20.000

Associazione Nazionale Dentisti Italiani

ANDI ROMA

Anno XIV Numero 2

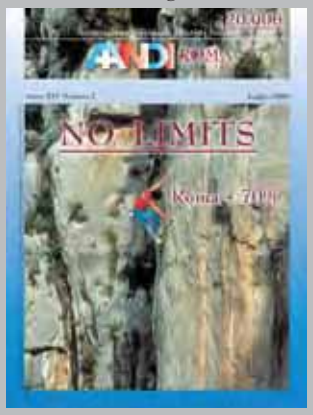
Luglio 2006

NO LIMITS

Roma + 70%

Spedizione in abbonamento postale - Legge 662/96 art. 2 comma 20/b - Filiale di Roma - Trimestrale della sezione di Roma - Aut. Trib. di Roma n. 642 del 5/12/92

Numero 2 - Luglio 2006



Editore
ANDI ROMA

Direttore Editoriale
DOTT. FURIO PUCCI

Direttore Responsabile
DOTT. GIAN LUCA PICOZZI

Vice Direttore
DOTT. ANTONIO AMOROSO

Comitato di Redazione
ESECUTIVO ANDI ROMA

Progetto grafico e copertina
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 3 Luglio 2006
con una tiratura di 5.000 copie.

SOMMARIO

3 **Editoriale**
L'immagine che hanno di noi *di Gian Luca Picozzi*

6 **Presidenza**
Questa volta diamo i numeri *di Carlo Ghirlanda*

8 **Sindacale**
Gli ordini ed il sindacato finalmente sinergici ?
Dipendenti studi professionali *di Nicola Imbrioscia*

13 **Culturale**
Il punto sulle nostre attività *di Nicola Illuzzi*
Culturale Multisala Andi

17 **Tesoreria**
Richiesta di Iscrizione
20 buoni motivi per iscriversi all'Andi

19 **Medicina Orale**
Il problema dei Biofosfonati
La Leucoplachia *di Daniela Adamo*

Le Rubriche

25 andiamo oltre ...
Una revisione della letteratura sui temi quotidiani
Come proteggere il proprio computer

29 convenzioni

34 sala stampa

L'IMMAGINE CHE HANNO DI NOI

Non siamo capaci di comunicare, o meglio, quando comunichiamo riusciamo a farlo così male che o ci fraintendono o, peggio, forniamo noi stessi le armi per attaccarci.

L'ultima volta nella quale sui media si è parlato, in modo appropriato, della crisi del nostro settore è stato per merito dello studio prodotto da Key stone! (Il sole 24 ore, lunedì 6 ottobre 2003).

Dopo il dental day (luglio 2005) nonostante i numeri evidenziati e la relazione del centro studi ANDI siamo stati dipinti come i ricchi professionisti che si lamentano pur rimanendo straricchi. (Il giornale, 7 luglio 2005 "dopo il mal di denti quello che fa male è il conto, spesso salatissimo"…"..è questo uno dei motivi della crisi del settore"….) Cioè è colpa nostra!

La rassegna stampa del workshop di Cernobbio è un pianto: ne emerge che siamo forse l'unica categoria di lavoratori per i quali aumenta il lavoro, aumentano i compensi e non soffriamo alcuna crisi.

I quotidiani stravolgono tutto in un titolo scontato anche per un cronista alle prime armi. "Per 52000 dentisti cresce il numero di pazienti e visite" (Il sole 24 ore, 14 maggio 2006), " I denti ci costano 10 miliardi di euro" (Il giornale, 14 maggio 2006) pari a circa l'1% del PIL … dimenticando di dire che questa è la spesa per l'intero settore che dà lavoro a 500.000 addetti reali di cui solo il 10% dentisti e comprende circa 15.000 abusivi (circa un terzo dei dentisti regolari) contro i quali niente viene fatto. Che si parlasse, poi, di un numero eccessivo di dentisti, di un rapporto improprio dentista paziente (1:790 a Roma) della mancata programmazione dell'accesso alla laurea è tutto un dettaglio trascurabile. Invece pare che noi si sia tanti e sempre più ricchi.

Il Sole 24 ORE

Sanità

Analisi dell'offerta di cure odontoiatriche, degli operatori e delle prospettive di un comparto molto privato

Il nostro sorriso costa 10 miliardi

Le famiglie spendono sempre di più - Visite e controlli solo per la metà degli italiani

I rischi: pletora e abusivi

Ma non basta: "Odontoiatri alla Sfida dell'etica". (Il sole 24 ore, 6 maggio 2006) Ma quale sfida, noi l'etica la conosciamo bene. La sfida è il lavoro, è dover combattere con chi si è spartito la torta dell'odontoiatria alle nostre spalle, con la mancata programmazione universitaria, con chi non recepisce le nostre istanze sull'art. 348 del CP, con chi rende possibile la vita di 15.000 abusivi togliendo lavoro ai giovani colleghi, con chi vuole dar vita ad altre lauree mostro pur di continuare a fare il tutore.

Iniziamo a chiamare le cose con il loro nome. Altro che eufemismi, altro che "politica".

Titolare "l'economia del sorriso" sarebbe stato così difficile?

Suggerire: "Odontoiatri il costo della qualità" sarebbe stato improponibile?

Come vedete poche righe sono state sufficienti a fornire una immagine migliore della categoria ai nostri interlocutori. Allora perché non siamo ascoltati? Creduti? Se non addirittura Vilipesi? Scherniti?

La tv ed i giornali sembrano divenuti una passerella. Non importa se di rilevanza locale o nazionale o su una rivista di settore. Chi di noi partecipa, il più delle volte, sembra una "dentalina" in cerca di notorietà. (velina del dentale, ndr). Noi lavoriamo con fatica per acquisire credibilità con i nostri interlocutori e questi sono i risultati. Altro che lobby! Qui si impone un "brain storming" di tutti coloro che a nostro nome vogliono parlare. Prima di considerare

Editoriale

che i media parlino di noi, teniamo presente che i media ci ascoltano.

La nostra categoria, vessata dai luoghi comuni, inizia ad essere ascoltata dai media. Ma con quali risultati?

Noi cosa diciamo? A volte è meglio rimanere in silenzio.

La comunicazione è arte, filosofia, cultura.

Potremmo parlare dei dialettici, degli oratori della logica, dei sillogismi... ma guardiamoci intorno. Spendiamo in lobby, relazioni esterne, eppure non siamo riusciti ad ottenere un solo vero, cospicuo risultato tangibile. Dobbiamo ancora lavorare duro.

Noi non siamo capaci di fare comunicazione, il nostro capo ufficio stampa (nazionale) sarà anche un bravissimo professionista, ma, probabilmente, non essendo un dentista, non recepisce completamente le varie sfumature del nostro lavoro, e, noi, da parte nostra non siamo in grado di trasmettergli i giusti "in-put"affinché possa trasformarli in messaggi mediatici. Probabilmente in tutti questi anni non siamo stati in grado di fornirci di una rete di giornalisti "amici" ed esperti, giornalisti in grado di conoscere a fondo le nostre problematiche e diffondere i nostri messaggi. Capaci di informare su quello che è la nostra professione.

Ma cosa è? Professione-studio-imprenditoria. Anche il nostro segretario sindacale nazionale si è speso nel tentativo di chiarire questo aspetto che poi è stato ignorato nei titoli.

La colpa è nostra. Non siamo capaci di fare fronte unico, di comunicare. Non basta essere citati è più importante "come". E su questo si deve lavorare. Sulla "qualità" della comunicazione. Dovremmo intanto pensare ad un decalogo su cosa non fare, su cosa non dire, poi prepararci gli argomenti, studiare e pianificare le risposte. Sempre le stesse, sempre uguali per tutti.

IL SOLE-24 ORE — Domenica 14 Maggio 2005

Per i 52mila odontoiatri cresce il numero di pazienti e visite

Ma dal sindacato Andi l'allarme sulla densità di professionisti

Qui si continua a parlare di linee guida, ma chi guida cosa. Se non si riesce a far giungere ad un paziente la qualità della prestazione abbiamo fallito.

Tutti criticano la nostra professione e la nostra categoria, ma perché quando si parla

IL SOLE-24 ORE

Il settore dà lavoro a 500mila operatori e muove un miliardo di euro

Odontoiatri alla sfida dell'etica

A Cernobbio dibattito dell'Andi sul futuro della categoria

della Fiat non si pensa ai "*Cento anni di interventi statali erogati da tutti i regimi politici, da tutti i governi*"? "*Sono rimasti solo gli Agnelli a non chiedere. Tutti gli altri, in una forma o nell'altra, invocano un intervento dello Stato nella crisi della Fiat. Lo fa il sindacato, Fiom in testa, lo fanno gli amministratori locali, sindaci e presidenti di regione, lo fanno i giornali di sinistra, "il manifesto" in testa, probabilmente persino i banchieri, esposti con i loro crediti oltre misura.*" (stato e sindacato- operai contro aprile 2005 n° 115)

Noi non siamo mai stati aiutati da nessuno, vessati si, aiutati no.

Vi pare un'esagerazione? Non si salva nessuno.

Non si è mai verificato nella nostra storia che lo Stato non abbia aiutato la Fiat in difficoltà, lo fece lo Stato Fascista nonostante le sparate del Duce contro i grandi gruppi. Prima furono i governi giolittiani, nel secondo dopoguerra ci pensarono i vari governi PSI-DC. Eclatante fu la cessione dell'Alfa Romeo da parte dell'IRI presieduta da Romano Prodi, nonostante esistesse una migliore offerta dell'americana Ford. Una perdita secca per le casse dello Stato, un enorme "favore" fatto alla Fiat che rimase l'unico "competitore" in Italia. (stato e sindacato-operai contro aprile 2005 n° 115)

Ma pare che tutti siano di memoria corta. Ma perché la Fiat? È solo una questione di numeri, di simpatia, di conoscenza.

Ma noi i numeri li abbiamo! Vediamo un pò. I circa 25.000 operai Fiat in Italia si "trascinano" oltre ai circa 150.000 dell'indotto, fino a 1,5 milioni di addetti, il 7% degli occupati (dati Corsera 21/3/05).

E se noi: 52.000 oltre ai 200.000 dell'indotto, arriviamo a 500.000, siamo circa al 2.5% degli occupati. E se cominciassimo a far vale-

re i nostri numeri?

Ricominciamo. Siamo antipatici, ma forse solo perché non ci conoscono. Non bene. Ed allora non sappiamo comunicare.... Vediamo un po': Non siamo Mercanti, ma professionisti. La differenza?

Non posso fare una prestazione così così perché spendi meno, o non spendi.

Se ti rechi in un auto salone con poche migliaia di euro una Ferrari te la sogni!

Se vieni nel mio studio e faccio una prestazione gratuita (a zero euro) la mia professionalità DEVE essere al 100%, esattamente uguale a quella applicata al paziente pagante. (In più sono io a sostenere le spese dello studio!)

Come se un chirurgo, oltre a non percepire il suo onorario, pagasse di tasca propria la clinica e la sala operatoria. Basterebbe poco per informare i media correttamente e trasmettere anche quei messaggi che noi vogliamo far giungere a chi dovrebbe ascoltarci.

E basta anche con i finti intenditori del mercato di settore che spiegano che noi "ricarichiamo" sul lavoro dell'odontotecnico! Io non faccio la "cresta" sul lavoro di nessuno! I miei pazienti pagano il mio onorario. Non spendono "x" volte quello di un altro. Si parla di turismo Odontoiatrico, ma non si spiega la differenza di qualità e di costi che un'azienda deve sostenere in Italia. Questo pare un paese di schizofrenici dove tutti chiedono gli aumenti dei salari e nessuno vuole sostenerne i costi. (La Fiat Lo stato e noi) In compenso c'è chi fa della beneficenza e, pur negando di essere malevolo, propaganda l'implantologia in "convenzione" come un opera di bene. Da parte di chi la pratica, da parte di chi incassa il corrispettivo dallo stato, con uno stratagemma, da parte di chi finanzia le protesi a tasso zero insomma tutti lavorano gratis, non hanno costi né spese, e soprattutto vivono di una ciotola di riso! Ma come mai questi benefattori trovano ospitalià su un "trimestrale di informazione per il business"? Per il business di chi? E l'ordine lo ha visto? Letto? È tutto in regola?

Il problema è che non c'è nulla di chiaro. È che l'immagine che il pubblico ha di noi non è corretta. E c'è sempre qualcuno che di questo approfitta, a vario titolo.

Penso sia necessaria una profonda riflessione e lo studio di soluzioni più in linea con i tempi e con le nostre necessità.

Ricominciamo da qui.

Il Direttore Responsabile
Gian Luca Picozzi

Mezza Italia non va dal dentista

Monreale 60 Anni di ANDI, 60 Anni di Repubblica
E si vola verso i 20.000

In occasione della cena di gala tenutasi a Palermo, il Presidente Nazionale dott. Roberto Callioni ha annunciato l'incremento di iscritti (1600) nel primo quadrimestre dell'anno. **ANDI verso i ventimila soci entro l'anno in corso**. La **sezione di Roma**, da sola, ha contribuito con un tondo **20%** a quest'aumento, pari ad un incremento **del 70% dei soci a livello provinciale**.

Si è sentito dire di "questa" dirigenza ANDI Roma: "Voi avete puntato sui servizi...Noi sulla politica...." Non capisco il dualismo. Siamo tutti colleghi. L'interesse di uno è quello di tutti. Sicuramente tra i miei limiti, e sono tanti, c'è l'allergia agli "esperti" di politica che li porta a giustificare comportamenti disinvolti sul piano etico con l'alibi "politico".

Da pragmatico un distinguo, che non ritengo strumentale, mi pare essenziale.

Dopo il crollo verticale di iscrizioni che Roma aveva visto, con un calo del 50% tra il 2000 ed il 2005, parlare di rappresentatività era, quantomeno, improprio. In assenza di soci non si rappresenta altro che se stessi. Era forse questa la politica? Se in cinque mesi si sono recuperati i soci persi negli ultimi 5 anni...Mi pare che di servizi ci fosse necessità, bisogno, sete.

È vero, a quota 20.000 (ANDI Nazionale) non c'è più ossigeno e ragionare diviene impossibile, ma è bene munirsi di respiratori e procedere con lucidità.

Questo il "must" di Andi. Continuiamo a lavorare ed a partecipare.

QUESTA VOLTA DIAMO I NUMERI

Monreale 2006, 60 anni di ANDI: una data importante di celebrazione della Associazione e delle sue attività in campo culturale, sindacale e di comunicazione che hanno contribuito a far divenire l'odontoiatria italiana fra le più qualificate nel mondo.

ANDI Roma partecipa alla ricorrenza associativa con la forza della sua realtà attuale: circa 800 odontoiatri soci della sezione, una attività costante di servizi e di progetti a favore della popolazione e del professionista, unità della professione.

Una dimensione che deve comunque ulteriormente migliorare e soprattutto confermarsi nel tempo per consentire alla nostra sezione di partecipare anche a livello di ANDI nazionale alle scelte politiche e associative che oggi non ci vedono, ancora, direttamente coinvolti.

Per ribadire il ruolo strategico di ANDI nella realtà professionale cerchiamo di capire come può il professionista che lavora nella realtà locale della nostra provincia prevedere il futuro della sua attività ?

Più concretamente:

- quale sarà il mercato a venire dell'odontoiatria?
- quali prestazioni saranno richieste dai pazienti nel futuro?
- quale impostazione dare alla attività e alla organizzazione professionale?
- in che direzione investire?
- quali materie approfondire?

