Associazione Nazionale Dentisti Italiani

ANDI ROMA

Anno XVI Numero 1 Marzo 2008

La Regione riapre i termini autorizzativi "SOLO" per gli studi medici

Per gli studi odontoiatrici NO!

DISCRIMINATI

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

Numero 1 - Marzo 2008

Editore
ANDI ROMA

Direttore Editoriale
FURIO PUCCI

Direttore Responsabile
GIAN LUCA PICOZZI

Vice Direttore
LUCIANO PICOZZI

Comitato di Redazione
ESECUTIVO ANDI ROMA

Progetto grafico
ICA S.r.l.

Impaginazione
AZIMUTH di P. De Castro

Stampa
CSR S.r.l.

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

Questo numero è stato chiuso in tipografia il 7 Aprile 2008 con una tiratura di 4.550 copie.

SOMMARIO

3 **Editoriale**
Al Voto *di Gian Luca Picozzi*

5 **Presidenza**
Professionisti o Bamboccioni? *di Carlo Ghirlanda*

7 **Sindacale** *a cura di N. Imbrioscia e G.L. Picozzi*
Nuove norme antiriciclaggio
Privacy: scade il DPS
Videosorveglianza
Dimissioni: nuove modalità
Registro dei rifiuti
Modulo abusivismo

11 **Culturale**
Formazione a distanza *di Nicola Illuzzi*
Appuntamenti 2008

14 **Tesoreria** *a cura di Brunello Pollifrone*
Bilancio in attivo per Andi Roma

17 **Medicina Orale**
La Burning mouth sindrome...
Cancro al seno: test dal dentista!

Le Rubriche

23 andiamo oltre ...
Autonomi più tassati dei dipendenti
Assicurazioni professionali: note di attenzione
Conferenza permanente delle specialità
Più agevole, per i pazienti, far valere la "colpa medica"
Responsabilità contrattuale, grava sempre sul medico...
Spinello 3 - Gengive 0

29 convenzioni

34 sala stampa

AL VOTO

È Andi è apartitica…
Ma, può un Sindacato ignorare la politica? Sarebbe una contraddizione in termini. Allora deve sostenere questo o quel partito? Questo o quel candidato?
Si. Quale?
Siamo al punto nodale.
Una categoria organizzata dovrebbe avere propri rappresentanti a livello politico e amministrativo, ma pare che sia ancora fantapolitica per noi.
Allora operiamo un distinguo fondamentale: elezioni politiche ed elezioni amministrative.
Poi consideriamo quale è il criterio usato da TUTTI per dare il proprio voto. Infine cerchiamo di capire.
Le elezioni politiche non ci consentono di scegliere il candidato ed appaiono, più distanti. Ma ci sono scelte, o non scelte, centrali che possono essere devastanti. Basti vedere quanto danno hanno potuto produrre leggi e decreti varate con quest'ultimo governo con il solo scopo demagogico di contrapporre categorie di lavoratori per produrre l'unico effetto di recuperare i consensi persi con la caduta delle ideologie.
Ultima, ma solo per data, la contrapposizione tra il prof. Luca Ricolfi (La Stampa 18/02/08) ed il signor Presidente del Consiglio prof. Romano Prodi (La Stampa 19/02/08) sulle cifre di recupero dall'evasione fiscale del 2006. In estrema sintesi il prof Ricolfi attribuisce ad un artificio contabile le cifre citate dal governo (20Miliardi) ed afferma che si può al massimo parlare di una cifra dieci volte inferiore (2 miliardi) -libero Mercato 21/02/08 p.12- La critica si basa sul metodo "non scientifico" di calcolo.
È chiara, credo, per tutti noi la fallimentare esperienza governativa che ci sta per lasciare.

E se condividete questa mia visione, l'alternativa è una sola alle prossime elezioni: escludere dal nostro voto quanti hanno partecipato a questo governo. Ma fate Voi.
Certo per onore di cronaca e di verità avrei un dubbio, uno solo, e riguarda Livia Turco alla quale devo riconoscere, in qualità di Ministro della sanità una notevole sensibilità anche nei nostri confronti.
Ora vediamo le amministrative.
Qui per istituto dobbiamo interfacciarci con chi ci governa localmente. Indipendentemente dal colore politico. Questo ci ha permesso di apprezzare o meno, individualmente, questo o quel politico. Allora direi che qui a prescindere dalle idee e dalle tendenze di ognuno il voto diviene un riconoscimento alla sensibilità verso le problematiche che abbiamo rappresentato. Ora il criterio usato per il voto anche quando mascherato dall'ideologia più marcata, alla fine, di fatto è solo un atto utile a corroborare la speranza di ottenere dalla politica ciò che più ci può aiutare. Ed allora mi pare che i dubbi siano pochi e che il sillogismo funziona. Inoltre è possibile il voto disgiunto e quindi si può scegliere, e si può prescindere dall'appartenenza politica, o ideologica, se abbiamo di fronte una persona perbene, e ce ne sono.
Certo come non pensare che la nostra categoria (quella dei liberi professionisti) partecipa al PIL per oltre il 12% e siamo ignorati.
Come non considerare che siamo il paese

Editoriale

OCSE con il maggior numero di lavoratori autonomi, come noi, sul totale della popolazione attiva eppure i programmi politici tendono a volgere la funzione ridistribuiva del fisco solo in favore dei dipendenti invece che di tutti i contribuenti? e pure veniamo ignorati (libero mercato O.Giannino 16/02/08) oppure che a parità di imponibile paghiamo più tasse dei dipendenti (centro studi CGIA Mestre - vedi pag. 23).

Ed ancora, ma rammentiamocene al momento giusto (intendo quello delle elezioni che coinvolgono la nostra categoria), cosa pensare quando a fronte di un accordo offerto dal governo ad Andi a favore delle fasce deboli ci siamo trovati, con il "...resto della categoria che, dalle società scientifiche ai sindacati minoritari fino all'Ordine, gridava al populismo e alla lesa maestà della libertà professionale..." come affermava Barbara Gobbi (Il Sole 24 ore del 28/1/08 - vedi pag. 35).

Insomma ancora una volta pare che sia Andi l'unica consapevole dell'esigenza di costruire e non di sfasciare tutto. Si, perché parrebbe uno sport nazionale, della nazione degli imbecilli, quello di rompere ciò che non si riesce ad avere. Già si comincia con le illazioni che poi divengono offese e che dal piano della contrapposizione politica giungono a quello personale.

Urne e crescita

NON C'È SOLO LAVORO SALARIATO

OSCAR GIANNINO

Osserva noi.

Prima 470 soci dopo 2 anni 1250.

In questo periodo 240 News letter via e mail, 1 ogni tre giorni. Solo la segreteria (il sottoscritto e solo su quelle ufficiali) ha ricevuto e risposto a circa 1500 email, Ghirlanda credo abbia superato le 8000. 340 pagine di questa rivista. Circa altrettante news on line sul sito web 48 incontri culturali gratuiti in 16 appuntamenti "ecm inclusive", 9 corsi pratici gratuiti in 16 giornate ed ancora non e finito.

Abbiamo iniziato con un bilancio in deficit di circa 20.000 euro e siamo giunti ora ad un attivo di 10.000.

