontoiatrica", sul "Ruolo della percezione del valore della prestazione odontoiatrica da parte del paziente" e sulle "Leve di comunicazione e marketing per i beni ad alto contenuto di fiducia: il caso dell'odontoiatria". Spetterà infine al professor Massimo Bellotto, ordinario di Psicologia del lavoro e delle organizzazioni dell'università di Verona, discutere sul "Patto generazionale: valori, significato e metodologia per il passaggio alle nuove generazioni", e al professor Aldo Piperno, docente di Sociologia all'università "Federico II" di Napoli, affrontare il delicato tema dei "Centri di costo: strumento per la corretta costruzione delle tariffe odontoiatriche". Lo studio di Piperno è il primo in Europa che ambisce a calcolare per tutte le prestazioni di un nomenclatore i rispettivi costi totali: sia per la valutazione analitica nella definizione delle voci di costo in termini qualitativi, quantitativi ed economici, sia perché rappresenta un tentativo di definire i costi riconducibili ad un modello di studio odontoiatrico cosiddetto "tipico".

(AGI)
Red/Aaa

**SANITÀ,
SILENZIO ASSORDANTE**

Ho vinto la scommessa con gli amici: nessuno ha risposto alle domande da me poste su La Stampa di domenica scorsa. I nostri ospedali sono pieni di gente inefficiente che non fa il proprio dovere:

1. **perché non si licenzia chi non lavora?**
2. **E perché è stato assunto?** Ancora:
3. efficacia, efficienza e costi si possono oggi come ieri perfettamente determinare. Perché non lo si fa? Non solo.
4. Perché non si parla più della Città della Salute che doveva essere pronta per le Olimpiadi e di cui nessuno sa più niente?
5. Perché soprattutto a queste domande che si fa la gente non risponde mai un pubblico amministratore?
6. Poiché il costo della salute è in assoluto il più elevato per le strutture pubbliche, vorrei continuare a parlare di costi-benefici in Sanità.

Le Regioni finanziano ospedali pubblici e privati convenzionati con i Dgr (cioè un tanto per ogni tipo di prestazione eseguita). Il «percorso di cura» da dove «nasce l'esigenza a dove sia totalmente risolta» è il più importante centro di costo della salute del cittadino. Che cosa vuol dire?
Vuol dire che quando ho un malessere vado dal medico di base che mi prescrive una cura, degli esami, una visita specialistica o un ricovero.
In quel preciso momento il medico di base, lo specialista o l'ospedale stabiliscono un percorso di diagnosi e cura» (per brevità «percorso di cura») che condiziona (a seconda di come viene fatto) il beneficio che io ottengo (riconquistando la salute perduta) e i costi che la collettività sopporta per farmi riacquistare il bene perduto.
Se l'amministrazione pubblica può controllare (e se vuole lo può) l'efficacia della cura, l'efficienza del sistema che la produce e i costi relativi, può confrontare il costo/beneficio di analoghi percorsi di cura eseguiti in ambienti diversi (per esempio pubblici o privati convenzionati).
Attraverso un controllo di questo tipo, e attraverso l'analisi particolareggiata dei fattori che producono da un lato una valida cura e dall'altro un costo x, anche il cittadino potrebbe sapere dove e quanto sia conveniente per lui e per la collettività che paga con isuoi soldi per eseguire questi percorsi.
A me non consta che questo lavoro sia mai stato fatto in Piemonte, o se è stato fatto non è mai stato reso pubblico.
Eppure io vorrei sapere anche questo, prima del 13 aprile, per sapere appunto a chi dare (non sulle promesse, ma sui fatti concreti) il mio voto.

2/4/2008
L'OPINIONE - TORINO
GIORGIO VERME
Primario emerito di Gastroenterologia all'ospedale Molinette

Studio & Sintesi
forniture dentali

DISTIBUTORE ESCLUSIVO NEL LAZIO

Via B. CERRETTI 13 ROMA
TEL. 066634794 - 066623520
info@studioesintesi.it

SKY IMPLANT EDUCATIONAL SYSTEM
NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE
CON CORSI PRATICI ISCRIVITI ALLA
SEGRETERIA ANDI ROMA

SKY TEMP
NUOVI ABUTMENTS
IN ACETALICO
PER PROVVISORIO IMMEDIATO

BREDENT SKY IMPLANT SYSTEM SOLUZIONI EFFICACI PER L'IMPLANTOLOGIA

Fondazione
Operation Smile
Italia Onlus

Diamo Speranza un **Sorriso** alla Volta

COSA FACCIAMO

I volontari di Operation Smile, grazie agli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati sotto rigidi standard qualitativi, restituiscono ai bambini operati non soltanto il sorriso, ma anche la speranza di una vita dignitosa.

Nascere con tali malformazioni, infatti, significa non solo subire gravi conseguenze fisiche come difficoltà ad alimentarsi, a parlare e a respirare correttamente, ma anche andare incontro a forti discriminazioni sociali.

Per questo, un intervento correttivo di una labio-palatoschisi, che dura in media soltanto 45 minuti, cambia, per sempre, la vita di un bambino e della sua famiglia.

Durante ognuna della missioni mediche, inoltre, Operation Smile è fortemente impegnata nella formazione e nell'aggiornamento dei medici locali, al fine di rendere le strutture sanitarie dei paesi beneficiari il più autosufficienti possibile.

COME SOSTENERCI

Per aiutarci a riportare il sorriso sul volto di un bambino, puoi donare il tuo contributo tramite...

c/c postale: 19944032

c/c bancario:
Monte dei Paschi di Siena
c/c 000004000007 - abi 01030 - cab 03201 - cin J
iban IT 56 J 01030 03201 000004000007
(Filiale 8601 Roma Ag. 1)
intestato a "Fondazione Operation Smile Italia Onlus"

donazione on line con carta di credito su www.operationsmile.it

destinandoci il tuo 5 x 1000: codice fiscale 97175550587

FONDAZIONE OPERATION SMILE ITALIA ONLUS
Via Po, 72 sc. b • 00198 Roma • Tel 06 8530 5318
info@operationsmile.it • www.operationsmile.it • www.operationsmile.org
CF 97175550587

Fondazione

Operation Smile

Italia Onlus

Diamo Speranza un **Sorriso** alla Volta

CHI E OPERATION SMILE

Operation Smile Italia Onlus è una Fondazione nata nel 2000 e costituita da medici e paramedici volontari che realizzano, in oltre 30 Paesi del Mondo, missioni umanitarie per trattare chirurgicamente bambini affetti da gravi malformazioni al volto quali labbro leporino, palato-schisi, esiti di ustioni e traumi.

Ogni anno, più di 100.000 bambini nascono affetti da tali malformazioni nei paesi in via sviluppo in cui Operation Smile organizza le proprie missioni.

Dal 1982, anno di costituzione della Fondazione madre negli Stati Uniti, Operation Smile ha operato gratuitamente e ridato il sorriso e la speranza a più di 115.000 bambini in America Latina, Africa, Medio Oriente, Asia ed Europa. Grazie alla professionalità di oltre 7000 volontari, Operation Smile cura oggi più di 10.000 bambini ogni anno e tratta 1/3 dei casi mondiali di labio-palatoschisi. Ma sono ancora molti i bambini che rimangono non operati...

FONDAZIONE OPERATION SMILE ITALIA ONLUS
Via Po, 72 sc. b • 00198 Roma • Tel 06 8530 5318
info@operationsmile.it • www.operationsmile.it • www.operationsmile.org
CF 97175550587