Tenterò di rispondere prendendo spunto dalla lettura di un articolo pubblicato sul Journal of Prosthetic Dentistry January 2002 - nr. 1, Volume 87,9-14, autori Chester W. DouglassDMD, PhDa e Ascella J. WatsonDM, Harvard School of Dental Medicine, Boston, dal titolo:

"Future needs for fixed and removable partial dentures in the United States"

Gli autori evidenziano che negli Stati Uniti si assisterà ad un graduale, ma inesorabile, aumento del numero dei denti presenti in arcata anche nelle età più avanzate in conseguenza del miglioramento generale delle abitudini di igiene orale dovuto all'ampia diffusione delle informazioni sulla efficacia della profilassi oro

dentale e all'inserimento in commercio di prodotti molto efficaci in termini di prevenzione delle patologie oro dentali: in poche parole nei prossimi anni si estrarranno meno denti.

Tuttavia, ed in modo inatteso rispetto alle ipotesi iniziali, i risultati dello studio affermano che la richiesta da parte della popolazione statunitense di prestazioni di tipo protesico per gli anni futuri aumenterà considerevolmente in virtù dell'aumento della vita media della popolazione e per l'incremento demografico. In particolare, essendo prevista la riduzione del numero di denti estratti, sarà meno frequente il fenomeno dell'edentulismo mentre aumenteranno le richieste di terapie protesiche di tipo fisso, sia su denti naturali sia su impianti. Le ore complessive di lavoro alla poltrona per far fronte alla richiesta futura di tali prestazioni saliranno in modo cospicuo.

In Italia la situazione epidemiologica non è molto lontana da quella statunitense, e gli indici nazionali di prevalenza della patologia cariosa nei bambini a 12 anni di età testimoniano di valori di DMFT pari a 2.1, livello di molto inferiore rispetto agli anni precedenti e segnale che anche in Italia si assiste al miglioramento della condizione di salute orale pur rimanendo alcune sacche di popolazione a prevalenza di patologia dentale elevata.

La popolazione italiana con oltre 65 anni

rappresenta al momento il18,5% di quella presente nel nostro paese e le previsioni Istat stimano che questa percentuale raggiungerà nel 2050 il 34,4%. Attualmente l'età media degli italiani è di 41,8 anni: nel 2050 si prevede che diventi 50,5. Gli ottantenni ed oltre sono ora il 4,3% della popolazione: nel 2050 dovrebbero essere il 14,2%. In termini di incremento demografico i dati evidenziano che la popolazione italiana residente è variata da 50,624 milioni di individui del 1961 a 56,996 milioni nel 2001 (dati Istat). Nel Lazio le statistiche Istat evidenziano la stessa tendenza nazionale.

Su questi dati possiamo quindi tentare di dare qualche risposta: la richiesta di prestazioni odontoiatriche nel futuro sarà correlata al livello del miglioramento dello stato di salute oro-dentale della popolazione, per cui sarà necessario seguire con attenzione lo sviluppo degli indici epidemiologici. La diffusione delle norme di igiene orale e dei concetti di prevenzione porterà

- ad una sempre maggiore domanda di interventi di prevenzione professionale delle patologie oro-dentali,
- nonchè di terapie in grado di consentire la conservazione degli elementi dentali coinvolti in patologie cariose o parodontali.
- In caso di estrazioni saranno richiesti prevalentemente interventi di terapia protesica fissa, insieme a quei trattamenti di tipo parodontale ed endodontico correlati preliminarmente alla esecuzione di tali di prestazioni;
- crescerà la domanda di terapie implantoprotesico di tipo fisso, anche complesse, perché minore sarà il numero di elementi dentali da sostituire rispetto al passato.
- Molto spazio sarà occupato da prestazioni protesiche a scopo estetico,
- mentre si ridurrà probabilmente la richiesta di prestazioni di protesi rimovibile.
- Si verificherà un maggior afflusso di pazienti anziani negli studi: è necessario osservare che le neoplasie orali sono si manifestano prevalentemente nelle età più avanzate, e pertanto sarà indicato un costante aggiornamento sulle modalità diagnostiche e terapeutiche di tali patologie.

Un problema direttamente correlato agli sviluppi del mercato ipotizzati sarà quello del pagamento delle prestazioni, essendo le terapie protesiche fisse e quelle implantoprotesiche fra le prestazioni più onerose per il paziente e per la struttura. Si porrà il problema della capacità di sostegno del costo delle prestazioni da parte del cittadino e in questo senso dovremo organizzare soluzioni idonee, ricercando per esempio partner finanziari per i nostri pazienti. Parallelamente è lecito attendersi un'ulteriore espansione delle forme strutturate di assistenza, quali assicurazioni e fondi sanitari integrativi, ai quali un numero sempre maggiore di cittadini farà riferimento per sostenere la spesa odontoiatrica e ciò in particolare nei grandi centri urbani.

L'attività professionale, in termini di scelte di aggiornamento professionale, di preferenze tecnico strumentali e di organizzazione interna dello studio dovrà prendere in considerazione l'ipotesi di sviluppo presentata per essere pronta a misurarsi con quella che potrebbe divenire la realtà del futuro.

I dati ci sono: riflettiamoci sopra.

In chiusura, alcune informazioni: è stato approvato il nuovo contratto collettivo di lavoro per i dipendenti degli studi professionali, al quale ha partecipato ANDI nazionale. Nella parte sindacale di questo numero del periodico di ANDI Roma troverete le nuove tabelle di riferimento che potrete confrontare con quelle in uso dai vostri consulenti del lavoro.

Grande successo sta ottenendo il programma culturale 2006: a nome di tutti i soci ANDI Roma rivolgo un sentito ringraziamento ai partner industriali che ci hanno consentito di realizzare un progetto così ambizioso.

Buon lavoro a tutti
Carlo Ghirlanda

Il direttore intervista il Presidente della Commissione Odontoiatri Dott. Claudio Cortesini

GLI ORDINI ED IL SINDACATO FINALMENTE SINERGICI?

Caro Claudio,
Il primo Consiglio Nazionale della FNOMCEO, tenutosi di recente a Roma, dopo le recenti elezioni ordinistiche, è stata l'occasione per riaffermare la volontà dell'Ordine di svolgere appieno le competenze che derivano dall'essere Ente sussidiario dello Stato che svolge una funzione di garanzia verso i cittadini relativamente alla qualità, all'indipendenza, all'appropriatezza ed efficacia delle attività professionali mediche e odontoiatriche. Alla luce di queste "volontà" cosa possiamo considerare?

D Vuol dire che potremmo iniziare a pensare ad un ODM che sia Ordine e ad un sindacato che sia Sindacato, finalmente sinergici? Finalmente senza interferenze?

R La risposta è ovvia si.

D Intendo dire che il tuo lavoro, nel tentativo di coagulare le varie rappresentatività della professione troverà finalmente sensibili e pronti anche gli altri ordini ? Potremo smettere di considerarci "L'eccezione romana"?

R Ovviamente anche qui devo ribadire in modo affermativo. Si tratta di un percorso iniziato e che deve proseguire. Non è pensabile che sia scevro da difficoltà, ma rimanendo uniti e nel rispetto delle individualità di tutti e di ognuno il risultato non tarderà.

Perdonami, ma sei tu che mi dai del "pierino" e non posso non farti questa domanda.

Sentiamo.

D "Sarà possibile riuscire a tutelare con equilibrio e determinazione la professione medica e odontoiatrica senza servitù di pensiero?

Da sinistra: On. Patanè, On. Cipressa, Dott. Ghirlanda, Dott. Piccolo e Dott. Cortesini

R Me lo auguro, insieme sicuramente.

D Credi che dovremo ancora combattere con chi ci vuol fare da tutore?

R Probabilmente ancora si. Desidero però darti una notizia: dopo l'ultimo consiglio, anche l'ordine di Roma (dei medici chirurghi e odontoiatri ndr) ha deciso di inviare una lettera ai colleghi medici che esercitano l'odontoiatria e non iscritti all'albo degli odontoiatri per invitarli a regolarizzare la loro posizione, sia per i motivi legali tout court, sia perché non si trovino scoperti dall'assicurazione in caso di contenzioso.

Insomma Claudio, come noi avevamo scritto su queste pagine ai nostri soci. È la dimostrazione che si può essere sinergici e complementari nel rispetto dei ruoli!

ANDI NAZIONALE segnala
che in alcune provincie sono state fatte richieste di pagamento
dalla SOCIETA' CONSORTILE FONOGRAFICI ai Soci.

La suddetta società ritiene di aver diritto a tale compenso considerando lo studio odontoiatrico come "luogo aperto al pubblico": ANDI non concordando su tale definizione (ad eccezione delle strutture ambulatoriali e convenzionate) non ha sottoscritto alcuna convenzione proposta da SCF, ritenendo tale tassa non dovuta e supportando un Socio in un contenzioso aperto con la SCF.

DIPENDENTI STUDI PROFESSIONALI

Nuovo contratto collettivo nazionale

Il 3 maggio u.s. CONFPROFESSIONI-CONFEDERTECNICA-CIPA hanno sottoscritto con i sindacati CGIL-CISL-UIL il nuovo Contratto Collettivo Nazionale per i dipendenti degli Studi Professionali valido dal 1° Gennaio 2006 al 30 Settembre 2007.

La firma del dott. Gaetano Stella, Presidente di Confprofessioni, (organizzazione alla quale aderisce ANDI) **è vincolante per tutti le Associazioni aderenti: pertanto il nuovo contratto riguarda anche tutti i dipendenti dei Soci ANDI.**

La partecipazione di ANDI ai tavoli delle trattative ha consentito di superare alcuni aspetti critici contenuti nelle precedenti bozze di accordo e frenare alcune richieste delle controparti sindacali come gli eccessivi aumenti retributivi, la costituzione di rappresentanze e di permessi ai dipendenti per attività sindacali, ecc..

Consideriamo i risultati positivi per la categoria: in particolare gli aumenti contrattuali sono in linea con il recupero inflativo intercorso, non è stata concessa l'una tantum per la cosiddetta "vacanza contrattuale".

La mancata adesione alla cassa sanitaria integrativa (prevista a partire dal 1° luglio 2004 e che ANDI non aveva in precedenza sottoscritto: vedi circolare del 30.07.04 – n. 40.1296.SS e successive) **viene "sanata" con il pagamento di una minima una tantum di euro 24 per dipendente.**

Di seguito le nuove tabelle retributive, Il testo integrale del nuovo contratto potrete trovarlo su "**www.andiroma.it"** in "news sindacali".

STUDI DI SETTORE

Ancora un anno di monitoraggio

Aiutaci a difenderTi

Ancora un anno di monitoraggio per gli studi di settore tk21u relativi agli **studi odontoiatrici.**

Ma per cambiare quello che non va negli Studi di Settore:
1. ulteriore riduzione del peso dei beni strumentali,
2. applicazione di coefficienti provinciali che tengano conto del numero di odontoiatri operanti,
3. minor valenza all'apporto del personale dipendente, etc.

Abbiamo bisogno del **TUO AIUTO**:

Ti chiediamo il tuo studio di settore in forma ANONIMA
1. Nicola Imbrioscia P.le Roberto Ardigò, 30 - 00142 Roma
2. ANDI Roma Servizi
3. contenitore sigillato, che troverai in ogni prossimo corso.

Info: **392 6029446** Segretario Sindacale ANDI Roma
06 44252527 ANDI Roma Servizi

Aumenti retributivi mensili

A) Le parti, per la vigenza del presente contratto, riconoscono un aumento salariale non assorbibile come risulta dai seguenti importi:

Quadri (ex 1s)	80,49
1	72,87
2	66,20
3s	61,90
3	56,14
4s	54,30
4	52,08
5	48,34

B) Tale aumento sarà strutturato con aumenti lordi mensili e con la decorrenza dal 01 gennaio 2006, in riferimento agli arretrati essi verranno corrisposti in due rate con le seguenti modalità e con la paga delle mensilità indicate:

livelli	Importi arrettrati	I rata Aprile 2006 (*)	II rata Settembre 2006
Quadri (ex 1s)	241,48	120,74	120,74
1	218,62	109,31	109,31
2	198,60	99,30	99,30
3s	185,70	92,85	92,85
3	168,42	84,21	84,21
4s	162,90	81,45	81,45
4	156,24	78,12	78,12
5	145,02	72,51	72,51

(*) la prima rata sarà corrisposta al primo mese utile.

Articolo 137 - Minimi Tabellari

Tabella retributiva unica Studi Professionali

Livelli %	Minimo tabellare in vigore da 1/07/2004	Aumento dal 1/04/2006	Minimo tabellare in vigore dal 1/04/2006
Quadri	1.687,20	80,49	1.767,69
1	1.491,47	72,87	1.564,34
2	1.296,38	66,20	1.362,58
3s	1.202,03	61,90	1.263,93
3	1.196,68	56,14	1.252,82
4s	1.160,70	54,08	1.169,39
5	1.042,20	48,34	1.090,54

Filiale di Roma
EDIZIONI MARTINA srl
Via Lucca 31 - Roma 00161 - Telfax. 06-4404503 - cell. 333-8250720

DENTALICA
www.dentalica.com
NUOVE POSSIBILITÀ PER LAVORARE MEGLIO

Per effetto dei precedenti articoli 135 e 136 le retribuzioni risulteranno essere, alle rispettive scadenze, quelle della tabella sotto indicata

Apprendisti assunti dal 1/4/2006	
apprendisti 2° - 3s - 3° max 48 mesi	1° metà del periodo 2 livelli inferiori a quello in cui è inquadrata
apprendisti 4s - max 36 mesi	la mansione professionale per cui è svolto l'apprendistato / 2° metà del periodo 1 livello inferiore a quello in cui è inquadrata la mansione professionale per cui è svolto l'apprendistato
apprendisti 4 - max 36 mesi	intero periodo 1 livello inferiore a quello in cui è inquadrata la mansione professionale per cui è svolto l'apprendistato

Apprendisti assunti prima del 1/4/2006				
apprendisti 2 - I semestre apprendisti 2 - II semestre apprendisti 2 - III semestre e succ.	80% 90% 96,65%	1.090,60 1.226,32 1.316,93	82,02 92,28 99,10	1.172,08 1.318,60 1.416,03
apprendisti 3s - I semestre apprendisti 3s - II semestre apprendisti 3s - III semestre e succ.	80% 90% 96,65%	1.011,14 1.137,54 1.221,59	88,32 99,36 106,70	1.099,46 1.236,90 1.328,29
apprendisti 3 - I semestre apprendisti 3 - II semestre apprendisti 3 - III semestre e succ.	80% 90% 96,65%	1.002,26 1.127,54 1.210,85		
apprendisti 4s - I anno apprendisti 4s - II anno apprendisti 4s - III anno	80% 85% 96,65%	972,00 1.032,75 1.174,29		
apprendisti 4 - I anno apprendisti 4 - II anno apprendisti 4 - III anno	80% 85% 96,65%	935,51 993,98 1.130,21		

USA IL MODULO

Andi si è battuta e continuerà a farlo. Combatti anche TU

ANDI

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:

.....

Il precedente governo ha bocciato la proposta di inasprimento della pena: prevista dall'articolo 348 CP che prevede per chi è condannato come abusivo della professione sanitaria la possibilità di patteggiare la pena con poche centinaia di euro, come potete leggere in "Abusivi in cronaca".

Ma noi non molliamo!