Chiunque sarebbe stra-soddisfatto. Invece no, c'è chi non sopporta tutto questo.

E siccome è privo di serenità, quella dei giusti, ritiene di battere i piedi e pur complimentandosi perché il mio cavallo parla e si fa comprendere in italiano... afferma che tuttavia la pronuncia non è un gran che! Insomma cari colleghi ancora credo nelle persone ed ancor più nei colleghi ed in quel senso di rispetto che ognuno di noi deve all'altro ed allora credo anche che essendo persone intelligenti, valutando tutto questo sapremo fare le scelte giuste.

Buon lavoro a tutti Voi
Gian Luca Picozzi

I doveri della campagna elettorale

Lavoro e fisco, imprese e Stato: due visioni a confronto

OSCAR GIANNINO

Siamo in "linea" anche con te!
Vieni a trovarci!

http://www.andiroma.it

PROFESSIONISTI o BAMBOCCIONI ?

Vorrei iniziare questa mia nota con un richiamo: il nostro settore, così come è già accaduto per tutta l'area sanitaria, sta oggi affrontando gli scenari che le leggi dello Stato avevano disegnato a partire dalla Legge 502/1992, confermati via via dai provvedimenti che ad essa fanno seguito sia a livello nazionale che regionale, dei quali la nostra categoria appare evidentemente non sufficientemente consapevole.

Tuttavia non essere pronti al cambiamento in corso, o non condividerlo, non ne rallenta il processo: è necessario che ognuno abbia in questa fase un approccio maturo, idoneo a capire che quanto oggi accade è l'ultimo tratto di un cammino iniziato molto tempo fa e che oggi investe l'Odontoiatria come parte di un sistema articolato di interventi legati alla volontà politica del Legislatore di porre ordine nel campo della Sanità nell'ottica di una qualificazione costante, politicamente ispirata e condivisa a livello internazionale.

E ciò coinvolge anche l' Odontoiatria libero professionale.

Negare questo processo o rifiutarlo con motivazioni unilaterali significa rischiare di perdere di vista gli obbiettivi da perseguire in questo momento: mantenimento della dignità professionale, salvaguardia dei nostri diritti, difesa del reddito, tutela dei giovani colleghi e solidarietà per quelli in difficoltà, opposizione assoluta alla frammentazione della professione, lotta all'abusivismo.

Come Presidente di A.N.D.I. ROMA ritengo che questi siano i requisiti fondamentali dell'azione del sindacato in tale fase storica nella quale è tuttavia necessario rimboccarsi le maniche e lavorare, sia nei rapporti esterni che all'interno della categoria, per arrivare ad una sintesi, seppur difficilissima, che individui le soluzioni per il conseguimento degli obbiettivi considerati tenendo in considerazione la soddisfazione ricercata dal mercato sia in termine di livello di salute orale, sia in termini di qualità delle prestazioni, sia in termini economici.

Nei confronti del mondo esterno da tempo sono convinto che la nostra categoria debba rapportarsi con continuità con il mondo esterno, con la politica, con il mercato, con i media.

Le prossime elezioni politiche nazionali altro non fanno che confermare la necessità di tali attenzioni: per quanto riguarda l'Odontoiatria, entrambi i programmi elettorali dei due maggiori partiti (PD e PDL) affrontano l'argomento.

Il ***PDL*** scrive quanto segue al punto 3 (**"Migliori servizi sociali"**) del suo programma:

"*graduale e progressivo aumento delle pensioni più basse; rafforzamento della previdenza complementare* e ***avvio sperimentale di nuove mutue sociali e sanitarie***", mentre il **PD**, al punto m (**"Sanità"**) paragrafo 4 del suo programma, propone:

"*4. Gli italiani spendono di tasca propria almeno 25-30 miliardi di euro per servizi e prestazioni sanitarie che acquistano sul mercato, specie in aree come l'odontoiatria. È quindi necessario operare per lo sviluppo di un pilastro realizzato su basi complementari, anche attraverso un patto con Sindacati e Imprese per favorirne l'inserimento nella libera contrattazione. In particolare, è opportuna la* ***creazione di un Fondo odontoiatrico promosso dal pubblico e contribuito volontariamente dai cittadini.*** *Due gli effetti positivi: il Fondo avrebbe maggior potere di acquisto delle prestazioni odontoiatriche, facendone abbassare il costo di mercato; e i contributi godrebbero di sgravi fiscali, rapidamente coperti dalla emersione. Gli enti locali che lo volessero potrebbero finanziare la contribuzione al Fondo per le categorie "deboli".*

Nel frattempo si deve prendere atto dell'avanzamento ulteriore del testo di legge sui Fondi Sanitari Integrativi da parte del governo Prodi, nonché dell'invio del disegno di legge sul Corso di Laurea in Odontotecnica da parte del Ministero della Salute alla Conferenza Stato-Regioni dove la parte SNO-CNA tenterà in tutti i modi di modificare a proprio favore il testo licenziato dal Consiglio Superiore di Sanità.

Cosa pensare di fronte a tutto ciò? È certamente necessario assumere consapevolezza della concreta volontà della politica, indipendentemente dal "colore", di impegnarsi in campo odontoiatrico con l'obbiettivo di fornire

salute orale a costi calmierati.
Non è quindi un problema di schieramento ma è una vera e propria questione di politica sanitaria, per la quale il sindacato non può che agire facendo politica. Non impegnarsi in questa direzione può solo condurre a situazione imprevedibili e probabilmente difficili da sostenere. Ad esempio di ciò Vi invito a considerare il blocco all'apertura dei nuovi studi odontoiatrici in vigore nella Regione Lazio da luglio 2007.
A quei "bamboccioni" fra noi che storcono il naso di fronte al rapporto fra A.N.D.I. e la politica, salvo poi lamentarsi se le condizioni, le norme o i risultati del lavoro sono diversi da quelli "pretesi", oggi quindi chiedo: ma dove vivete?
Secondo Voi, se la logica prescelta fosse sempre quella di non trattare con la politica, di non considerare il mercato, di sottovalutare i media, faremmo correttamente il nostro compito di dirigenti ANDI?
È invece il momento di dimostrare fiducia e determinazione.
La nostra professione è stata, è e rimarrà quella di fornire salute: in questo siamo da sempre fra i migliori e operatori al mondo. Ciò tuttavia non è più sufficiente: è sempre più evidente la necessità che la professione si aggiorni costantemente sugli sviluppi delle condizioni sociali, politiche, economiche e normative che ne influenzano l'andamento e la regolarità e sappia interagire strettamente con le Istituzioni per condividere le trasformazioni senza subirle per miopia o insufficienza.
Sul versante interno alla categoria è quindi sempre più vitale essere tanti ed uniti, condividendo gli obbiettivi senza le barriere che spesso ed in maniera autolesionistica appaiono fra di noi per opera di quei pochi che sulla pelle degli altri colleghi, senza considerare il bene comune, "giocano" per solo personalismo o interesse con regole, statuti e utilizzano costantemente tecniche di disinformazione.
È arrivato il momento di predisporre un progetto di rinnovo della professione. Si dovrà aprire un periodo in cui sarà necessario sviluppare un rapporto nuovo e interattivo fra le componenti principali dell'Odontoiatria (ANDI; Ordine; Università; SSN; Industria) in grado di porre le basi per una ulteriore crescita "culturale" della categoria intesa non solo come aggiornamento e miglioramento delle conoscenze di base e cliniche ma anche come momento ulteriore di professionalizzazione e formazione in termini gestionali, comunicazionali, normativi dell'Odontoiatra, in particolare, seppur di tutta l'Odontoiatria in generale, che sarà quindi in grado di affrontare le future richieste del mercato con la certezza dei propri mezzi e risultati.
Sarà obbligatorio riflettere sull'ANDI del futuro,che dovrà essere una associazione sempre più tecnicamente specializzata, formalmente riconosciuta come rappresentanza della categoria in ogni contesto, professionalizzata nei ruoli dirigenziali, con uno statuto rivisitato e aggiornato alle attuali situazioni normative nazionali e locali.
Serve, infine, umiltà e razionalità da parte di tutti: siamo ancora in tempo per intervenire e siamo pronti a farlo.