All'apertura della XV Legislatura è stato presentato, da parte del Sen. Maria Elisabetta Alberti Casellati, un disegno di legge volto a modificare l'art. 348 del Codice Penale in materia di esercizio abusivo delle professioni.

Tutti dovremo impegnarCi per continuare nella tutela della salute pubblica, della dignità e del corretto esercizio della nostra professione.

Siamo a ribadire la necessità da parte di tutti i soci Andi di effettuare segnalazioni anonime con il modulo qui a fianco, o comunque segnalandolo al Segretario Sindacale che si fa garante del supporto e l'aiuto che Vi necessita.

Solo combattendo insieme riusciremo a debellare questa piaga!!!

Info: *Dott. Nicola Imbrioscia*
Segretario Sindacale
392 6029446
segretariosindacale@andiroma.it

IL PUNTO SULLE NOSTRE ATTIVITÀ

Cari colleghi i primi tre incontri del nuovo ciclo di eventi culturali gratuiti organizzati da ANDI Roma svoltisi a Roma all'Hotel Jolly Leonardo da Vinci sono stati un grande successo, grazie a tutti i soci Andi che hanno partecipato.

Ringraziamo tutti i relatori per la loro disponibilità e ricordiamo che ci hanno regalato le loro relazioni ed il loro tempo a titolo gratuito. Grazie.

La serata del **10 Aprile**, primo evento della nuova formula Lunedì Multisala proposta per risolvere il problema della contemporaneità degli eventi culturali durante il weekend, ha avuto 250 presenze: nella sala Gioconda il prof. Kaitsas ha trattato un argomento di notevole interesse sia in campo conservativo che protesico "Lo stato attuale sui sistemi adesivi smalto-dentinali".

L'interesse dei colleghi è stato dimostrato dalla sala affollatissima (più di 180 colleghi) e dalle numerose richieste di trattare tali argomenti nuovamente.

Nella sala Rembrandt si è svolta contemporaneamente l'interessantissima relazione della dott.ssa Daniela Adamo riguardante le lesioni precancerose ed i tumori maligni del cavo orale: diagnostica clinica e strumentale.

Gli argomenti anche se complessi ed impegnativi sono stati trattati in maniera semplice e facilmente comprensibile: la prevenzione primaria e la diagnosi precoce sono indispensabili per affrontare tali problematiche molto importanti ed attuali.

In contemporanea nella sala Goia-Rubens si è svolto il Corso Workshop Cerec 3 D parte teorica, molto interessante ed esplicativo riguardo la metodica CAD-CAM per la realizzazione di manufatti protesici direttamente alla poltrona.

Il **6 Maggio** si è svolto il SabatoAndi, secondo evento culturale di questo nuovo ciclo, giornata dedicata all'Implantologia: più di 180 soci Andi hanno apprezzato la formula del Sabato Multisala.

In sala Gioconda sono stati trattati dal dott. Marzio Todisco, dal dott. Priamo Mura e dal dott. Ferdinando Cosci due argomenti di notevole interesse: il carico immediato ed il rialzo del seno mascellare in Implantologia; è stata presentata dai relatori un'ampia rassegna di casi clinici molto interessanti ed alcune tecniche molto semplici e risolutive.

In sala Rembrandt il dott. Andre Benhamou dell'Università di Bordeaux ha coinvolto tutti i colleghi presenti su un argomento molto attuale: l'integrazione dei tessuti periimplantari, molto importante per una ottima stabiltà del risultato clinico ed un soddisfacente risultato estetico.

Tra le varie sessioni è stato presentato in entrambe le sale il workshop Cerec 3 D parte pratica in cui il dott. Sergio De Cristofaro ha illustrato egregiamente le varie fasi di lavorazione del sistema Cerec per la realizzazione di un elemento protesico.

Con grande soddisfazione posso affermare che il programma Andi Roma "Cultura in Provincia" ha riscontrato un grande successo: a Tivoli il **15 Maggio** erano presenti 45 colleghi ed il dott. Vincenzo De Sivo ed il dott. Luigi Gallo hanno trattato due argomenti molto interessanti: il provvisorio e l'articolatore in protesi fissa presentando numerosi casi clinici.

Il **5 giugno**, al terzo appuntamento multisala, oltre 280 erano i presenti. Le tre sale erano piene. il Dott. Alfio Motta con la sua relazione "Chirurgia Orale Ambulatoriale: limiti e possibilità" ha catturato l'attenzione dei presenti con l'incessante susseguirsi di casi e soluzioni legate alla grande professionalità, esperienza e stile dell'oratore.

Il Dott. Luigi Venanzi con "Il punto sull'Occlusione" ha tenuto incollati alla sedia tutti i fortunati che avevano avuto modo di trovare un posto libero.

Ricco di partecipanti interessati anche il Workshop Medtronic, società leader a livello internazionale nella produzione e commercializzazione di apparecchiature elettroniche dedicate alle emergenze cliniche; un bio ingegnere ha risposto alle domande dei partecipanti.

Anche il 2° appuntamento culturale in provincia che si è tenuto a Pomezia il **19 Giugno** ha

visto un elevato gradimento, sia per il relatore, Enzo De Sivo, sia per l'attenzione di tutto l'esecutivo alla realtà di chi lavora in una zona decentrata. Un plauso va al coordinatore Andi Roma per Pomezia il dott Massimo Guaragna.

Ringrazio tutte le aziende che hanno partecipato e che parteciperanno in qualità di sponsor agli eventi culturali: con loro è nata una sinergia che permette l'ottima riuscita del programma. Mi auguro che questo sia il prologo di una duratura e profiqua collaborazione.

Il lavoro della Segreteria culturale e di tutta la commissione cultura sarà ancora lungo ed impegnativo per continuare la preparazione degli altri eventi culturali in programma per il 2006: vi dò appuntamento ai prossimi eventi sempre all'Hotel Jolly Leonardo da Vinci di Via dei Gracchi.

Lunedì **10 Luglio** alle ore 20.00 avremo il dott. Gianni Bruschi che ci illustrerà le tecniche di espansione crestale in implantologia ed il dott. Giovanni Maria Gaeta che spiegherà le varie applicazioni del Laser in odontoiatria; il prof. Favia ed il dott. Franco Santini tratteranno invece l'interessante argomento delle Manifestazioni orali di malattie sistemiche e generalizzate.

Vi aspetto numerosi ai prossimi eventi.

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 e farle diventare autosufficienti. Chiunque voglia può diventare Socio contribuendo alla crescita dell'Associazione.**

Per Informazioni visita il sito:

www.asmo.it

invia una email ad asmo@libero.it
oppure telefona al 0775/739233 o al 328/2881882

CULTURALE 'MULTISALA' ANDI

gratuito per i soci

Le serate si svolgono nella giornata del **LUNEDI'** dalle ore 20.00 alle ore 23.00. Gli incontri **"SabatoAndi"**, dalle ore **9.00** alle ore **17.00**. La **sede** è l'**Hotel Jolly Leonardo da Vinci** in **Via dei Gracchi, 324** (zona Cola di Rienzo). Pranzo e cena offerti da ANDI Roma. Accreditamento ECM richiesto.

Lunedì 10 LUGLIO ore 20.00

- **Dott. Gianni Bruschi** — SALA GIOCONDA
  "Edentulie distali mascellari: strutture ossee compromesse trattate con le tecniche di espansione"
- **Dott. Giovanni Maria Gaeta** — SALA VIVALDI
  "Laser in Odontoiatria"
- **Workshop**: Errekappa — SALA GOIA RUBENS

Lunedì 18 SETTEMBRE ore 20.00

- **Dott. Enzo Lamorgese** — SALA GIOCONDA
  "Ricostruzioni post-endodontiche"
- **Prof. Giuseppe Siciliani** — SALA VIVALDI
  "Ortodonzia con sistema Invisalign"
- **Workshop** STUDI di SETTORE e Programmazione Fiscale — SALA GOIA RUBENS
  Dott.ssa Rosanna Acierno (Ag. delle Entrate)
  e **Dott. Domenico Bellachioma**.

Lunedì 16 OTTOBRE ore 20.00

- **Dott. Alfio Motta** — SALA GIOCONDA
  "Chirurgia Orale Avanzata: Grande Rialzo del seno mascellare ed innesti ossei tecniche e limiti"
- **Prof. Ferdinando D'Ambrosio** — SALA VIVALDI
  "Radiologia Digitale in Odontoiatria"
- **Workshop** BTLock: Ortodonzia e Implantologia — SALA GOIA RUBENS

Sabato 11 NOVEMBRE ore 9.00

- **Dott. Gianni Bruschi e Dott. Gianni Persichetti** — SALA GIOCONDA
  "Implantologia e Protesi"
- **La gestione dello Studio Odontoiatrico**, modelli a confronto — SALA VIVALDI
- **Workshop 1** De Marco - **Workshop 2** 3D Alpha Biomedical — SALA GOIA RUBENS

Lunedì 11 DICEMBRE ore 20.00

- **Dott. Augusto Malentacca** — SALA GIOCONDA
  "Ritrattamennti endodontici ortogradi"
- **Dott. Marco Nicastro** — SALA VIVALDI
  "Le faccette in ceramica: riferimenti estetici"
- **Workshop** "Titanio in Protesi Fissa e Implantoprotesi" — SALA GOIA RUBENS

L'ESECUTIVO e IL CONSIGLIO

Dr. Carlo Ghirlanda
Presidente
presidente@andiroma.it
39260 30 248

Dr. Nicola Pignatelli
Vice Presidente
vicepresidente@andiroma.it
39260 30 247

Dr. Gian Luca Picozzi
Segretario
segretario@andiroma.it
39260 30 246

Dr. Nicola Imbrioscia
Segretario Sindacale
segretariosindacale@andiroma.it
39260 29 446

Dr. Nicola Illuzzi
Segretario Culturale
segretarioculturale@andiroma.it
39260 29 445

Dr. Brunello Pollifrone
Tesoriere
tesoriere@andiroma.it
39260 29 444

Consiglio Direttivo
Dr. Fabio Caliendo, Dr. Luca Ciuchini, Dr. Marco Curcio, Dr. Vincenzo De Sivo, Dr. Ettore Farcomeni, Dr. Claudio Ferrantini, Dr. Giuliano Ferrara, Dr. Luigi Gallo, Dr. Massimo Guaragna

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, purché 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 ☐ Ri.Ba ☐ 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 ___/___/_____

2° 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 _____

Eercizio 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

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 01025 cab 03224 cin Z**
(specificare nella causale nome, cognome e anno di riferimento).

20 BUONI MOTIVI PER ISCRIVERSI ALL'ANDI

1. Per difendere il nostro futuro di liberi professionisti chiedendo un fisco più equo e opponendoci alla mercificazione del nostro lavoro con intervento di capitali e pubblicità sanitaria scorretta, diventando parte attiva per la gestione e regolamentazione della nostra professione.
2. Per migliorare l'immagine del dentista agli occhi dell'opinione pubblica;
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 le normative in materia sanitaria e poter usufruire dei corsi, anche E.C.M. per odontoiatri e personale ausiliario;
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 del "Bollettino ANDI Roma", "RIS" e "Fronte Stomatologico";
9. Per condizioni vantaggiose nelle iscrizioni ai corsi L.626 per RLS e RSPP;
10. Per un aggiornamento culturale ad ampio spettro e ad alto livello, per gli odontoiatri e le assistenti alla poltrona;
11. Per usufruire di tariffe scontate per l'iscrizione ai Congressi ANDI;
12. Per promuovere il Tuo nome tramite il nuovo servizio "Trova i Dentisti ANDI" su INTERNET;
13. Per avere la migliore polizza R.C. disponibile sul mercato;
14. Per usufruire di convenzioni speciali per lo Smaltimento Rifiuti Speciali, per le Verifiche periodiche sui Radiologici e sugli Impianti Elettrici;
15. Per risparmiare utilizzando le convenzioni stipulate con gli esperti qualificati, studio legale, commercialista e consulente del lavoro;
16. Per apertura crediti a condizioni vantaggiose con la BANCA convenzionata;
17. Per poter accedere al servizio credito (finanziamenti ai pazienti per le cure odontoiatriche);
18. Per provvedere alla tua "vecchiaia" con Fondodentisti, il nostro fondo pensione di categoria;
19. Per partecipare al mese della prevenzione dentale in ottobre ogni anno;
20. Per partecipare al NUOVO progetto prevenzione odontoiatrica scolastica nelle scuole romane finanziato daL Comune di Roma - Assessorato Politiche Educative e Scolastiche.

Dott. Brunello Pollifrone
Tesoriere

IL PROBLEMA DEI BIFOSFONATI

Le continue domande e richieste di informazioni sui Bifosfonati che ci giungono da parte dei colleghi ci impongono di comunicare il più possibile quanto a nostra conoscenza, anche per le possibili implicazioni medico legali che questa patologia emergente può comportare.
Su Occhio clinico n. 6/Giugno 2005 è stato pubblicato questo articolo che vi ripropongo in estratto.

Abstract.
Reazioni avverse - Ritorna, coi bifosfonati nuovi, la vecchia necrosi dei fiammiferai.
Contro le metastasi ossee si ricorre ai farmaci che inibiscono gli osteoclasti e controllano il dolore; essi espongono però il paziente a un rischio su cui la maggior parte dei medici non è informata.

Mauro Venegoni - Medicina interna

I bifosfonati endovenosi sono sempre più usati per il trattamento delle metastasi ossee e si sono dimostrati altamente efficaci nel prevenire le fratture spontanee. Il loro meccanismo di azione non è ben conosciuto, ma ci sono alcuni elementi che fanno ipotizzare l'inibizione della funzione osteoclastica e il blocco della dissoluzione dell'idrossiapatite.

Nel dicembre del 2002 la ditta produttrice ricevette la prima segnalazione spontanea di una osteonecrosi della mandibola attribuita a pamidronato o ad acido zoledronico. Dopo questa e dopo la pubblicazione (Marx 2003), da parte di un acuto chirurgo maxillo facciale della Florida, di 36 casi di osteonecrosi avascolare della mandibola, le descrizioni di casi simili in corso di terapia con bifosfonati sono aumentati, sia sotto forma di segnalazioni spontanee alle varie agenzie di farmacovigilanza, sia come articoli e case report sulle riviste mediche.

Al 4 marzo 2005 la ditta produttrice di entrambi i bifosfonati, aveva ricevuto 531 segnalazioni spontanee e 79 casi pubblicati in letteratura. Dall'analisi dei casi si è osservato che la maggior parte dei pazienti aveva avuto, in concomitanza con il trattamento, episodi di ascessi dentari o comunque interventi odontoiatrici. Il sospetto è che il trattamento con bifosfonati diminuisca l'irrorazione sanguigna dell'osso e, con ciò, faciliti lo sviluppo dell'osteonecrosi in presenza di banali focolai infettivi, in più sono soggette al rischio di ripetuti micro traumi e lesioni da procedure dentali anche semplici, come il lavaggio dei denti.

Come in tutte le reazioni avverse, specie quelle poco note, è importante quantificare il rischio, definire, cioè, per lo meno l'ordine di grandezza dell'incidenza di questi eventi. La ditta che produce i due principi attivi ha provato a stimare l'incidenza dell'osteonecrosi in corso di terapia con bifosfonati. Si tratterebbe di un'incidenza del 3 per 10.000, che anche l'azienda ritiene sottostimata. Utilizzando invece i risultati degli studi clinici randomizzati l'incidenza sarebbe del 15 per 10.000. L'azienda ha poi fatto svolgere una ricerca all'Anderson Cancer Center, sui 4.000 pazienti che erano stati trattati con i bifosfonati negli ultimi 10 anni. Il risultato dello studio, criticato dal committente a causa di possibili errori procedurali, è di un incidenza del 1,9 per cento (18 casi su 963). Cioè 190 su 10.000!

Una recente comunicazione (Durie 2004) basata su dati raccolti in forma anonima in un data base sul Web (e per questo considerati non affidabili dall'azienda) è di 6,2 per cento (75 casi su 1.203). È chiaro che quando l'ordine di grandezza oscilla tra 1 su 10.000 e 6 su 100 significa che sono necessari ulteriori approfondimenti.

La ditta produttrice comunque nel corso del 2004, quando il numero dei casi andava aumentando, ha preparato il materiale informativo per i pazienti, per metterli al corrente del rischio che possono comportare le procedure odontoiatriche nelle persone che assumono i bifosfonati.

In seguito, nel giugno 2004, al congresso degli oncologi clinici americani (ASCO), è stato distribuito un «libro bianco» su tale effetto avverso.

Nel settembre 2004 l'azienda ha inviato a oncologi, ematologi, urologi e chirurghi maxillofacciali americani una «Dear doctor letter» (concordata con la Food and Drug Administration) per informarli delle modifiche della scheda tecnica dei farmaci implicati, che è così aggiornata con le informazioni sul rischio di osteonecrosi.

La solerzia nell'informare medici e pazienti sembra purtroppo che si sia fermata dall'altra parte dell'Atlantico: in Europa, e in particolare in Italia non sono state diffuse «Dear doctor letter», né brochures per i pazienti, e anche l'informazione da parte degli informatori scientifici è stata pressoché nulla.

L'azienda spiega che la richiesta di modifica della scheda tecnica è stata inviata contemporaneamente all'FDA e all'EMEA (Agenzia europea

del farmaco) e che il ritardo nella diffusione di informazioni in Europa è da attribuire alla lentezza delle procedure europee: resta il fatto che di questo grave effetto collaterale i medici europei, e italiani in particolare, sono tuttora all'oscuro.

Tre domande restano, comunque, in sospeso e i dati conosciuti finora non permettono di trarre conclusioni atte a dare una risposta:

1. qual è la reale incidenza dell'osteonecrosi in corso di trattamento con bifosfonati?
due recenti studi osservazionali italiani, condotti separatamente possono aiutarci:

il primo nella divisione di oncologia dell'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli di Milano dove sono stati monitorati i pazienti trattati per metastasi ossee con i bifosfonati. Su 112 pazienti 8, hanno sviluppato ascessi dentari ricorrenti (7 %) che in 6 (5%) si sono complicati con osteonecrosi della mandibola. I pazienti erano stati tutti trattati con acido zoledronico e 3 anche con pamidronato.

il secondo nella divisione di ematologia dell'Azienda ospedaliera Niguarda Cà Granda di Milano dove sono stati messi in osservazione i pazienti con mieloma multiplo trattati con bifosfonati nel periodo gennaio-dicembre 2004. Su 65 pazienti osservati sono state riscontrate 8 osteonecrosi (4 della mandibola e 4 della mascella) con un'incidenza del 12 per cento.

L'analisi dei dati ha permesso agli ematologi di Niguarda di osservare un meccanismo dose dipendente: dosi superiori a 360 mg di pamidronato o a 80 mg di acido zoledronico erano quelle associate, significativamente, a un maggiore rischio di osteonecrosi (OR 3,68; IC 1,065-12,714). Pur essendo questi studi di dimensione ridotta, vengono confermati i dati che facevano della osteonecrosi della mandibola in corso di terapia con bifosfonati un evento avverso frequente (tra 1 e 10 per cento dei trattati) e non inusuale.

2. esiste una differenza di rischio tra i due difosfonati, il pamidronato e l'acido zoledronico?

non esistono finora in letteratura dati di confronto e gran parte dei pazienti sono stati trattati con ambedue i principi attivi. Rimane però un'ipotesi: il pamidronato è entrato nell'uso clinico nel 1991 e l'acido zoledronico nel 2001; l'epidemia di osteonecrosi è iniziata con una prima segnalazione alla fine del 2002, per raggiungere poi 630 casi nel marzo 2005, rendendo fondato il sospetto che il più recente dei due farmaci abbia una maggiore responsabilità.

3. per quale ragione l'osteonecrosi colpisce in modo così selettivo la mandibola?
In un'interessante relazione che Heiner Berthold, della Drug Commission of the German Medical Association ha tenuto nel novembre 2004 alla conferenza della Società internazionale di farmacovigilanza a Edimburgo. Dopo aver comunicato le proprie osservazioni, tratte dalla banca dati tedesca delle segnalazioni spontanee, ha sottolineato la stretta somiglianza tra questa osteonecrosi e l'antica phossy jaw (mandibola da fosforo) dei lavoratori delle fabbriche di fiammiferi. Quella complicanza -una necrosi della mandibola che spesso si fistolizzava- colpiva i lavoratori del fosforo (molte volte bambini) e scomparve negli anni venti dopo la sostituzione del fosforo bianco con il fosforo rosso. Secondo l'ipotesi di Heiner Berthold, la struttura chimica dei bifosfonati (che comprende atomi di fosforo legati ad altri di carbonio) potrebbe essere la causa della osteonecrosi con un meccanismo simile all'esposizione professionale dei lavoratori del fosforo. La conclusione dello studioso è che i medici di medicina generale debbano essere allertati su questa complicanza frequente e poco conosciuta e che debba essere migliorata la comunicazione tra oncologi prescrittori e medici curanti.
Un suggerimento che vale la pena di estendere alle autorità regolatorie nazionali: un'informazione come questa non deve essere confinata agli specialisti, ma ampiamente diffusa tra i medici delle cure primarie che seguono i pazienti giorno per giorno.

Bibliografia
Durie B. Am Soc Hemat meeting (ASCO), San Diego, December 2004, Abstract 756. Berthold HK et al. «Phossy jaw» revisited. Do biphosphonates cause «biphossy jaws»? Abstracts of the 2004 IsoP Annual Conference, Drug Safety 2004; 27(12) n 116. Marx RE. Letters to the editor: amidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) Induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61: 1115. Novartis Pharmaceutical Corporation. Background Information for Oncologic Drug Advisory Committee Meeting. 2005; March 4.

odontotecnica
B.RINALDI&C.
s.r.l.

Pfizer
Consumer Health Care

LA LEUCOPLACHIA

Cara Daniela, dopo i bifosfonati ed il carcinoma orale, cerchiamo di continuare a dare notizie essenziali. È ovvio che non possiamo essere esaustivi. Questa è una rivista sindacale e non una scientifica. Il nostro scopo è suggerire delle vie, offrire uno spunto per approfondire dei temi.
Ogni odontoiatra dovrebbe, tuttavia, essere in grado durante le visite di routine effettuate per altri motivi, di identificare una lesione bianca presente nel cavo orale, di identificare i fattori di rischio se presenti, ed in base alla risposta istologica della biopsia della lesione, eseguita dallo stesso o da altri, di controllare il paziente nel tempo al fine di identificare l'eventuale trasformazione di queste lesioni in una fase estremamente precoce di sviluppo; perché questo può consentire di salvare la vita al paziente. In questa ottica ti domando di aggiornarci sulle leucoplachie.

D'accordo, ma andiamo per gradi:
La leucoplachia è una lesione precancerosa potenziale o facoltativa. Cosa vuol dire:
si definiscono lesioni precancerose quelle alterazioni tissutali su cui la probabilità di insorgenza di una neoplasia maligna è maggiore rispetto al tessuto sano.
Nella maggior parte dei casi il cancro orale insorge su preesistenti lesioni precancerose della mucosa orale, colpendo raramente i tessuti orali che non siano già soggetti ad alterazioni patologiche. Tali lesioni possono permanere nel cavo orale dei pazienti per mesi o anni conservando caratteristiche benigne fino ad un punto in cui, per meccanismi e cause non conosciute ed in tempi non prevedibili, iniziano a degenerare in senso maligno; ciò avviene passando prima per diversi gradi di una alterazione patologica dei tessuti chiamata displasia (lieve-moderata-grave) fino a presentare, in seguito, caratteri di franca malignità, con l'invasione dei tessuti circostanti e la comparsa di metastasi. Tali caratteristiche fanno sì che sia teoricamente possibile, prevenire o curare il cancro orale in fasi estremamente precoci, garantendo la guarigione al paziente ed evitando i rischi, le complicanze e gli effetti collaterali che la terapia dei casi avanzati spesso comporta.
L' identificazione e il controllo delle lesioni precancerose permette, infatti, di diagnosticare il cancro orale quando sono interessati solamente gli strati più superficiali dei tessuti orali, consentendo, quindi, di asportare la massa tumorale con una semplice e piccola escissione chirurgica e con danni estetici e funzionali praticamente nulli.
La potenziale evoluzione di tali lesioni è ovviamente diversa in base al tipo di patologia, variando nei modi e nei tempi, esistono infatti: lesioni precancerose a basso, medio ed alto rischio di degenerazione maligna.
Sebbene esista anche la possibilità che alcune di queste patologie non vadano mai incontro a trasformazione oncologica, non esiste nessun modo di prevederne il comportamento negli anni. Nessuna lesione del cavo orale dovrebbe essere sottovalutata, soprattutto se presente da più di 15-20 giorni e se non tendente alla guarigione, e tutti i pazienti con accertate lesioni precancerose (clinicamente e istologicamente) dovrebbero essere controllati periodicamente con delle visite attente e approfondite del cavo orale. Nonostante ciò, ad oggi, tali lesioni vengono troppo spesso sottovalutate, trattate erroneamente o non identificate durante le visite del cavo orale.
La classificazione delle lesioni precancerose, che seguo, pur ispirandosi in gran parte a quella della Organizzazione Mondiale della Sanità, è quella stilata soprattutto sulla base dell'esperienza accumulata in oltre un ventennio di attività clinica e di ricerca dal Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli "Federico II".

Leucoplachie omogenee

Tra le lesioni a basso rischio di degenerazione maligna consideriamo: le Precancerosi potenziali o facoltative: la leucoplachia, il Lichen planus, l'Ulcera da decubito, la Cheilite ghiandolare o apostematosa, la Cheilite attinica, il Fibroma reattivo, il Nevo pigmentato, il Lupus eritematoso discoide, la Disfagia sideropenica.
Tra quelle a medio rischio le Precancerosi vere: la Candidosi cronica iperplastica e la Papillomatosi orale florida; infine tra quelle ad alto rischio le Precancerosi obbligate: la eritroplachia

LA LEUCOPLACHIA

È una lesione della mucosa del cavo orale, prevalentemente bianca, che non può essere clinicamente o istologicamente riconducibile a nessun'altra malattia. La frequenza, delle lesioni leucoplasiche, è variabile - dallo 0.2 al 4.0% in ragione delle differenti abitudini nelle varie aree geografiche ed, inoltre, dopo i 35 anni la prevalenza è intorno al 4.0% (Ben Slama 2001).
L'insorgenza di una lesione leucoplasica avviene, solitamente, dopo i 30 anni, con un picco intorno ai 50 anni; non vi è alcuna differenza tra uomini e donne nel mondo occidentale (Van der Waal et al. 1997, Ben Slama 2001).
La leucoplachia può svilupparsi in qualsiasi zona del cavo orale ma le lesioni sulla lingua, del pavimento orale mostrano un rischio d'evoluzione maligna decisamente maggiore: in più del 90% dei casi mostrano, infatti, presenza di displasia (Suarez et al.1998). Circa il 6% delle leucoplachie, dopo circa 10 anni dalla diagnosi si trasformano in carcinoma, mentre le lesioni che presentano già displasia si trasformano nel 16-36% dei casi (Reichart 2001); queste percentuali sono strettamente legate ai fattori di rischio (es. tabacco), ed al mantenimento degli stessi dopo la diagnosi.
L'aspetto clinico deriva dall'ispessimento degli strati epiteliali che mascherano il normale colorito roseo - rosso della mucosa dovuto alla ricca vascolarizzazione della sottomucosa.
La leucoplachia può presentarsi in forma:

OMOGENEA

con Placche bianche, superficie liscia (ci possono essere piccole rugosità, creste lineari, aspetto finemente papillare non rilevata, piana Di consistenza uguale alla mucosa normale Non dolente. Sono circa il 50% di tutte le leucoplachie orali. La presenza di displasia è rara

NON OMOGENEA (forme erosive e forme verrucose)

LEUCOPLACHIE EROSIVE sono caratterizzate da: Placche prevalentemente bianche e/o rosse, Superficie irregolare, Spesso rilevata sui piani mucosi circostanti, Di consistenza variabile, Può essere sintomatica in rapporto alla quantità di erosioni presenti, Ci può essere displasia

Leucoplachie Erosive

LEUCOPLACHIE VERRUCOSE caratterizzate da: Placche bianche, Superficie irregolare, intensamente cheratinizzata, Fortemente rilevata sul piano mucoso, Maggiore è la cheratinizzazione maggiore è la consistenza, Nelle forme molto estesa viene definita iperplasia verruciforme, Può evolvere in carcinoma verrucoso.
Si parla di eritroleucoplachia o lesione spekled quando una leucoplachia presenta aree di colore rosso; se la lesione è completamente rossa prende il nome di "eritroplachia", una precancerosi obbligata, che presenta sempre istologica-

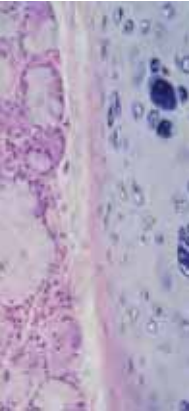
Leucoplachie Verrucose

mente aree displastiche (Scully etal. 1996).
L'eritroplachia è stata definita come un'alterazione della mucosa di colore rosso, lucida e vellutata, che non può essere clinicamente e patologicamente ascrivibile a nessun'altra condizione; essa può presentarsi uniformemente rossa o con aree bianche di minori dimensioni (Axéll et al. 1984).
La leucoplachia deve essere posta in diagnosi differenziale con altri quadri clinici simili: cheratosi frizionale, lesione assolutamente benigna associata ad un traumatismo cronico, candidosi pseudomembranosa (il segno clinico dirimente, in questo caso, è la facile rimozione