Buon lavoro a tutti
Carlo Ghirlanda

L'ESECUTIVO e IL CONSIGLIO

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

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

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

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

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

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

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

a cura dei dott. Nicola Imbrioscia e Gian Luca Picozzi

NUOVE NORME ANTIRICICLAGGIO (D. LGS. 231/2007): DAL 30 APRILE 2008 CAMBIANO LE REGOLE PER ASSEGNI E CONTANTE

Con l'entrata in vigore del D. Lgs. 231/2007, dal 29 dicembre 2007 mutano gli scenari dei comportamenti di contrasto al fenomeno del riciclaggio di denaro e di finanziamento di attività terroristiche, coinvolgendo interlocutori tra i più disparati, quali banche, intermediari finanziari, professionisti, agenti immobiliari, case da gioco. Ma in modo particolare, gli effetti della nuova legge si faranno sentire in maniera tangibile per tutti i cittadini a partire dal **30 aprile 2008**, quando cambieranno radicalmente le regole sull'utilizzo del denaro contante e degli assegni al portatore. È questo uno dei mutamenti di maggiore impatto sulla vita dei cittadini determinati dalla pubblicazione in "Gazzetta Ufficiale" – e della conseguente entrata in vigore – del decreto legislativo 231/2007 che innova in modo significativo la disciplina della lotta al riciclaggio di denaro sporco.

I nuovi limiti abbassano la soglia da 12.500 euro a 5.000 euro.

Scenderà innanzitutto da 12.500 a 5.000 euro il limite per il trasferimento, tra soggetti diversi, di denaro contante, di libretti al portatore e di assegni al portatore. Dall'importo di 5 mila euro in su, non si potranno pertanto effettuare pagamenti di denaro contante e gli assegni di importo pari o superiore a 5 mila euro dovranno essere emessi muniti della clausola di "*non trasferibilità*".

Inoltre, un'operazione unitaria di importo superiore a 5 mila euro non potrà essere artificiosamente frazionata in tante tranche inferiori a 5 mila euro: anche in questi casi resta impedito l'uso del contante e degli assegni trasferibili.

Operazione frazionata è definita dalla legge *"un'operazione unitaria sotto il profilo economico, di valore pari o superiore ai limiti stabiliti ... posta in essere attraverso più operazioni in momenti diversi e in un circoscritto periodo di tempo fissato in sette giorni ferma restando la sussistenza dell'operazione frazionata quando ricorrano elementi per ritenerla tale".*

Definizione certa delle operazioni frazionate.

La definizione di operazione frazionata ha, dunque, un contenuto innovativo rispetto al sistema previgente. Per quanto riguarda la cronologia della pluralità di operazioni, viene fissato un arco temporale certo entro il quale l'operazione può ritenersi unica. Sotto questo aspetto, l'innovazione semplifica ed elimina le incertezze di carattere soggettivo, poiché il legislatore, pur riproducendo il riferimento all'unitarietà sotto il profilo economico – presente già nella precedente formulazione – fissa il termine rilevante ai fini della qualificazione dell'operazione quale frazionata. Da un punto di vista funzionale, invece, la novella disposizione pone a carico dei soggetti destinatari della normativa esaminata, l'onere di individuare gli elementi idonei a ricondurre una pluralità di operazioni a unità.

Rivoluzione per gli assegni.

Cambia in maniera radicale lo scenario per l'emissione degli assegni da parte di banche e Poste.

Infatti:

1. sia i libretti di assegni bancari e postali che gli assegni circolari di importo inferiore a 5 mila euro verranno consegnati al cliente con la stampigliatura della clausola di non trasferibilità, a meno che il cliente richieda, per iscritto, il rilascio di assegni trasferibili. In questo ultimo caso, il richiedente dovrà però pagare un'imposta di bollo di euro 1,50 per ciascun assegno;
2. gli assegni bancari e postali emessi all'ordine del traente (e cioè gli assegni che il traente variamente emette con le formule "a me stesso", "a sé medesimo", "a me medesimo", "a m.m.", ecc.) potranno essere girati unicamente per l'incasso a una banca o alle poste. In altri termini, non potranno essere girati a un soggetto qualsiasi né potranno circolare "al portatore";
3. gli assegni di cui è consentita la girata e cioè quelli trasferibili, dovranno recare la girata "piena": ossia il beneficiario dell'assegno va identificato con i dati anagrafici o con la ragione sociale e quando avviene da parte sua la girata dell'assegno, occorre l'indicazione del suo codice fiscale. Esce di scena, quindi, la possibilità di far circolare gli assegni al portatore mediante la cosiddetta girata "in bianco".

I libretti di deposito

Le nuove disposizioni riguardano poi, i libretti di deposito. Viene infatti stabilito che il saldo dei libretti di deposito bancari o postali al portatore non può essere pari o superiore a 5 mila euro.

Di conseguenza, i libretti di deposito bancari o postali al portatore con saldo pari o superiore a 5 mila

euro, esistenti alla data di entrata in vigore del decreto 231/2007, devono essere estinti a meno che il saldo non sia ridotto a una somma non eccedente l'importo sopra menzionato entro il 30 giugno 2009.
Infine la nuova legge dispone che in caso di trasferimento di libretti di deposito bancari o postali al portatore, il cedente deve comunicare, entro 30 giorni, alla banca o alle poste, i dati identificativi del cessionario e la data del trasferimento.

Profili sanzionatori
L'utilizzo di denaro contante o di assegni non predisposti con le formalità di legge, comporta una sanzione amministrativa pecuniaria compresa tra l'uno e il 40% dell'importo trasferito. Va ricordato tra l'altro, che i destinatari del decreto – per esempio i professionisti e le banche – che in relazione ai loro compiti di servizio, hanno notizia di infrazioni, ne devono riferire entro trenta giorni al Ministero dell'Economia.

SCADENZA DEL 31 MARZO PER LA COMPILAZIONE DEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO SULLA SICUREZZA (D.P.S.) E ADEMPIMENTI PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

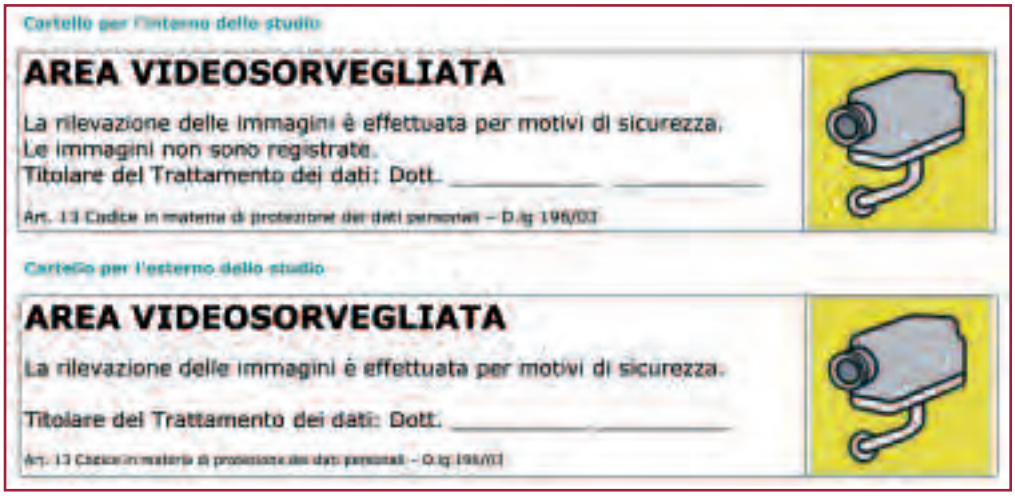
Con l'avvicinarsi della scadenza del 31 marzo si ricorda che tutti i titolari dei trattamenti dei dati ai fini del Codice sulla Privacy (D. Lgs. 196/2003) che posseggono strumenti informatici hanno l'obbligo di aggiornare e stampare il D.P.S..

Si coglie l'occasione per ricordare a tutti che i principali adempimenti previsti dalla normativa sulla privacy che sono:
- informativa per il trattamento dei dati (da aggiornare ogniqualvolta subentrino delle variazioni);
- consenso per il trattamento dei dati da far firmare ai nuovi pazienti e conservare;
- nomina degli incaricati (dipendenti e collaboratori): verificare e aggiornare annualmente l'individuazione dell'ambito di trattamento, ove variato, consentito ai singoli incaricati;
- previsioni di istruzioni per gli incaricati: il Garante ha sottolineato l'importanza della formazione per i soggetti incaricati di trattare i dati del personale, da programmare annualmente anche con semplilci riunioni informative;
- predisposizione delle misure minime di sicurezza (es. armadi non accessibili per la tenuta dei dati, cambi periodici delle password);
- predisposizione del DPS – Documento Programmatico per la Sicurezza entro il 31 marzo di ogni.

VIDEOSORVEGLIANZA

Si informa inoltre che recentemente sono state effettuate verifiche da parte del "Nucleo Speciale Funzione Pubblica e Privacy della Guardia di Finanza" presso alcuni studi odontoiatrici. Sono state comminate alcune sanzioni per la presenza non segnalata di videocamere all'esterno e all'interno dello studio.

In presenza di videocitofono e/o videocamere istallate per motivi di sicurezza, la legge prevede infatti che è necessario segnalare la presenza delle stesse mediante il posizionamento di un cartello ben visibile in cui al simbolo della telecamera sia accostato il nominativo del titolare (vedi immagine).



Non è possibile comunque posizionare videocamere per sorvegliare l'attività dei lavoratori.

NUOVE MODALITÀ E MODELLO DI DIMISSIONI VOLONTARIE PER I DIPENDENTI E I COLLABORATORI

A partire dal 5 marzo 2008 il lavoratore per rassegnare le sue dimissioni volontarie, oltre a comunicare il recesso con il preavviso minimo contrattuale, dovrà utilizzare il modulo MDV da compilare presso la sede di uno dei soggetti abilitati: le Direzioni provinciali e regionali del lavoro, i centri per l'impiego, gli uffici comunali. Ogni altra forma di dimissioni presentate non dovrà essere considerata valida.
Tale modello dovrà essere utilizzato, per le dimissioni, nei seguenti casi:

a) rapporto di lavoro subordinato ex art. 2094 cod.civ;
b) collaboratori coordinati e continuativi, anche a progetto e occasionali;
c) i contratti di associazione in partecipazione limitatamente, in questo caso, a quelli in cui l'associato apporti prestazioni lavorative ed i redditi siano qualificati, ai fini fiscali, come provenienti da lavoro autonomo;
d) i contratti di lavoro instaurati dalle società cooperative.

Il modulo (consultabile in fac-simile sul sito del Ministero del Lavoro) richiede molti dati riguardanti il rapporto di lavoro, desumibili anche dal contratto di assunzione e dalla busta paga. Una volta compilato il modulo al lavoratore verrà consegnata una ricevuta attestante le dimissioni, la quale dovrà essere consegnata, con la copia del modello MDV al datore di lavoro entro 15 giorni.
Si ricorda che nessun altro tipo di modulo potrà essere accettato in sostituzione del MDV, infatti, tale modulo determinerebbe la nullità delle dimissioni.
Rimane inalterato il termine di 5 giorni, dalla data di cessazione effettiva del rapporto, per la comunicazione al Centro per l'impiego. In allegato è possibile scaricare una lettera da consegnare a tutti i lavoratori per informarli delle novità normative.

MODULO
di dimissioni volontarie

Ai lavoratori
Loro indirizzi

Oggetto: modulo di dimissioni volontarie

Con la presente Le comunichiamo che, a decorrere dal 5 marzo 2008, le dimissioni volontarie rassegnate dai lavoratori dovranno essere presentate a pena di nullità sui moduli obbligatori telematici (MDV), compilabili presentandosi presso la sede di uno dei soggetti abilitati: le Direzioni provinciali e regionali del lavoro, i centri per l'impiego, gli uffici comunali (in futuro verrà prevista la possibilità di compilare il modulo collegandosi direttamente al sito del Ministero del lavoro www.lavoro.gov.it)

Una volta compilato il modulo Le verrà rilasciata, dai soggetti abilitati, una ricevuta attestante le dimissioni, la quale dovrà essere consegnata, con la copia del modello MDV al nostro studio.

Si informa che il modulo ha validità massima di 15 giorni dalla data di compilazione.

Data, _____ Firma del Titolare

_____

REGISTRO DEI RIFIUTI

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 4/08 che stabilisce nuove norme per la vidimazione dei registri rifiuti, alcune ditte di smaltimento hanno proposto ai Soci la "reintroduzione" del registro di carico e scarico. Si riconferma per quanto ci riguarda la piena vigenza dell'articolo 11 della Legge Comunitaria 2005 che recita:

1. I produttori di rifiuti pericolosi che non sono stati inquadrati in un'organizzazione di ente o impresa adempiono all'obbligo di tenuta del registro di carico e scarico di cui all'art. 12 del D. Lgs. 5 febbraio 1997, n. 22, attraverso la conservazione in ordine cronologico delle copie del formulario proprie del detentore.