Cheratosi frizionale

della lesione dopo raschiamento), candidosi iperplastica, lichen planus (nella forma a placca), dove, all'indagine istologica, si evidenzia un'infiltrato linfocitario a banda, monomorfo, che tarla la membrana basale caratteristico del lichen. l'hairy leukoplakia espressione d'infezione da EBV nei soggetti immunodepressi.
Un gruppo a parte di lesioni che spesso entrano in diagnosi differenziale con le leucoplachie sono le cheratosi da fumo nelle quali identifichiamo una causa (fumo), che se eliminata, può determinare la completa guarigione delle lesioni. In queste forme spesso il palato si presenta uniformemente cheratinizzato con piccole aree rosse, espressione dell'infiammazione delle ghiandole salivari accessorie presenti in tale sede, danneggiate dal fumo. Queste lesioni sono a rischio di trasformazione solo se il fattore di rischio non viene eliminato e tutte le lesioni, che persistono devono essere indagate con una biopsia associata ad esame istologico.
La prognosi di una lesione leucoplasica è legata a vari fattori quali: la SEDE, lingua, pavimento orale e prolabio nel 90% dei casi sono associate a displasia/carcinoma. La MORFOLOGIA, le forme speckled (con aree rosse) sono a più alto rischio di trasformazione. L'ETA', i soggetti giovani sono a più alto rischio. La PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO, (fumo, alcool) In assenza di fattori di rischio le lesioni leucoplasiche sono a più alto rischio di trasformazione. Il SESSO, Il sesso femminile è maggiormente a rischio di trasformazione
Da quanto detto si evince che una donna giovane, non fumatrice, con una lesione leucoplasica del pavimento orale è più a rischio di un paziente anziano, fumatore, con una leucoplachia della mucosa geniena e pertanto necessita di controlli clinici ravvicinati.
Studi più recenti dimostrano, inoltre, che la trasformazione neoplastica delle leucoplachie pare dipendere dal contenuto genetico delle cellule epiteliali (tetraploidia o aneuploidia) (Sudbo 2001; Sudbo, Bryne et al. 2001; Sudbo, Kildal et al. 2001; Sudbo, Warloe et al. 2001; Scully, Sudbo et al. 2003; Sudbo, Lippman et al. 2004)
La DIAGNOSI si basa fondamentalmente su: ANAMNESI ED ESAME CLINICO da un lato, che mirano ad identificare una causa e ad evidenziare aree sospette nel contesto della lesione. E BIOPSIA ED ESAME ISTOLOGICO dall'altro.
In tutte le leucoplachie idiopatiche è necessaria una biopsia. I caratteri clinici, infatti, non sempre sono affidabili e qualsiasi lesione deve essere sottoposta a biopsia ed a esame istologico per escludere la presenza di aree di dege-

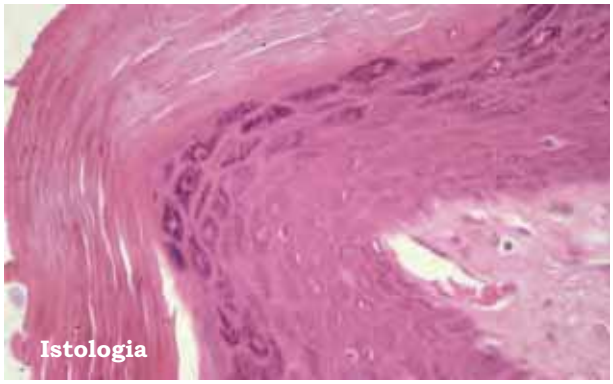
Cheratosi da fumo



nerazione maligna.
L'indagine istologica deve essere compiuta su campione bioptico, prelevato, possibilmente, includendo le aree clinicamente più sospette (dove potrebbe esserci la maggiore possibilità di trasformazione maligna). Per localizzare le zone sospette da sottoporre ad esame bioptico, si possono utilizzare i coloranti vitali, come il blu di toluidina

Blu di toluidina

Questo colorante vitale presenta un'intensa affinità con gli acidi nucleici cellulari e con i mucopolisaccaridi solfatati, entrambi selettivamente alti nell'epitelio orale displastico e maligno rispetto al normale epitelio e alle lesioni benigne. Le zone più scure dovrebbero indicare una maggiore proliferazione cellulare e, quindi, indicare le aree in cui è opportuno effettuare la biopsia. È preferibile effettuare sempre una biopsia incisionale delle lesioni che comprenda l'epitelio e la sottomucosa che consenta all'anatomo-patologo di effettuare la diagnosi. Istologicamente nelle leucoplachie si evidenzia un'ispessimento di tutti gli strati epiteliali con: ACANTOSI ispessimento dello strato spinoso. IPERGRANULOSI: ispessimento dello strato granuloso. IPERORTOCHERATOSI: ispessimento dello strato superficiale con perdita di nuclei in tale zona. IPERPARACHERATOSI: ispessimento dello strato superficiale con persistenza dei nuclei in tale zona.



Istologia

Nel ringraziare Daniela, non posso non citare tutti i colleghi del gruppo di medicina orale del Dipartimento di scienze odontostomatologiche e maxillo facciali dell'Università di Napoli "Federico II" - Prof MD Mignogna, Dott. E Ruoppo, Dott. S Leuci ed ovviamente Dott. D. Adamo.

UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA SUI TEMI QUOTIDIANI

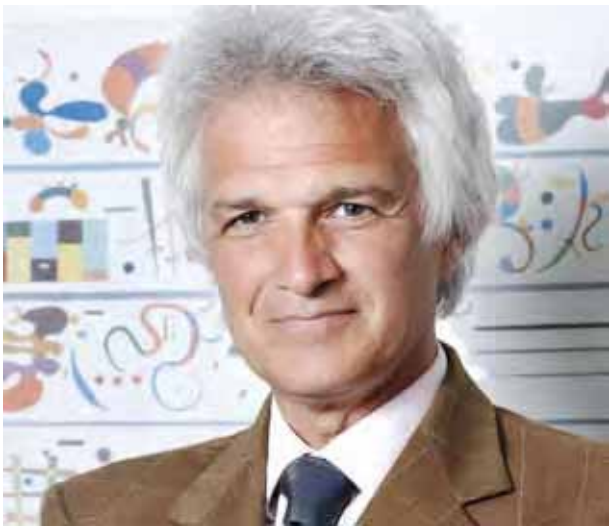
Una revisione contemporanea dei fattori coinvolti in protesi totale.
Parte III: SUPPORTO da un articolo di T. E. Jacobson, D.D.S., and A. J. Krol, D.D.S JPD march. 1983 Vol. 49 N. 3

Considerando la cultura come fattore essenziale nella nostra professione, accogliamo con piacere le Note finali di Cinzia Lignini e di Luigi Gallo con questo terzo ed ultimo articolo di una revisione dei fattori coinvolti in protesi e che vanno considerati con attenzione, soprattutto tenendo presente che si tratta di un articolo che ha 23 anni e che è rimasto di grande attualità non solo in riferimento alle metodiche, ma anche alle problematiche e come risolverle. Grazie Cinzia e grazie Luigi per i tempo che avete voluto dedicarci.

Il supporto in protesi totale (P.T.) è la resistenza al movimento verticale che le creste edentule oppongono alla base della PT. Il supporto contrasta quelle forze dirette verso le creste edentule e che sono perpendicolari alla superficie occlusale. Quando si parla di supporto si deve tenere presente la relazione che intercorre tra la superficie di impronta della base della PT e i sottostanti tessuti superficiali sottoposti a vari gradi e tipi di funzione. Questo rapporto tessuto –base deve essere sviluppato in modo tale da mantenere inalterata l'occlusione con movimento minimo della base verso i tessuti.

TIPI DI SUPPORTO

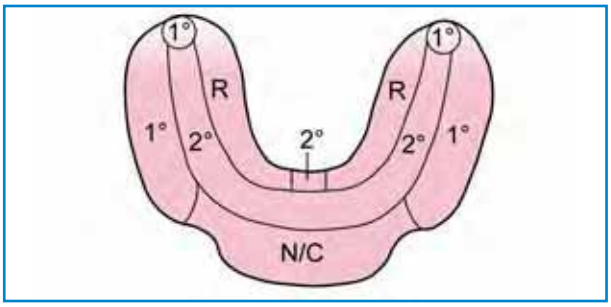
Il supporto deve essere considerato sotto due punti di vista.
Primo le due protesi mascellare e mandibolare si debbono adattare al tessuto sottostante in modo che le superfici occlusali si possano correttamente contrapporre l'una all'altra al momento dell'inserzione.
Contatti bilaterali simultanei debbono realizzarsi sia in posizione di massima intercuspidazione che durante i movimenti di carico funzionale.
Secondo la base della PT dovrebbe mantenere questo tipo di relazione per un periodo di tempo adeguatamente lungo.
Il supporto è adeguato quando: (1) la PT si estende a coprire l'area più ampia possibile senza comprimere le mucose mobili e sottili, (2) durante la funzione vengono selettivamente caricati tessuti più adatti a resistere ai processi di riassorbimento, (3) i tessuti che resistono meglio al dislocamento verticale hanno un contatto fermo con la PT durante la funzione.

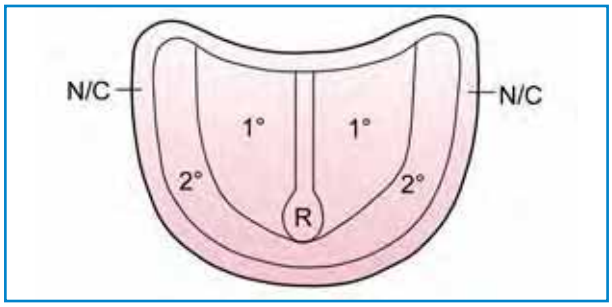


NATURA DEL TESSUTO DI SUPPORTO
Tessuti molli

I tessuti molli di supporto debbono avere la proprietà di resistere alla pressione indotta da una normale funzione della protesi. La presenza di tessuto cheratinizzato su mucosa ferma e adesa ai piani sottostanti è una caratteristica indispensabile. La cheratina è una scleroproteina presente nello strato corneo ed è il prodotto finale del degrado dell'epitelio che protegge gli strati vitali sottostanti.
Un trauma eccessivo sulla mucosa soggiacente la PT può generare condizioni patologiche quali: **iper-cheratosi localizzata , ulcerazioni, necrosi**
Il tessuto sottomucoso grasso e ricco di ghiandole opera come un cuscinetto idraulico e consente una moderata resilienza o compressibilità della mucosa.
Tessuti duri

La velocità e la quantità di perdita di osso che si produce nella zona anteriore della mascella e nella mandibola sono uno dei principali problemi in PT.
I concetti di pressione –tensione sembrano giocare un ruolo determinante nella distruzione o preservazione dell'osso delle creste residue. La pressione stimola il riassorbimento mentre la tensione mantiene l'integrità dell'osso o addirittura favorisce l'apposizione di nuovo osso. La tensione che si esercita nelle zone degli attacchi muscolari preserva la qualità dell'osso un esempio classico è quello di una mandibola con un grado elevato di atrofia che mostra i tubercoli geninei e le protuberanze mentoniere inalterate perché associate agli attacchi muscolari.
Purtroppo non esiste un meccanismo fisiologico che





consenta la trasmissione di una forza tensiva sull'osso da parte di una PT queste sono perlopiù delle forze di pressione con conseguente riassorbimento dell'osso.
L'osso corticale resiste meglio al riassorbimento dell'osso trabecolato.

CONSIDERAZIONI ANATOMICHE SULLE AREE DI SUPPORTO DELLA PT

È stato sottolineato da Edwards e Boucher: " Il successo di una PT dipende in larga misura dalla relazione della protesi con le strutture anatomiche che la supportano e la delimitano, si deve pertanto avere una certa familiarità con la posizione e le caratteristiche di tali strutture."
Possiamo distinguere i tessuti di supporto in **primario e secondario** e riconoscere i tessuti che richiedono di essere scaricati per minimizzare la pressione.

CONSIDERAZIONI SULL'ANATOMIA DELLA MANDIBOLA

L'area di supporto primario della mandibola deve includere l'oliva retromolare il tavolato buccale.
L'oliva retromolare è l'estensione distale della mucosa cheratinizzata masticatoria residuata dal tessuto di guarigione della estrazione del terzo molare e dalla papilla retromolare. In questa zona vi sono gli attacchi muscolotendinei del buccinatore, del costrittore superiore ,e del muscolo temporale.
Fibre tendinee del muscolo temporale si inseriscono medialmente, e lateralmente nel bordo posteriore dell'oliva retromolare e definiscono il limite posteriore della PT.

L'attacco delle fibre del muscolo buccinatore si estende in direzione antero-posteriore inferiormente lungo il tavolato buccale tra la cresta edentula e la linea obliqua esterna e consentono un appoggio stabile della PT. Lo strato di sottomucosa, contenente fibre del muscolo buccinatore e tessuto connettivo ghiandolare, rendono il tavolato buccale un area di supporto primaria per la PT mandibolare. (Figura in alto a sinistra)

CONSIDERAZIONI ANATOMICHE DEL MASCELLARE

La porzione orizzontale del palato duro fornisce un supporto primario alla PT superiore essendo coperta da una mucosa masticatoria cheratinizzata con una sottomucosa ricca di tessuto grasso nelle sue porzioni anterolaterali e di tessuto ghiandolare nelle porzioni posterolaterali.
Nella linea mediana invece c'è una sottomucosa molto sottile e deve essere quindi scaricata. Il palato duro è costituito da osso corticale dei processi palatini del mascellare e dei processi orizzontali dell'osso palatino. (Figura in alto a destra)

REGIONI DA SCARICARE

Le regioni da scaricare si dividono in tre categorie:
1) tessuto che va incontro a riassorbimento sotto pressione funzionale: alcune creste mascellari e la maggior parte delle creste mandibolari
2) regioni che hanno una mucosa sottile: linea mediana del palato, tori, esostosi, parete linguale della mandibola soprattutto la cresta miloioidea
3) regioni con mucosa che ricopre fasci neurovascolari: papilla incisiva, forame mentale.

Dott. Luigi Gallo
specializzato in Protesi alla Tufts University Boston USA,
docente al master di implantoprotesi Univ. La Sapienza.

Dott.ssa Cinzia Lignini
specializzata in Protesi alla Tufts University Boston USA,
docente al master di implantoprotesi Univ. La Sapienza.

COME PROTEGGERE IL PROPRIO COMPUTER

II parte

Caro dott. Chimentelli a lei ed a Mario Maccarini, dopo il sofferto ingresso della privacy, nei nostri studi siamo di nuovo a domandare:

D Ma siamo proprio sicuri che seguendo la norma, e quindi essendo in regola come la legge impone la privacy, dei nostri pazienti e nostra sia tutelata?

D Dopo il Vostro precedente articolo, mi pare di no, sbaglio?

D Vogliamo parlare ancora di come proteggere i dati tutelati dalla privacy, anche i nostri?

R

Bisogna partire dall'assunto che la legge è una prima parte di un progetto, ed il legislatore ci chiede di fare i primi passi con gli strumenti attuali che abbiamo a disposizione.

Teniamo presente che per un Hacker trovare le password di windows è semplice, quindi quello che dobbiamo fare è creare una barriera minima che servirà a proteggere l' accesso alle persone 'normali' (diciamo alla donna delle pulizie).

D'altra parte se pensiamo alle schede cartacee, uno scassinatore riuscirà ad entrare nel Ns. studio ed aprirà facilmente il nostro armadio chiuso a chiave dove riponiamo le schede dei pazienti. E' molto probabile per una persona 'normale' tutto ciò sia impensabile (o quanto meno più difficile).

La volta precedente, abbiamo trattato due aspetti della sicurezza del pc:

a) stabilità del sistema
b) riservatezza delle informazioni

lasciandoci con le seguenti conclusioni:

Il consiglio è tenere 'pulito' **ogni singolo computer che usiamo**, per questo sarebbe buona regola:

1. Entrare sempre con la stessa password (*inteso come nome utente*) in window.
2. **Fare il compattamento al bisogno** (è sufficiente su un computer).
3. **Fare la Deframmentazione** (con copia e ripulisci) in tutti i computer specialmente su quelli dove vengono eseguite procedure come:

- Stampe di riepilogo dove compaiono nomi
- Esportazione di dati temporanei su excel, word, altri programmi e invio SMS

Sul mercato esistono anche programmi che si occupano di tutto questo, ma è chiaro che comunque non possono prescindere da ciò che fa il Vostro programma di gestione.

Per chiarire questi aspetti cerchiamo di vedere l'esempio che segue

Assumiamo che:

1. il carattere **"[]"**, identifichi le registrazioni cancellate,
2. il carattere **">"** si rappresentino gli spazi su disco occupati da informazioni.