2. I soggetti di cui al comma 1 non sono tenuti alla comunicazione annuale al Catasto".
   Pertanto si ribadisce che per gli odontoiatri liberi professionisti che operano in studi singoli o associati nulla cambia rispetto all'attuale metodologia di smaltimento dei rifiuti speciali prodotti; solo le strutture sanitarie gestite da società, imprese o enti hanno l'obbligo, a partire dal 13 febbraio 2008, di vidimare i registri rifiuti presso la Camera di Commercio.

USA IL MODULO

Un uomo di 50 anni è stato denunciato per esercizio abusivo di professione, truffa e sostituzione di persona per aver lavorato come dentista ed esperto facciale per circa due anni, provocando danni gravi alla mandibola di una donna.
Il finto medico lavorava in uno studio in piazzale Lagosta a Milano. Per attirare clienti pubblicava annunci su internet. La denuncia è partita da due donne alle quali l'uomo, dopo averle sottoposte a diversi trattamenti senza risultati significativi, continuava a chiedere denaro: ognuna di loro ha pagato circa 10mila euro. Non era la prima volta che il 50enne, originario del Molise, si fingeva dentista: già a Bergamo era stato condannato e aveva scontato la pena della sorveglianza speciale.
Per evitare che anche a Milano i clienti venissero a conoscenza del suo passato di truffatore, l'uomo ha rubato dei timbri in alcuni uffici di polizia e carabinieri e aveva creato una dichiarazione di smarrimento di documenti falsa che riportava un nome diverso dal suo.
Da quando ha iniziato la sua attività, la polizia sospetta che possa aver operato circa 50 persone.
L'attrezzatura dello studio è stata posta sotto sequestro.

AGI - Milano, 6 mar.

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: .....

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

Formazione a distanza
PROMOSSA CON IL MASSIMO DEI VOTI

Cari colleghi,

uno degli argomenti più attuali e dibattuti nel settore dell'aggiornamento professionale è quello della formazione a distanza.
Sin da prima della nascità degli Ecm si è sempre parlato e ragionato riguardo la validità di aggiornarsi a casa o in studio con molti vantaggi: la riduzione dei costi non solo a carico dei discenti per l'eliminazione del costo del viaggio e del pernottamento in caso di corsi in località diversa dalla propria, ma anche a carico dei relatori e degli organizzatori perché non debbono prenotare grandi e costose strutture e neanche affondare spese di viaggio.
Il secondo importante vantaggio è il risparmio del tempo pertanto possiamo evitare di sottrarre tempo prezioso al nostro lavoro e gestire il nostro aggiornamento professionale negli orari più comodi a noi, ottimizzando il nostro apprendimento nei momenti in cui siamo più recettivi, più lucidi e più concentrati.

È molto importante anche per noi dentisti avere la possibilità di registrare e poi rivedere e ridiscute insieme l'evento culturale: grazie alla moderna tecnologia tutto questo è possibile con l'aggiornamento a distanza.

Certamente la Formazione a distanza non potrà sostituire quella tradizionale per diversi motivi: il contatto diretto con i relatori è secondo me insostituibile, permette inoltre di uscire dal nostro studio, dato che con la nostra attività professionale siamo costretti a lavorare sempre nello stesso ambiente.
Consideriamo anche che l'aggiornamento professionale mediante la partecipazione a corsi e convegni ha di solito il vantaggio di permettere un confronto tra professionisti e la possibilità di creare dibattiti e tavole rotonde sui più svariati argomenti.

Un altro aspetto molto importante dell'aggiornamento è la verifica dell'apprendimento: l'introduzione degli Ecm ha reso obbligatori i quiz a risposta multipla e tale sistema dovrà essere mantenuto anche con i nuovi sistemi di aggiornamento.

Pertanto come dovrebbe essere la formazione a distanza ottimale, quali caratteristiche dovrebbe avere? sicuramente la verifica del identità del partecipante al corso, la possibilità di una scelta multipla tra vari discipline con un confronto e dialogo tra i partecipanti mediante la creazione di forum dedicati e la interattività tra relatori e partecipanti ai corsi.

Buon lavoro
Nicola Illuzzi

CULTURA IN PROVINCIA

SABATO 11 OTTOBRE — **2° CONGRESSO CASTELLI ROMANI**
"L'approccio interdisciplinare per la valutazione e la cura del paziente in età evolutiva"

SABATO 29 NOVEMBRE — **3° CONGRESSO POMEZIA**
"La prevenzione: la grande sfida del terzo millennio"

APPUNTAMENTI 2008 Andi Roma

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

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

Lunedì 10 MARZO

- **Prof. Maurizio Ripari, Prof. Umberto Romeo, Dott. Alessandro Del Vecchio**
  "Il laser in campo odontostomatologico: dalla ricerca alla clinica"
- **Prof. Tripodakis Aristotele**
  "Protesi su impianti utilizzando i tessuti rimanenti duri e molli"

Lunedì 14 APRILE

- **Prof. Antonio D'Addona, Dott. Paolo Manicone, Dott. Armando Manni, Dott. Domenico Piselli, Dott. Luca Raffaelli**
  "Implantoprotesi: la gestione del piano di trattamento dalla chirurgia alla fase riabilitativa"
- **Dott. Furio Ambrosi, Prof. Luigi Rossi, Dott. M. Bobò**
  "La Chirurgia Estetica nello studio odontoiatrico"

Lunedì 19 MAGGIO

- **Prof. Angelo Putignano**
  "Il restauro estetico in materiali compositi: un approccio razionale"
- **Dott. Piermario Palattella ed Od. Luca Santoni**
  "La Protesi Estetica con il Cad-Cam nella pratica quotidiana"
- **Prof. Michele Cassetta**
  "Terapia implantare computer-assistita: la piattaforma SimPlant""

Lunedì 16 GIUGNO

- **Dott. Roberto Ferro**
  "Che cosa ti hanno insegnato gli squali in tema di fluoroprofilassi"
- **Dott.ssa Fausta Federici**
  "Le patologie professionali del personale odontoiatrico: prevenzione e sicurezza"
- **Dott. Danilo Di Stefano**
  "Gbr ed innesti ossei: nuove proposte e prospettive future"

Lunedì 22 SETTEMBRE

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

Lunedì 13 OTTOBRE

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

Lunedì 10 NOVEMBRE

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

Lunedì 1 DICEMBRE

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

CORSI PRATICI

SABATO - 15 Marzo, 12 Aprile, 10 Maggio, 20 Settembre, 25 Ottobre, 22 Novembre

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

---

SABATO - 10 Maggio, 4 Ottobre, 22 Novembre

Dott. Matteo Danza, Dott. Roberto Pistilli
CORSI BASE DI CHIRURGIA PIEZO-ELETTRICA - "Corsi Teorici-Pratici"
Sede 10/05: Centro Corsi - Via Amiterno, n. 54 - Roma
Sede 4/10: Centro Corsi Odontoprogress, Via Benozzo Bozzoli 72 - E2 - Eur - Roma
Sede 22/11: Centro corsi Dental Gaia, Via di Torre Gaia, 10/A - Roma

---

Dott. Aniello D'Ambrosio, Dott. Antonello Falco "Implantologia di base" — MERCOLEDI - 14 Maggio
Prof. Gabriele Pecora, Dott. Roberto Pistilli "Chirurgia Orale" — SABATO - 24 Maggio
Prof. Gabriele Pecora, Dott. Enzo Iacomino "Rigenerazione Implantare" — SABATO - 14 Giugno
Dott. Alessandro Cipollina "Laser" — SABATO - 13 Settembre
Prof. Gabriele Pecora, Dott. Sergio Orlandi "Chirurgia Endo" — SABATO - 18 Ottobre
Sede: Centro Corsi Odontoprogress - Via Benozzo Gozzoli, 72 - E2 - Eur - Roma

---

SABATO - 17 Maggio

Prof. Gabriele Pecora "Tecniche rigenerative multidisciplinari: ricerca, clinica, riscontri istologici"
Sede: Centro Corsi Odontoprogress - Via Benozzo Gozzoli, 72 - E2 - Eur - Roma

---

SABATO - 7 giugno, 11 Ottobre

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

SABATO - 18 Ottobre

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

SABATO - 25 Ottobre

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

BILANCIO IN ATTIVO PER ANDI ROMA

Relazione del Tesoriere

Cari soci,
Vi espongo di seguito la situazione patrimoniale ed economica di ANDI Sez. Prov.le di ROMA relativa al periodo 01/01/2007 - 31/12/2007.
La mia relazione riepilogherà in modo schematico gli aspetti più significativi dei costi e dei ricavi, e delle correlate entrate ed uscite.
In relazione ai suddetti dati finanziari il sottoscritto non può che esprimere grande soddisfazione e ringraziare tutti coloro che hanno contribuito (sponsor, soci, relatori) a questo risultato,

Ricavi Totali	Quote iscrizioni	Sponsor e corsi
298.108,32 €	256.875,00 €	41.233,32 €
Uscite Totali	**Q.te Nazionale e Regionale**	**Spese diverse**
288.178,74 €	136.872,27 €	151.306,47 €
UTILE d'esercizio 9.923,58. €		

forse prevedibile, visto l'impegno di tutti, ma imprevisto se consideriamo i numeri e i tempi. Soprattutto, mi voglio soffermare sui tempi.
In solo due anni, (nel 2005 la perdita d'esercizio era stata di **20.962,00 €**, nel 2006 invece la perdita era stata di **10.653,37 €**) attraverso una politica di riduzione di spese, un ottimale aumento del numero di quote associative che, insieme alla conferma delle quote di sponsorizzazioni e alle quote incassate per il corso 626, hanno portato il bilancio per l'anno 2007 in **attivo**. Attivo al di sopra di ogni più rosea previsione, basti rammentare che alla presentazione del bilancio di previsione 2007 dell'anno scorso si auspicava, nella migliore delle ipotesi, di raggiungere la parità di bilancio e di toccare quota 900 soci. Ribadisco invece che il bilancio è in **attivo** e i soci sono diventati **1212**.

DETTAGLIO SPESE 2007
I costi maggiori risultano essere quelli relativi a:
- costi per rimborso quote Andi Nazionale: **128.346,27 €**;
- organizzazione convegni e corsi: **48.711,79 €**;
- stampa rivista ANDI Roma: **21.321,80 €**;
- spedizioni, trasporti, valori bollati: **21.141,98 €**;
- spese da terzi - manutenzione ordinaria: **12.042,40**;
- assistenza fiscale, legale e notarile: **11.806,00 €**
- spese di segreteria: **11.149,02 €**;

DETTAGLIO RICAVI 2007
La voce maggiore è quella del numero degli iscritti così suddivisi: quote intere, ridotte, aggregati.
L'incremento del numero dei soci nel 2007 è stato di quasi il 50 %. Questo vuol dire aver portato la sezione a 1212 soci.
Nel 2007 i ricavi per le quote associative sono arrivati a **256.875,00 €** con una media di **210,00 €** a socio (si consideri la quota ridotta 62,50 €, studenti e onorari gratuiti) e un' incremento pari a quasi **90.000,00 €** rispetto all'anno precedente.
La presentazione del bilancio avverrà nell'assemblea ordinaria del 23/02/2008 presso il Jolly Hotel "Vittorio Veneto" corso d'Italia 1 alle ore 10:30, Roma.
Il lavoro di rigoroso contenimento di spese, già perseguito negli anni precedenti, continuerà (nonostante l'avanzo di bilancio) anche per l'anno 2008.
Per ulteriori informazioni e dettagli potete contattare la tesoreria ANDI Roma tramite la segreteria ANDI Roma Servizi 06.44252527, ore 9.00/17.00 no stop.

TUTTI I SOCI SU RICHIESTA POTRANNO VISIONARE IL DETTAGLIO DEL CONTO ECONOMICO E RELATIVE FATTURE TUTTI I GIORNI DAL LUNEDI' AL VENERDI DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 17.00 ORARIO CONTINUATO

Il Tesoriere
Dr. Brunello Pollifrone

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

1. Per difendere il nostro futuro di liberi professionisti diventando parte attiva per la gestione e regolamentazione della nostra professione;
2. Per dare forza alle istanze della professione nei confronti delle Istituzioni;
3. Per difendere la nostra professione da abusivi e prestanome;
4. Per entrare a far parte dell'Associazione di categoria più rappresentativa;
5. Per conoscere ed essere costantemente aggiornato sulle normative in materia sanitaria odontoiatrica;
6. Per ricevere informazioni sindacali, culturali e fiscali tempestive e costanti;
7. Per la deducibilità fiscale della quota;
8. Per ricevere gratuitamente tutti i numeri delle Riviste "ANDI Roma", "RIS" e "Fronte Stomatologico", e disporre di EUKRA, servizio ricerca bibliografica on-line;
9. Per condizioni vantaggiose nelle iscrizioni ai corsi L.626 per RLS e RSPP;
10. Per un aggiornamento culturale a basso costo, qualificato e con punteggio ECM;
11. Per usufruire di tariffe scontate per l'iscrizione ai Congressi ANDI;
12. Per promuovere il Tuo nome tramite il servizio "Trova i Dentisti ANDI" su INTERNET; per realizzare il Tuo sito Internet a costi vantaggiosi e con servizi esclusivi;
13. Per avere la migliore polizza Assicurativa Professionale R.C. disponibile sul mercato;
14. Per usufruire di convenzioni speciali per lo Smaltimento Rifiuti Speciali, per le Verifiche periodiche sugli Impianti Elettrici e Radiologici;
15. Per risparmiare utilizzando le convenzioni stipulate;
16. Per apertura crediti a condizioni vantaggiose con le BANCHE convenzionate; e poter offrire servizio POS e Carte di credito ai tuoi pazienti a Costo ZERO;
17. Per poter accedere al servizio di credito al consumo per i tuoi pazienti (finanziamenti ai pazienti per le cure odontoiatriche);
18. Per provvedere alla tua "vecchiaia" con FondoSanità;
19. Per partecipare al mese della prevenzione dentale in ottobre ogni anno;
20. Per partecipare a tutti i progetti sostenuti dall'Associazione.

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

Richiedi il modulo di iscrizione alla Segreteria ANDI ROMA Servizi

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

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

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

Firma .....