Supponiamo quindi di aver nel nostro archivio tre pazienti Beppe, Antonio e Carlo. Stampiamo un estratto conto e dopo cancelliamo Antonio.

TABELLA A) Con i dati iniziali il computer

>	B	E	P	P	E	>	A	N	T	O	N	I	O	>	C	A	R	L	O		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

TABELLA B) Durante la stampa dell'estratto conto

>	B	E	P	P	E	>	A	N	T	O	N	I	O	>	C	A	R	L	O												
>	B	E	P	P	E		1	0	0	,	A	N	T	O	N	I	O		3	5	0	,	C	A	R	L	O		1		
2	5	0	,	>																											

TABELLA C) Dopo la stampa

>	B	E	P	P	E	>	A	N	T	O	N	I	O	>	C	A	R	L	O												
[]	B	E	P	P	E		1	0	0	,	A	N	T	O	N	I	O		3	5	0	,	C	A	R	L	O		1		
2	5	0	,	>																											

TABELLA D) Dopo la cancellazione di Antonio

>	B	E	P	P	E	[]	A	N	T	O	N	I	O	>	C	A	R	L	O												
[]	B	E	P	P	E		1	0	0	,	A	N	T	O	N	I	O		3	5	0	,	C	A	R	L	O		1		
2	5	0	,	>																											

Cosa succede nel disco fisso del computer ?

D Ma allora anche se non visibili i dati stampati e quelli cancellati sono sempre lì, da qualche parte?

R Si, non è una regola ma spesso è vero. Dipende da molti fattori, principalmente dal programma che usiamo.

D E se un paziente mi ha chiesto di togliere i suoi dati, dopo che li ho stampati per farglieli vedere ed io li ho cancellati,...sono inadempiente nei confronti della legge ?

R No, perché in ogni caso il computer è protetto da password e questi dati possono essere letti solo con strumenti adeguati, spesso occorrono settimane per decifrarli (con un lavoro specialistico di investigazione) fatto da esperti....

Come si vede, i dati, anche se non visibili dai programmi, sono presenti sul disco e sono disponibili e riutilizzabili dal sistema.

Tuttavia, con la procedura di compattamento prevista da QUASI tutti i programmi la situazione del disco si presenterebbe come la tabella e).

andiamo oltre ...

TABELLA E) Dopo la cancellazione fisica (compattamento)

>	B	E	P	P	E	>	C	A	R	L	O	[]			C	A	R	L	O						
[]	B	E	P	P	E		1	0	0	,	A	N	T	O	N	I	O		3	5	0	,	C	A	R
L	O		1	2	5	0	,	>																	

Usando pertanto quest'ulteriore procedura di COMPATTAMENTO, i settori vengono compattati, ma non tutto viene sovrascritto:

1. in pratica Antonio sparisce in modo definitivo, perché viene sovrascritto con Carlo;
2. a sua volta siccome Carlo è stato spostato, la vecchia posizione di Carlo viene messa come cancellata, e quindi comunque recuperabile,
3. come ancora sono recuperabili le informazioni dei file temporanei.

D Allora sia il fatto di aver "solo" stampato un dato, neppure memorizzato, sia il fatto di averne cancellato un altro non mi garantiscono di averli eliminati?

R No infatti no. Continuiamo a vedere cosa capita nella tabella che segue:

TABELLA F)
Dopo la rimozione e sovrascrittura dei temporanei

>	B	E	P	P	E	>	C	A	R	L	O	[]	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
[]	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.																					

Questa situazione sul disco, ci fa capire che una rimozione sicura di tutte le informazioni cancellate può essere fatta solo con la 'collaborazione' di due programmi:

1. il Vs. programma gestionale che deve avere procedure di COMPATTAMENTO.
2. un programma di rimozione sicura dei 'temporanei' e delle informazioni cancellate.

D Ma così saremmo assolutamente tranquilli?

R Solo parzialmente, infatti si devono considerare almeno due livelli: software e magnetico.

Quanto fin qui detto è vero con gli strumenti 'normali' di recupero dati e di visualizzazione dei dischi fissi **(livello software)**, ma...
se andassimo ad analizzare i dati da un punto di vista fisico con strumentazioni costosissime e con elaborazioni a livello di magnetizzazione, i dischi possono restituire altre informazione anche di periodi precedenti **(livello magnetico)**.

In questo caso un disco può essere visto come formato da più strati (in genere si parla di tre) dove risiedono informazioni sconclusionate senza un ordine ma dalle quali è possibile (con grande dispendio di energie e costi) ritrovare i dati anche di anni precedenti.

Sicuramente avrete sentito parlare di alcuni casi in cui è stato sequestrato il computer per fare delle indagini su un "delitto" ed è stato analizzato con queste tecniche per cercare di ritrovare documenti e prove importanti per il caso in questione.

Non credo che vi preoccupi più di tanto questo aspetto, ma per completezza tenete presente che i programmi di compattamento e quelli di rimozione temporanei per avere un livello di 'pulizia' che rimuova le informazioni cancellate anche a livello magnetico, devono funzionare con le cosiddette MULTIPASSATE in modo da rendere incomprensibili recuperi fatti a questo livello.

D Ma in pratica?

R Cioè dobbiamo riscrivere più volte sullo stesso settore con dei caratteri casuali.

Fare un esperimento è impossibile perché nessuno possiede i macchinari indispensabili per fare questo tipo di prova, dal punto di vista del livello software fare alcune prove è possibile anche con strumenti GRATUITI (freeware).

Ad esempio, potete scaricarvi da internet il programma "Disk Investigator" dal sito tedesco http://theabsolute.net/sware/ per controllare il Vostro disco, e dal sito http://www.wizard-industries.com/ potete provare il programma SURE DELETE che ripulisce i dischi nei modi sopra spiegati.

Vi consigliamo di fare queste operazioni insieme ad una persona minimamente esperta e dopo aver fatto delle copie dei Vostri dati più importanti.
Un ultima raccomandazione (prima di darci appuntamento ad una prossima puntata) non utilizzate word excel o programmi di questo tipo se volete scrivere dei documenti riservati, anche se tenete i documenti in dischi esterni.

Questi programmi usano spesso le cartelle temporanee del disco di sistema per appoggiare i documenti e, nel caso il computer si blocchi (o si spenga accidentalmente), questi temporanei diventerebbero file veri e propri che rimarrebbero nel computer per sempre.

In ogni caso Vi ricordo che **è sempre meglio modificare che cancellare!** La modifica comunque sovrascrive i dati **ed in generale è più sicura di altre operazioni, in modo particolare quando non conosciamo il funzionamento, dal punto di vista tecnico, del programma che stiamo usando.**

Dr. Inf. Gino Chimentelli e Mario Maccarini
Pixel Informatica

Agenzia Viaggi IVY TRAVEL

Via di Donna Olimpia, 234 - 00152 ROMA, tel. +39 0653272647 fax +39 0653277483
e-mail ivytraveladv@virgilio.it

A tutti i soci ANDI Roma saranno riconosciute le seguenti condizioni di favore:

Sconto incondizionato del 5% sui pacchetti turistici di tutti gli operatori con i quali la nostra Agenzia ha rapporti di collaborazione	*(quasi tutti i maggiori Tour Operators Italiani) e sconto del 10% sui pacchetti turistici del nostro catalogo Mare Italia e su quello Tunisia.*
Riduzione del 50% delle fee	*normalmente applicate sulle biglietterie aeree, ferroviarie e marittime.*
Eventuale consegna a domicilio e/o studio dei documenti di viaggio.	
Possibilità di prenotazioni via telefono o via telematica	
Flessibilità nei termini di pagamento	
Realizzazione di vacanze su misura alle migliori condizioni di mercato.	*Massima disponibilità per consulenze turistiche gratuite anche via telefono o via telematica*

Né polizze né assicurati, né partner né contratti: i nostri valori si chiamano prima di tutto persone.

Cattolica Assicurazioni: un punto fermo per tutto ciò che ruota intorno alla salute, alla casa, all'azienda e al tuo mondo.

PER: ANDI ROMA

AGENZIA GENERALE DI ROMA TRASTEVERE
Viale Trastevere, 143 - 00153 Roma
tel. 06 5896001- fax 06 58335831
romatrastevere@cattolica.it

www.cattolica.it

CATTOLICA
SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
DAL 1896

Rifiuti Speciali: ECOMEDICA SRL
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
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 g** 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 g data fattura (semestrale anticipata).

T.B.R.® GROUP

T.B.R.® SUDIMPLANT Italia
Palazzo Cagnola - Via Cusani 5, 20121MILANO
Tel : 02 720 804 38 / 336 31 37 85
E-mail : italia@tbr-group.com
www.tbr-group.com

convenzioni

ASSICURAZIONI

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

CATTOLICA ASSICURAZIONI, agenzia generale di Alessandro Calvo, Viale Trastevere, 143 - Roma, tel. 06.5896001, fax 06.58335831 (vedi pag. 30)

FINANZIARI

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

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. (vedi quarta di copertina)
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 12 mesi di garanzia, ritiro e consegna gratuiti. INFO: 06.52373153 oppure 3389758397

IMPIANTI ELETTRICI

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

CONSULENTE ASSICURATIVO ANDI

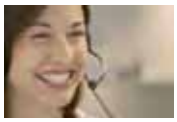
FERRINI ASSICURAZIONI

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

erreflog®
0,1% collutorio
nimesulide AD1AD11

ERREKAPPA EUROTERAPICI

L'offerta che il Sanpaolo rivolge al settore delle Piccole Imprese e dei Professionisti – grazie ad una strategia che punta alla "prossimità" con il cliente e ad una forte presenza sul territorio – si caratterizza per elasticità e disponibilità ad analizzare e risolvere i problemi.
Da questa "filosofia" è nato ***Progetto Business***, un programma relazionale che – 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.
Punto di forza di ***Progetto Business*** sono appunto le spese di conto a "franchigia", della quale costo e limite sono prescelti dal cliente – sulla base del numero di operazioni che pensa di far transitare annualmente sul conto corrente – tra tre possibilità:

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.

N.B. – Si rammenta che il Gruppo Sanpaolo IMI opera a livello nazionale attraverso una pluralità di "marchi": *Sanpaolo* nelle regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Sardegna, Sicilia; *Sanpaolo Banco di Napoli* nelle regioni Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; *Cassa di Risparmio in Bologna, Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo, Cassa di Risparmio di Venezia, Friulcassa* nelle regioni del Nord-Est e, prossimamente, *Sanpaolo Banca dell'Adriatico* nelle Marche, Abruzzo e Molise.

SANITA': TURCO, PIÙ ATTENZIONE ALLA SALUTE ORALE

Accoglierò certamente l'invito degli odontoiatri italiani a trovare insieme soluzioni e iniziative concrete per promuovere politiche di prevenzione e di assistenza tali da affermare anche in Italia un'adeguata assistenza odontoiatrica, a partire dall'infanzia e dagli anziani".
E' quanto afferma, in una nota, il neoministro della Salute Livia Turco alla luce dell'invito del presidente dell'Andi (Associazione nazionale dentisti italiani), Roberto Callioni, di affrontare i temi della salute orale.

Adnkronos Salute

Annotazione "ABUSIVA 2" Per curare la bocca è necessaria l'iscrizione all'Albo Odontoiatri

Sull'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri per i medici odontostomatologi, **il Ministero della Salute ha riaffermato il principio** dell'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri, **in ossequio a quanto enunciato dal Consiglio di Stato con il parere n. 2995/2004 fornito al medesimo Ministero.**

Ministero della Salute
05/05/2006

I medici hanno 'perso le elezioni'. 53 medici eletti in parlamento -30% rispetto a 2001

Un trend negativo che va avanti da 10 anni. Se infatti dopo le elezioni del 1996 si contavano 80 'camici bianchi' si è scesi fino ad arrivare ai 53 attuali.Tra i prossimi 'inquilini' di Montecitorio ci saranno anche tre farmacisti e due veterinari, mentre a Palazzo Madama è stato eletto un infermiere.
I risultati del voto del 9 e 10 aprile costringeranno anche ad una profonda revisione delle Commissioni parlamentari che si occupano di sanità. Al Senato, infatti, sono stati riconfermati solo 6 dei 25 componenti la Commissione Igiene e sanità nella scorsa legislatura, mentre 3 ex membri di questa Commissione sono passati alla Camera e ben 16 non sono stati rieletti.

Adnkronos Salute

Gli Ordini: moderni soggetti istituzionali

Si è tenuto a Roma il primo Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri dopo le recenti elezioni ordinistiche.
E' stata l'occasione per riaffermare la volontà dell'Ordine di svolgere appieno le competenze che derivano dall'essere Ente sussidiario dello Stato che svolge una funzione di garanzia verso i cittadini relativamente alla qualità, all'indipendenza all'appropriatezza ed efficacia delle attività professionali mediche e odontoiatriche.
In particolare, sono stati ampiamente trattati i grandi temi della Deontologia e dell'Educazione Medica Continua, senza trascurare molte altre tematiche: dalla pubblicità alla malpractice, dalla revisione della legge istitutiva dell'Ordine all'uso delle risorse in sanità, alle medicine e pratiche non convenzionali.

FNOMCeO

NASCE L'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DENTISTI ALBANESI (ANDSH) ANDI E' PRESENTE A TIRANA

Alla presenza del principali autorita' albanesi in campo sanitario e politico e' stata presentata ufficialmente ai dentisti albanesi l'Associazione Nazionale Dentisti Albanesi (ANDSh) con il saluto inaugurale del neo Presidente dr. Armando Minciarelli, del segretario Generale dr.ssa Marita Xhafa, del Presidente Dipartimento di Stomatologia dell'Universita' degli Studi di Tirana " Madre Teresa" Prof. Dott. Fajzi Keraj, del Presidente Associazione Stomatologi Albanesi dott.ssa Rozarka Budina, del Presidente dell'Ordine dei Medici di Albania dott. Faik Toska. ANDI, ha partecipato alla cerimonia inaugurale con il Segretario Sindacale dott. Gianfranco Prada e il Sottosegretario culturale nazionale dott. Nicola Esposito che hanno portato il saluto del Presidente nazionale