DATI ANAGRAFICI

Sez. di _____ Regione _____

Titolo: Dott. ☐ Prof. ☐ Sig. ☐

Cognome _____ Nome _____

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

Codice Fiscale _____

Partita I.V.A. _____

E-Mail _____ Cellulare _____

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

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

Laurea in: Medicina ☐ Odontoiatria ☐

Conseguita il ___/___/_____ Presso Università di _____

specialità in: _____ Conseguita il ___/___/_____

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 _____

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

Eventuale altra branca non odontoiatrica esercitata: _____

RECAPITI (spuntare il recapito preferenziale per la corrispondenza)

☐ Indirizzo studio principale: Via _____ Città _____

CAP _____ Prov. ____ Tel. _____ FAX _____

☐ Indirizzo secondo studio: Via _____ Città _____

CAP _____ Prov. ____ Tel. _____ FAX _____

☐ Indirizzo abitazione: Via _____ Città _____

CAP _____ Prov. ____ Tel. _____ FAX _____

Firma del richiedente .....

A CURA DALLA SEZIONE

Qualifica del socio: ☐ effettivo quota intera ☐ effettivo quota ridotta ☐ benemerito ☐ aggregato ☐ a vita ☐ onorario ☐ odontoiatri studenti

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

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

note _____

TESORERIA

LA BURNING MOUTH SINDROME
un'enigma in odontoiatria

Prof. M. D. Mignogna, Dott. D. Adamo, Dott. E. Ruoppo, Dott. S. Leuci, Dott. G. Fortuna

Dip. "Area funzionale di Patologia Speciale Odontostomatologica"
Università degli Studi di Napoli "Federico II"

La burning mouth sindrome (BMS; SINDROME DELLA BOCCA CHE BRUCIA) è una patologia cronica ad eziologia sconosciuta fortemente invalidante per le persone che ne sono affette, in notevole espansione nella società moderna. Tale definizione evidenzia il sintomo prevalente della malattia: il bruciore.
Il termine BMS è stato utilizzato nella pratica clinica con diversi sinonimi: stomatodinia, disestesia orale, glossodinia, glossopirosi e stomatopirosi. L'associazione internazionale dello studio del dolore e la società internazionale per lo studio delle cefalee definiscono la BMS, come un'entità nosologicamente distinta che comprende tutte le forme di bruciore del cavo orale, inclusi i disturbi che hanno come sintomo sensazioni di puntura o di dolore perduranti da più di 4-6 mesi, in presenza di una mucosa orale clinicamente sana ed in assenza di alterazioni patologiche locali o sistemiche.
Molte patologie sia locali che sistemiche possono localizzarsi alla mucosa orale causando una sensazione di bruciore ma la 'true' burning mouth syndrome idiopatica è definita come un bruciore localizzato alla lingua e/o alle altre mucose in assenza di anormalità cliniche e di laboratorio.
Si perviene alla diagnosi di BMS dopo aver escluso tutte le patologie sia locali che sistemiche che possono essere potenziali causa di bruciore orale.
Le patologie sistemiche da investigare ed escludere sono essenzialmente: il diabete, l'anemia, le patologie cerebro-vascolari (infarti ed emorragie), la sclerosi multipla, deficit nutrizionali, alterazioni ormonali associate alla menopausa, il cancro del polmone non metastatico, le metastasi.
Riguardo le patologie locali bisogna escludere le malattie di origine dentaria e parodontale, i disordini temporomandibolari, le patologie delle ghiandole salivari (inclusa l'iposcialia), le sinusiti, la candidosi, le patologie della mucosa orale (il lichen planus orale, la stomatite aftosa), reazioni di ipersensibilità verso materiali presenti nel cavo orale, la nevralgia post-erpetica, la nevralgia trigeminale tipica ed atipica (Mignogna et al., 2005).
Le nevralgie facciali atipiche sono sicuramente le forme di dolore facciale con caratteristiche più simili alla BMS e pertanto entrano frequentemente in diagnosi differenziale con essa.
Il dolore della burning mouth syndrome è di tipo cronico, di solito tra il moderato e l'intenso, spontaneo, continuo, diffuso all'intero cavo orale o limitato alla lingua e/o alle labbra spesso associato ad insonnia, cancerofobia, cambiamenti comportamentali quali irritabilità, ansia e depressione con conseguente crollo delle normali relazioni sociali ed affettive del paziente (Scala et al., 2003; Pedersen et al., 2000).
Nelle nevralgie facciali atipiche, invece, il dolore tende ad essere localizzato, anche se non segue precisamente il territorio di innervazione competente (esempio: dolore localizzato all'arcata mascellare e mandibolare di destra), inoltre, pur essendoci compartecipazione emotiva, il paziente si presenta più lucido ed in grado di descrivere precisamente i sintomi, cosa che raramente avviene nelle BMS.
Frequentemente i pazienti riferiscono in associazione al bruciore orale, bruciore in sede genitale (vulvodinia), anale (anodinia), disturbi gastrointestinali, alterazioni del gusto (sapore metallico, salato) faringodinia, odinofagia, oltre a sintomi corporei dif-