Adnkronos Salute

Sempre più tumori da fumo e alcol

Nel Nordest la più elevata incidenza del cancro a naso, bocca, laringe e faringe
I tumori delle vie aereo-digestive, detti anche "testa-collo", colpiscono in modo particolare gli abitanti del Nordest, primi in Italia e terzi in Europa. Sono 100 i nuovi casi ogni anno, 2 alla settimana, registrati al reparto di Otorinolaringoiatria dell'ospedale Ca' Foncello di Treviso, riconosciuto l'anno scorso Centro regionale di riferimento per questo tipo di patologie. Collegata all'università di Padova, la struttura è diretta dal prof. Carlo Marchiori e sviluppa sia l'aspetto di diagnosi e cura sia l'ambito scientifico. Ma quali sono le cause che fanno ammalare i trevigiani e i veneti di tumori a naso e bocca, faringe e soprattutto laringe? Il dottor Carlo Marchiori non ha dubbi e punta il dito su fumo e alcol. Le abitudini non salutari adottate dai nostri conterranei favoriscono lo sviluppo dei carcinomi testa-collo con un'aggravante: questo tipo di patologie non rimane quasi mai isolato. Un paziente su 3 svi-

luppa negli anni seguenti altri tumori detti "primitivi", cioè non recidivi ma nuove forme, presumibilmente legati alle medesime cause (fumo e alcol). Così una persona colpita da tumore alla bocca dopo sei mesi o qualche anno può ammalarsi di tumore al polmone o all'esofago. "Questo significa che i nostri pazienti vanno seguiti costantemente nel tempo" precisa il primario che si avvale di una ottima équipe costituita da 8 aiuti e 5 universitari della Specialità di Padova, diretta dallo stesso Marchiori. La predisposizione ad ammalarsi potrebbe essere inoltre amplificata dai fattori inquinanti, accanto a quelli genetici, dalla scarsa igiene orale o da traumi cronici dovuti ad errato posizionamento delle protesi dentarie. Per il tumore al labbro, invece, non si esclude la possibilità di influenza del sole, con esposizioni eccessive. In ogni caso i nemici principali da combattere sono la sigaretta e l'abuso di alcolici, con un trend che vede le donne in continua crescita rispetto alle percentuali di qualche anno fa. Il Nordest manifesta l'incidenza più alta d'Italia con 18 casi all'anno ogni 100 abitanti, rispetto a Lombardia, Piemonte, Emilia e Toscana (10 casi all'anno) e al Meridione (4,9). L'aumento di rischio nei forti bevitori (più di 8 bicchieri al giorno) è di 2-3 volte per la laringe, 3-5 per cavo orale e faringe; un'interazione con il fumo porta a rischi ancora più elevati. D'altro canto la percentuale di guarigione è buona, soprattutto in caso di diagnosi precoce. Alle corde vocali il tumore viene tradito dall'abbassamento di voce e la percentuale raggiunge così il 90-95 per cento, mentre le rimanenti tipologie si attestano sul 60-70 per cento."Noi interveniamo con la chirurgia come terapia d'elezione, completando al cura con la radioterapia" spiega Marchiori che sottolinea l'importanza della multidisciplinarietà, uno dei principi cardine dell'azienda diretta da Claudio Dario. Per favorire il paziente evitando passaggi da un reparto all'altro e lunghe attese, i medici si confrontano regolarmente, discutendo il piano cura più appropriato. L'ambulatorio oncologico dell'Otorinolaringoiatria, inoltre, prevede accesso libero per le emergenze, in caso di disturbi imprevisti e improvvisi. Questo comporta inevitabilmente un allungamento delle liste d'attesa nel reparto, subissato da richieste: oltre mille all'anno. Per un'operazione alle tonsille o alle adenoidi un bambino aspetta anche 8 mesi ma ciò che provoca lamentele da parte dell'utenza è la collocazione a macchia di leopardo del reparto, dislocato in vari spazi e piani tra cui l'angusto sotterraneo dove sono disposti gli ambulatori

Il Gazzettino -Treviso

Il fumo fa male ai denti. Lo dimostra una ricerca giapponese

Una ricerca giapponese dimostra che fra i numerosi rischi cui si espongono i fumatori vi e' anche quello di perdere i denti prima degli altri. Secondo un'indagine del ministero giapponese della sanita' solo il 90,7% dei fumatori giapponesi maschi di oltre 40 anni ha almeno 20 denti, mentre la percentuale sale al 92,6 tra i non fumatori. Il divario si amplia con il sopraggiungere dell'eta' matura: per chi ha piu' di 50 anni le cifre delle due categorie sono del 71,5% e dell'88,1.

ANSA - Tokyo

Dalla saliva la diagnosi sulla salute parodontale

Prevedere con un semplice esame della saliva il rischio che corrono i denti di perdere il proprio apparato di sostegno. È questa l'idea proposta dai ricercatori dell'Università di Buffalo, USA, che hanno identificato in due componenti della saliva altrettanti preziosi marcatori della salute dentale. Lo studio americano, presentato in occasione del congresso annuale dell'Association of dental research tenutosi a Orlando, ha coinvolto un centinaio di pazienti le cui radiografie dentali sono state confrontate con l'analisi della saliva. I ricercatori hanno riscontrato livelli anomali di una proteina presente nella saliva chiamata IL1 beta: livelli più elevati del normale di questa proteina sono risultati associati a un rischio maggiore di perdita ossea. L'altra proteina chiamata in causa è l'osteonectina, i cui livelli sono inversamente proporzionali alla perdita ossea: vale a dire che alti livelli di questa proteina vanno di pari passo con una scarsa perdita ossea, e che quindi questa proteina può essere considerata un buon indicatore della salute parodontale.
I livelli dell'IL-1 beta nella saliva potrebbero guidarci nella decisione di trattare o no i pazienti affetti da parodontopatia. Oggi tutti metodi permettono soltanto di stimare un danno già in atto. I test basati sui due marcatori proteici potrebbero invece permettere al dentista di decidere quali interventi sono necessari per il paziente, nonché la frequenza delle visite di controllo.Studi precedenti avevano identificato marcatori specifici della distruzione dell'osso nel fluido raccolto dalle gengive in pazienti con disturbi parodontali; raccogliere una quantità sufficiente di questo liquido è però una procedura lunga e complessa, mentre la saliva è abbondante e molto più facile da raccogliere.

MF Personal

L'amalgama non influisce sullo sviluppo neuro-psicologico

Nessun effetto neppure sulla funzionalità renale

L'amalgama di mercurio spesso utilizzata per otturare le carie rilascia una piccola quantità di vapori di mercurio che possono venire riassorbiti dalle mucose o attraverso la respirazione. Dato che questo elemento ha effetti neurotossici, erano state sollevate tempo fa preoccupazioni per i possibili effetti nocivi sull'organi-

smo, e in particolare su quello dei bambini. Sul JAMA (Journal of the American Medical Association) è pubblicato uno studio fatto al Children's Hospital di Boston. Nella ricerca sono stati seguiti – dal settembre 1997 al marzo 2005 – 534 bambini sottoposti a cure odontoiatriche con l'uso, per metà di essi, di amalgama di mercurio e, per l'altra metà, di resine. Nell'arco di cinque anni fra i due gruppi non sono state identificate differenze né sul piano comportamentale, né su quello neuropsicologico (controllato con test di QI, di memoria generale, di coordinamento visivo-motorio), né infine su quello renale, particolarmente tenuto d'occhio dato che il mercurio, in quanto metallo pesante, può esercitare un'azione negativa sulla funzionalità di quell'organo.

http://www.lescienze.it/
aprile 2006

I dentisti del neolitico
9000 anni di odontoiatria

In Pakistan, a Mehgarh è stata trovata la documentazione dell'attivita' dei primi dentisti della storia. risale a 9.000 anni fa, nel neolitico, e il loro villaggio era popolato soprattutto da pastori, agricoltori e da abili artigiani, esperti nella lavorazione di selce, cotone e perline in osso, conchiglia e turchese. Il trapano ricorda molto da vicino gli strumenti utilizzati da alcune popolazioni per praticare i fori nelle perline. Un'osservazione che suggerisce come questa tecnica artigianale sia stata trasferita, dagli uomini del Neolitico, in un ambito completamente diverso, come la cura della salute. I dentisti avevano probabilmente un ruolo sociale importante.
Le piccole punte in selce ritrovate, sottilissime e lunghe pochi millimetri, dalle indagini sono risultate punte di trapano che venivano fissate su un bastoncino di legno lungo circa 15 centimetri. La punta si posizionava sul dente da curare e quindi il dentista faceva ruotare il trapano con l'aiuto di un archetto, alla velocità di circa 20 giri al secondo, ed in un minuto era completato il foro, dal diametro di poco piu' di un millimetro. I denti che mostrano i segni delle cure odontoiatriche piu' antiche mai scoperte sono 11, tutti molari. Appartengono a 9 adulti.
Sono circa 4.800 i denti trovati nel sito e per concessione del Governo del Pakistan si trovano adesso in Italia, nel Museo Pigorini, dove proseguira' lo studio. Tutti i denti, compresi gli 11 curati, risalgono ad un periodo molto lungo, almeno 1.500 anni, che corrisponde alla storia del villaggio, compresa fra il 7000 e il 5500 avanti Cristo.
E' solo l'inizio di quanto hanno permesso di ricostruire i primi denti che mostrano segni di trapanazione, scoperti dal gruppo coordinato dall'universita' di Roma La Sapienza e descritti su Nature. Allo studio hanno partecipato ricercatori italiani, francesi, americani d livello internazionale.
(Grazie alla collega Laura Seracchiani per la segnalazione di questa notizia.)

ANSA

Botswana Italia 1 a 1

NEW YORK - L'Italia occupa, insieme al Paese africano del Botswana, il 79esimo posto nella classifica mondiale 2006 della **liberta' di stampa.** Lo rivela l'ultimo rapporto degli analisti di Freedom House.
Un anno fa, lo stesso rapporto aveva assegnato all'Italia la 77esima posizione mentre il Botswana si era classificato 71esimo. Meglio dell'Italia nel 2006 e' andata anche alla Mongolia che si e' classificata 77esima, alla Namibia (69esima) e alla Guyana (57esima). Ai primi posti in assoluto i Paesi del Nord Europa: prime ex aequo la Finlandia e l'Islanda, mentre Danimarca, Norvegia e Svezia si sono assicurate a pari merito la terza posizione. Seguono Belgio, Lussemburgo, Olanda, Svizzera, Liechtenstein e Nuova Zelanda.

Corriere della sera

Abusivi in cronaca

Il falso dentista
davanti al giudice

Ospedaletto Euganeo - L'unico diploma di cui è in possesso risulta essere quello di odontotecnico. Nonostante l'attività prestata dal trentasettenne fosse in tutto e per tutto quella di un dentista. Il falso dentista, Matteo Vigato, nella primavera di due anni fa aveva rimediato una denuncia a piede libero per esercizio abusivo della professione. il 3 ottobre prossimo l'abusivo comparirà davanti al giudice monocratico del tribunale di Este dott. Alessandro Rizzieri per rispondere dell'accusa di esercizio abusivo della professione medica. La lista dei testimoni comprende una cinquantina di persone. Annunciata la costituzione di parte civile nel processo a carico del trentasettenne anche da parte dell'Andi.

Il Gazzettino di Padova

EBOLI. LO SCANDALO
le prime due condanne

Eboli. Falsi dentisti, arrivano le prime due sentenze. Condannati con una pena pecuniaria (400 euro di multa) Francesco Di Donato, 37 anni, e Marcello Pannullo, 36 anni, entrambi di Salerno. Difesi dall'avvocato Antonio Ciliberti, i due imputati hanno patteggiato la pena. A decretare la condanna è stato il giudice monocratico Roberto D'Auria. L'udienza è durata pochi minuti.
Per smascherare i due finti dentisti, i finanzieri di Eboli si camuffarono da clienti. Nella primavera del 2004 i finanzieri di Eboli

hanno denunciato sei finti dentisti, tutti nella Piana del Sele.

Il Mattino di Salerno

"Attenti a quei due"

PADOVA —Erano " falsi " i due medici smascherati nelle scorse settimane dai Nas. Un thailandese e un padovano, denunciati, non avevano conseguito né la laurea né la specializzazione. Il primo gestiva una palestra in via Caena, dove riceveva molti pazienti, sottoposti ad agopuntura. Peccato che la normativa preveda la specializzazione medica per il trattamento. Invece il dottor " Paolo " , 60 anni, presunto odontoiatra. Il cui vero nome è però Dino C., ed il suo titolo quello più modesto di odontotecnico. La sua idea era stata di associare lo studio di via del Cristo, a quello di due dentisti " autentici "ubicato al piano di sotto, raramente presenti in studio. Sia per lui che per lo "specialista" in agopuntura è scattata la denuncia per abuso delle professione medica. Denunciati per favoreggiamento anche i due veri medici che coprivano l'attività dell'abusivo.

Corriere del Vento

L'Ablazione abusiva

Secondo le accuse, i due odontotecnici, finiti in aula per un episodio avvenuto il 16 giugno 2000 a Vigevano, avevano eseguito su un paziente un intervento di pulizia dentaleEnrico Zoppi, 36 anni, residente a Cassolnovo, e il coetaneo Luca Scarabello, abitante a Lainate, sono stati giudicati con rito abbreviato e il giudice Agnese Di Iorio ha inflitto ad entrambi una multa di trecento euro per esercizio abusivo della professione.

Provincia Pavese

Nel mirino della Guardia di Finanza è finiscono i falsi studi dentistici.

All'attenzione dei miliari casi in cui l'attività sarebbe svolta in prima persona da operatori sprovvisti di ogni tipo di attestato, o con titoli non validi. Dopo la scoperta di una nutrizionista di Gragnano, denunciata per esercizio abusivo della professione l'indagine promette ulteriori sviluppi. È un'operazione capillare e a vasto raggio quella che vede impegnati gli uomini del capitano Paolo Zito nell'ambiente sanitario, che con professionalità stanno tentando di ristabilire regole, sgominando i furbi e tutelando chi lavora onestamente e chi potrebbe essere scavalcato da "colleghi" con titoli sospetti.

Il Mattino

ABUSIVO A FIUGGI

La polizia non si accontenta e cerca altri studi

Una ricevuta fiscale rilasciata a nome di un altro medico, modi di fare non troppo convincenti, la segnalazione al commissariato di polizia.

Così sono scattate le indagini che nei giorni scorsi hanno portato a scovare un falso dentista in attività nella zona termale di Fiuggi e a sequestrare l'appartamento utilizzato come studio medico.

Il blitz degli uomini del vicequestore Sergio Vassalli è avvenuto dopo minuziose verifiche svolte su C.A., 49 anni, romano, anche nelle università italiane: tutti i riscontri hanno dato esito negativo sul sedicente dentista. Nessuna laurea, e, dunque, mancanza di titoli per esercitare la professione di odontoiatra.

Il Messaggero - Frosinone

Nella buona e nella cattiva sorte...

I carabinieri hanno denunciato moglie e marito, un odontotecnico G.S. di 43 anni e la moglie A. T. di 38, laureanda in odontoiatria. Facevano i dentisti senza essere laureati.

Su segnalazioni di alcuni cittadini i militari hanno eseguito alcuni controlli in due studi medici, dove la coppia, spacciandosi per dentisti, visitava i pazienti. Sulle pareti erano affissi dieci attestati di partecipazione a corsi di aggiornamento in odontoiatria, rilasciati da organizzazioni mai esistite.

Repubblica -Bari

Che pasticcio non è un dentista!

Bravo in cucina a fare torte e dolci, ma faceva il dentista!. D.F.C., 45 anni, è stato denunciato ieri dalla guardia di finanza per esercizio abusivo della professione medica.

La sua attività ufficiale era infatti quella di pasticcere, molto conosciuto ad Aprilia, sulla via Pontina, ma in realtà l'uomo si è spacciato per anni anche come dentista, pur non avendo nè laurea nè alcuna specializzazione odontotecnica. La Finanza sta ora cercando di identificare i pazienti del dentista-pasticcere e di ricostruire anche la sua posizione tributaria: non avrebbe mai presentato la dichiarazione dei redditi!!!

Corriere della Sera

La laurea ... "un optional": denunciato

Pozzuoli. Aveva deciso di fare il dentista a tutti i costi, ma non ne aveva i titoli: perciò dopo essersi beccato una denuncia in Toscana dove secondo gli inquirenti aveva già aperto a Lucca uno studio "abusivo", era tornato nella sua terra natale e ci aveva provato ancora.

Ma anche questa volta, grazie a indagini partite sulla base di una lettera anonima, è stato scoperto. Il falso dentista è stato così nuovamente denunciato dagli agenti del commissariato di Pozzuoli..

Le indagini erano nate da un'esposto arrivato anonimamente qualche mese fa alla Asl. "Quel dentista non è un dentista", c'era scritto nella missiva priva di firma. Di qui il necessario coin-

volgimento da parte dei funzionari della Asl Napoli 2 della polizia di Stato

Il Mattino

Blitz dei Nas a Lizzano

I militari di Taranto hanno sequestrato uno studio dentistico a Lizzano dove il responsabile, un 55enne medico odontoiatra di San Giorgio Jonico, avrebbe consentito ad una donna odontotecnico proprietaria dello studio e dell'annesso laboratorio odontotecnico, di esercitare abusivamente la professione di odontoiatra. è stato accertato che il tecnico, previa visita, stava eseguendo manovre nella bocca di una paziente seduta sulla poltrona mentre in precedenza aveva trattato una bimba di 6 anni affetta da carie.

Gazzetta del Mezzogiorno

Una paziente di Busto Arsizio chiede all'odontoiatra il risarcimento del danno, morale e biologico, perché «la sua vita è peggiorata»

Dopo il dentista, insipidi i rapporti orali col marito

MILANO *Che un dentista possa lasciare sensazioni non sempre piacevoli nella bocca di un paziente è piuttosto frequente, ma che le sue cure arrivino a ridimensionare il piacere sessuale è difficilmente immaginabile. La singolare disavventura sarebbe occorsa a una signora di Busto Arsizio che sostiene di aver perduto la capacità di apprezzare il rapporto orale con il marito.*

Per questo la signora in questione, che ha quarant' anni e teoricamente davanti ancora una lunga vita da gustare in tutti i suoi aspetti, ha deciso di mettere mano alla carta bollata e di citare in giudizio il dentista che le avrebbe rovinato la vita di coppia con il partner. E la stessa interessata a spiegare nell'atto di citazione mandato al Tribunale civile di Busto Arsizio le circostanze della sua disavventura.

Presentatasi al medico per farsi curare una banale carie, la donna sarebbe stata sottoposta a una trapanazione che, oltre a devitalizzarle il nervo malato, le avrebbe tolto anche la sensibilità del palato. Un disagio che nel caso specifico andrebbe al di là dell'immaginabile, in quanto la malcapitata afferma che in seguito alla terapia i suoi rapporti orali col marito avrebbero perduto l'originale piacere.

Da qui la decisione di chiedere all'odontoiatra il risarcimento del danno, sia morale sia biologico, tenuto conto che la sua vita è sicuramente peggiorata dopo quel trattamento sanitario. La signora di Busto Arsizio non indica la cifra precisa che dovrebbe rimborsarle la perduta sensibilità, ma lascia al tribunale ogni valutazione della vicenda e la quantificazione del danno sul piano numerico. Saranno dunque i giudici, siano essi uomini o donne, facenti parte del collegio, a misurare l'entità della perdita biologica patita dalla promotrice della causa, sia sul piano affettivo sia materiale.

Per arrivare a questa stima sarà nominato un perito il quale potrà però esprimersi soltanto sulla regolarità del trattamento terapeutico eseguito dal dentista e quindi sulla professionalità del medico stesso chiamato in giudizio.

Per il resto, su quelli che potrebbero essere definiti gli aspetti collaterali, il consulente tecnico non potrà avvalersi di una percezione diretta. E allora dovrà essere raccolta la testimonianza del marito che potrà spiegare quanto ha effettivamente pesato sul suo rapporto sessuale con la moglie quel trattamento sanitario che avrebbe dovuto soltanto debellare una carie.

Annibale Carenzo

ULTIMISSIME

IL RISCHIO DI "PILOTARE"

Concorso pilotato ad odontoiatria: Professori Accusati di Falso e Abuso Di Ufficio

Falso e abuso d'ufficio. Un concorso pilotato: il nome del candidato che avrebbe ottenuto il posto di associato all'università sarebbe stato già noto. Il presunto «ispiratore» dell'operazione, Giovanni Dolci, ha scelto la via del rito abbreviato. Tre sono stati rinviati a giudizio. Gli imputati hanno sempre respinto le accuse. L'inchiesta del pm Giancarlo Amato è stata avviata lo scorso anno. Le prove sostenute dai candidati sarebbero state una farsa: il nome del vincitore del concorso sarebbe stato quello suggerito dal professor Dolci che per l'accusa avrebbe condizionato l'esito del concorso. Il prof. Dolci afferma: " non ho bisogno di fare imbrogli."

I componenti della commissione sono tutti accusati di avere violato il principio di legalità dell'azione amministrativa, «procurando un ingiusto vantaggio patrimoniale a uno dei candidati a discapito dell'altro». Ma ai professori viene contestato anche il falso: sebbene nei verbali del concorso poi annullato, abbiano sottoscritto di avere designato il vincitore in base alle capacità professionali, di fatto la scelta sarebbe avvenuta «sulla base di segnalazioni che prescindevano da una valutazione comparativa del merito dei concorrenti». L'unico dibattito, in sede di commissione, avrebbe riguardato «come formalizzare un esito già concordato».

La Repubblica - Roma
Il Messaggero - Roma

Sindacati e Ordine: collaborazione

Il 9 giugno 2006 si è svolto alla Fnomceo un incontro tra i rappresentanti della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Federazione e i responsabili delle Associazioni sindacali di categoria ANDI e AIO. Per l'ANDI sono intervenuti: il Presidente Callioni con Cioni, Prada e Rocchetti

Per l'AIO hanno partecipato: il

Presidente Seeberger ed il Segretario Rampulla.
Si è riscontrata un'ampia convergenza sulle priorità da affrontare per risolvere i problemi dell'assistenza odontoiatrica in Italia, nell'interesse dei cittadini e della professione.
Secondo Giuseppe Renzo, Presidente della Commissione Odontoiatri della Federazione, è iniziato un nuovo percorso che, attraverso un nuovo metodo di lavoro condiviso, permetterà di unire tutte la forze rappresentative della categoria per risolvere questioni importantissime come quelle relative alla lotta all'abusivismo e al prestanomismo, al rispetto delle regole per l'accesso alla professione, alla corretta regolamentazione delle convezioni in campo odontoiatrico. e di ciò desidero ringraziare i rappresentanti sindacali - ed i componenti della CAO Nazionale congiuntamente ad essi –
Tutti hanno affermato con convinzione che le peculiarità delle Associazioni sindacali e le loro diverse competenze rispetto a quelle dell'Ordine possono costituire un elemento di forza per risolvere i problemi che potranno essere inquadrati in tutti i loro aspetti nel comune intento di collaborazione sinergica.

L'odontoiatria perde a Trento

Bocciata in commissione la legge Morandini . In aula solo due voti favorevoli, quelli dell'esponente dell'Udc e di Viola di Forza Italia, tre i contrari, Viganò e Lunelli (Margherita), Barbacovi (Ds) e l'astensione di Muraro (Autonomisti/Casa dei Trentini). Si preferisce attendere Si ricomincerà a parlare di odontoiatria a partire dall'autunno prossimo.
La quarta commissione del Consiglio provinciale di Trento ha respinto ieri il disegno di legge, proposto da Morandini e Carli dell'Udc, che disciplina gli interventi per agevolare l'accesso alle prestazioni odontoiatriche. Il disegno di legge prevede, individuati i limiti di reddito con regolamento della giunta provinciale, l'erogazione di contributi per l'accesso alle prestazioni di assistenza odontoiatrica. Inoltre, un articolo apposito introduce l'assistenza odontoiatrica nei giorni festivi e prefestivi.

Il consenso informato nell'etica dei Promotori

Roma. Si è tenuta a palazzo Marini una conferenza stampa di presentazione della carta dei diritti del risparmiatore. La "carta" presentata dalla Associazione nazionale promotori finanziari è un'iniziativa autonoma dell'associazione di categoria che intende così tutelare i risparmiatori e la categoria professionale.
L'iniziativa viene dopo una serie di passaggi che hanno condotto all'istituzione, nel 1991 dell' albo unico nazionale gestito dalla consob.Lo spirito di questa Carta, parte dal presupposto che i risparmiatori siano, e sempre più debbano essere, forti protagonisti del mercato finanziario; non solo e non tanto protetti dall'esterno, quanto piuttosto messi in condizione di proteggersi da sé medesimi, e cioè di compiere – in modo autonomo e consapevole - scelte di investimento funzionali ai propri interessi.
Se "grandi prospetti, piccole tutele" è oggi il titolo che bene rispecchia lo stato dell'arte del mercato finanziario italiano, l'obiettivo dichiarato è di arrivare a disegnare un nuovo scenario in cui, il diritto costituzionale alla tutela del risparmio sia effettivamente realizzato, del resto, una democrazia compiuta vuole che i cittadini partecipino con il loro risparmio anche della crescita dell'economia nel suo complesso e per far questo è necessario che si rifletta tutti insieme sulla filiera delle responsabilità nel mercato per arrivare a individuarle tutte.

CI TOCCA LA MANOVRINA

Nella manovra bis variazioni per i professionisti che saranno «obbligati a tenere conti correnti dedicati per la gestione dell'attività professionale»; saranno abolite le tariffe fisse o minime. Sarà abolito il divieto di fare pubblicità. Sarà abolito il divieto di costituire società multiprofessionali. Saranno vietati i contanti. È una delle nuove misure previste dalla manovra bis contro l'evasione che, contestualmente, elimina anche la marca da bollo «sulle fatture relative a prestazioni esenti da Iva». Le parcelle di tutti professionisti, non potranno più essere pagate in contanti, ma dovranno essere saldate attraverso una transazione bancaria. o un pagamento postale tracciabile. Inoltre, i professionisti potranno utilizzare la pubblicità per reclamizzare i propri servizi. Da parte loro, gli avvocati dell'Aiga sostengono la «necessità di mantenere i minimi tariffari, che rappresentano una salvaguardia della qualità delle prestazioni ed una garanzia per il cittadino».
Auto, notaio addio. Scompare l'obbligo di intervento del notaio per i passaggi di beni mobili registrati, come automobili, motorini e barche. Da oggi i cittadini potranno rivolgersi negli uffici di qualsiasi Comune e ai titolari di "Sportelli telematici dell'automobilista" che possono rilasciare il certificato di avvenuta alienazione dei veicoli.

Il Paese ha bisogno di riforme vere negli ultimi anni l'Italia ha perso il 15-20% di competitività rispetto all'area euro Il rischio è un progressivo peggioramento del rating della Repubblica che, potrebbe portare ad un aumento sostanziale dei nostri tassi di interesse e dello "spread" rispetto ai bund tedeschi, afferma Franco Reviglio.

01/07/06 il sole 24 ore.

ANDI ROMA

MUTUA TRE ESSE
SOLUZIONI E SERVIZI PER LA SANITA'

Il Consiglio dell'ANDI ROMA ha deliberato la sottoscrizione di un accordo per la gestione delle

Coperture Sanitarie riservate ai soci e loro familiari.

Le condizioni generali e particolari possono essere consultate sul sito **www.mutuatreesse.it.**

Qui di seguito vi segnaliamo le parti salienti dell'accordo:

- Ricoveri con e senza intervento chirurgico;
- Visite specialistiche;
- Esami di alta diagnostica;
- Trattamenti fisioterapici;
- Diaria giornaliera sostitutiva;
- Ricoveri in day hospital;
- Ricoveri in day surgery;
- Interventi ambulatoriali;
- Aborto terapeutico;
- Parto naturale;
- Parto cesareo;
- Rimborso spese accompagnatori;
- Apparecchi protesici e ausili sanitari.

Assistenza gestita da Europ Assistance

- Consulenza medica;
- Ricerca e prenotazione centri ospedalieri;
- Invio di un medico a domicilio in caso di urgenza in Italia;
- Invio di una ambulanza a domicilio in Italia;
- Informazioni sulla degenza;
- Segnalazione di un medico specialista all'estero;
- Invio di una équipe medica all'estero;
- Viaggio di un familiare;
- Invio di medicinali urgenti all'estero;
- Interprete a disposizione all'estero;
- Legale a disposizione all'estero;
- Rientro dell'assicurato con aereo sanitario, da tutto il mondo;
- Trasporto salma;
- Informazioni burocratiche sul soggiorno all'estero;
- Informazioni sanitarie.

Vantaggi per i Soci di una Mutua

La Mutua è una Società senza fine di lucro, costituita esclusivamente per fornire assistenza sanitaria ai propri Soci. Quindi i contributi approvati in Assemblea dei Soci su proposta del Consiglio di Amministrazione, sono solo quelli, stimati in via preventiva, necessari a garantire l'equilibrio di gestione finanziaria della Società.

Il Socio ha diritto di restare iscritto alla Società senza limiti di età, con il solo vincolo massimo di 65 anni al momento della richiesta di adesione.

Il rapporto può interrompersi solo per volontà del Socio.

Nella copertura sanitaria sono comprese anche le malattie preesistenti al momento dell'adesione.

Il rapporto è di tipo associativo ad una collettività. Le decisioni relative all'equilibrio dei risultati di bilancio sono prese per tutta la collettività nel suo insieme e con la partecipazione degli stessi Soci.

I contributi annuali sono fiscalmente detraibili fino a 1.291,14 euro.

	Classi di età	Contributo (in euro)
Contributo Anno 2006 per aderenti ANDI e loro familiari	fino a 15 anni	315,15
	da 16 a 20	357,74
	da 21 a 25	385,43
	da 26 a 30	457,88
	da 31 a 35	518,67
	da 36 a 40	585,93
	da 41 a 45	663,06
	da 46 a 50	750,06
	da 51 a 55	848,00
	da 56 a 60	960,41
	da 61 a 65	1086,91
	da 66 a 70	1184,78
	da 71 a 75	1341,47
	oltre i 75 anni	1520,11

Modalità di adesione

Come diventare Soci

- Pagamento Quota Sociale Euro 30,00
- Pagamento Tassa di ammissione (una tantum) Euro 30,00
- Pagamento contributo sociale per le prestazioni scelte e fino al 31/12 dell'anno di iscrizione
- Pagamento per Garanzie Europ Assistance Euro 30,00
- Sconto 20% per famiglia 2 persone; Sconto 30% famiglia 3 o più persone, esclusivamente da applicare sulla somma dei contributi esposti nella tabella
- Obbligo di garantire le prestazioni a tutto il Nucleo Familiare convivente
- Massimale annuo per persona Euro 100.000,00 (centomila)

In caso di iscrizione in corso d'anno, il pagamento del contributo viene calcolato in rateo di dodicesimi con l'aggiunta del 10% del rateo stesso.

Come si esegue il pagamento
Mediante bollettino di C/C postale allegato o effettuando un bonifico a favore di Mutua Tre Esse, sul C/C 43195815 presso la Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza - Ag. 6 Milano - ABI 06230 - CAB 01655 CIN L.

Da quando decorre la qualifica di socio
Dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata spedita la domanda d'Iscrizione ed è stato effettuato il bonifico.

Cosa riceve il socio
Mutua Tre Esse provvede a spedire all'indirizzo anagrafico del Socio, entro i 30 giorni successivi, lo Statuto, il Regolamento, l'Azione Nominale e la Tre Esse Card.

Come ottenere ulteriori informazioni
visitando il sito internet www.mutuatreesse.it,
scrivendo a info@mutuatreesse.it,
telefonando alla Mutua Tre Esse, al n. 02.89011031, fax 02.89098894

le informazioni descritte in questa pagina costituiscono una sintesi esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e non hanno alcun valore contrattuale né di offerta al pubblico, ex art 1336 del Codice Civile.

ANDI ROMA
Il presidente
Dr. Carlo Ghirlanda

MutuaTreEsse
Il presidente
Dr. Giuseppe Sacco