fusi difficilmente inquadrabili.
Diverse sono le ipotesi sull'eziopatogenesi della malattia, alcuni ricercatori ritengono la BMS un disturbo di somatizzazione (Eli et al., 1984; Bergdahl e Bergdahl, 1999; Gorsky et al. ,1991; Trikkas et al., 1996; Macfarlane et al., 2002) altri la ritengono correlata più al dolore neuropatico che alle sindromi psicosomatiche (Jaaskelainen et al., 1997; Forssell et al., 2002; Hagelberg 2003; Lauria, 2005).
La burning mouth syndrome è stata indagata con l'ausilio delle attuali conoscenze in campo psicologico in molteplici studi, attraverso cui si è cercato di delineare la personalità dei soggetti affetti. Fattori psicologici quali l'ansia, le fobie, la depressione svolgono un ruolo significativo nell'innescare la BMS.
In particolare si è evidenziato uno stretto collegamento con la depressione; come se queste due patologie fossero in equilibrio precario su una bilancia, quando una prevale sull'altra peggiorano gli aspetti dell'una e migliorano quelli dell'altra.
Tuttavia non si è riuscito a comprendere se il dolore cronico, in questi casi, è la causa o l'effetto del disagio psicologico.
Il bruciore compare di solito dopo un evento particolarmente stressante, per cui la storia psico-sociale, insieme ai dati clinici è cruciale ai fini della diagnosi.
Spesso l'evento stressante riferito dal paziente è un'intervento odontoiatrico traumatico o non gradito dal paziente, ciò probabilmente spiegherebbe la sede di localizzazione del fastidio.
È indicato il ricorso all'ausilio di uno psicologo qualora si sospetti la presenza di problemi psicologici, uno stato di ansia o di depressione (Hakeberg et al., 2003).
Come è ormai riconosciuta una base organica ed una predisposizione individuale alla depressione così anche nella BMS si evidenziano disturbi a carico sia del sistema nervoso centrale che periferico.
Infatti diversi autori hanno evidenziato una alterata eccitabilità del pathway nocicettivo trigeminale a livello del sistema nervoso centrale e periferico (Forssell et al., 2002; Gao et al., 2000; Hagelberg et al., 2003).
Recentemente Lauria et al. (2005) hanno dimostrato che i pazienti con BMS presentavano una neuropatia sensoriale a piccole fibre del trigemino, localizzata ai due terzi anteriori della lingua, caratterizzata da una perdita significativa di fibre nervose epiteliali e sub-papillari.
In questo studio, diversi campioni bioptici di tessuto linguale sono stati analizzati con tecniche immunoistochimiche, al fine di evidenziare alterazioni patologiche a carico dei markers della mielina, delle cellule di Schwann, del citoscheletro, del citoplasma ed è stata quantificata anche la densità delle fibre nervose dell'epitelio.
Nei pazienti affetti da BMS le fibre nervose della mucosa presentavano una densità più bassa ed alterazioni morfologiche diffuse con degenerazione assonale delle stesse. Le stesse fibre nervose di piccolo calibro, inoltre, esprimevano una concentrazione maggiore del recettore TRPV1, recettore per la capsaicina, e del suo regolatore l'NGF (nerve growth factor) (Yilmaz et al., 2007) deputati alla ricezione di stimoli irritanti di origine vegetale quali: mentolo, aglio, cannella, peperoncino.
La diminuzione delle fibre nervose, pertanto, determinerebbe una sovrespressione dei recettori TRPV1, la cui stimolazione è alla base della sensazione di bruciore. A livello del SNC, inoltre, si è evidenziato che l'azione inibitoria della dopamina sulla trasmissione del dolore a livello del putamen è mediata dai recettori D2 mentre i recettori D1 non sono coinvolti (Michael-Titus et al., 1990; Magnusson e Fisher, 2000; Hagelberg et al., 2002). Ricerche effettuate con la PET hanno evidenziato un diminuito rapporto dei recettori D1/D2, indice della diminuzione dei livelli di dopamina endogena nel putamen dei pazienti con BMS (Hagelberg et al., 2003).
Inoltre patologie che coinvolgono il sistema dopaminergico nigrostriatale come la malattia di Parkinson possono presentare un dolore di origine centrale (Koller,1984; Schott, 1985; Ford et al., 1996) molto simile a quello presente nei pazienti affetti da BMS. Tale ipoattività del sistema dopaminergico nigrostriatale sembra essere presente anche nei pazienti affetti da BMS e potrebbe spiegare l'alterata modu-

lazione del dolore in questi pazienti (Jaaskelainen et al., 2001).
Altre ricerche dell'Università del Kentucky, condotte con l'ausilio della risonanza magnetica funzionale (fMRI), hanno evidenziato nei pazienti con BMS un pattern di attivazione cerebrale caratteristico sia qualitativamente che quantitativamente, con una netta ipoattività cerebrale. I risultati ottenuti indicano che i pazienti con BMS hanno subito un danneggiamento nella dinamica del network cerebrale, dando luogo ad una diminuzione del controllo inibitorio sulle afferenze sensoriali, di conseguenza la propriocezione orale è avvertita come bruciore. È stata infatti riscontrata una diminuita funzionalità del pathway inibitorio discendente adrenergico e serotoninergico, che può essere causa, o contribuire, alla genesi del dolore cronico. È probabile che un talamo ipofunzionante giochi un ruolo cruciale nella diminuzione del controllo inibitorio, ciò si verifica anche in altre condizioni di dolore neuropatico oltre che nella BMS (Albuquerque et al., 2006).
Alla luce di ciò è possibile fornire anche una spiegazione dell'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale risultata una ottima terapia per il trattamento della BMS (Bonfils et al., 2005) e delle terapie a base di serotonina, noradrenalina e inibitori del re-uptake della serotonina.

TERAPIA

La terapia della BMS risulta essere estremamente complessa perché complesso è l'approccio verso questi pazienti. Infatti già il corretto inquadramento della patologia da parte del clinico, le opportune delucidazioni fornite al paziente circa la stessa, l'empatia dello specialista contribuiscono da soli al miglioramento della sintomatologia.
Diversi farmaci sono stati studiati e somministrati per la BMS:

- benzodiazepine,
- antidepressivi triciclici,
- gabapentina,
- inibitori selettivi del re-uptake della serotonina (sSSRI),
- amilsulpiride,
- capsaicina topica,
- acido α lipoico.

Alcuni studi hanno poi valutato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (Zakrzewska,1995; Scala et al., 2003; Zakrzewska et al., 2003).
I risultati ottenuti sono stati variabili, non predicibili, per cui la terapia spesso non ha successo, e risulta non efficace (Scala et al., 2003; Zakrzewska, 1995).
La remissione spontanea si verifica in meno del 5% dei pazienti. Recentemente uno studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, ha evidenziato l'efficacia del clonazepam somministrato per via topica in due terzi dei pazienti trattati (Gremeau-Richard et al.,2004) confermando i risultati di due studi precedenti (Woda et al.,1998; Grushka et al., 1998).
Il clonazepam topico produce effetti locali positivi e la quota che passa in circolo non dà luogo ad effetti indesiderati in altre sedi; pertanto i pazienti riferiscono un sollievo dal dolore localizzato alle mucose in assenza di effetti collaterali.
Tale farmaco, essendo una benzodiazepina, esplica un'attività centrale interagendo con il recettore del GABAA, ampiamente diffuso nel SNC, verso il quale presenta un'elevata affinità (Drugan and Holmes, 1991).
L'azione del clonazepam topico a livello periferico è di tipo miorilassante, è dovuta probabilmente ad interazioni della benzodiazepina con recettori localizzati a livello delle fibre nervose o delle fibre muscolari, ancora poco conosciuti. Inoltre il clonazepam applicato per via topica, in qualità di farmaco anticonvulsivante, agisce come stabilizzatore di membrana regolando la permeabilità dei canali del sodio.
Tuttavia, così come molti farmaci antidepressivi, anche il clonazepam presenta numerosi altri effetti, ancora poco conosciuti, che modulano le afferenze del dolore migliorando la sintomatologia di questi pazienti.

PRATICA CLINICA

Conoscere la patologia, i sintomi, e l'esordio della BMS spesso non aiuta nella diagnosi di questa malattia, considerata dal Nostro Dipartimento una delle

più difficili da trattare.
Sembra strano, dal momento che ci occupiamo di patologie precancerose, di tumori e di patologie auto-immuni gravi tra cui il pemfigo volgare.
La principale difficoltà probabilmente risiede nel ritardo diagnostico, spesso la maggior parte dei pazienti vaga per più di un anno tra vari specialisti alla ricerca della causa di questo bruciore/dolore che ha reso impossibile qualsiasi attività quotidiana.
Tale ritardo, e la ricerca incontrollata verso qualsiasi patologia organica che prevede una cura da parte del paziente rende già estremamente difficile l'approccio iniziale da parte del clinico, inoltre la formulazione della diagnosi di burning mouth sindrome si accompagna spesso a sconforto, smarrimento, sorpresa nel paziente che deve ricercare in se stesso la causa del proprio malessere.
La sicurezza nel formulare la diagnosi, l'accoglienza e la comprensione verso il paziente, in altre parole, l'approccio empatico dello specialista sono fondamentali nella risoluzione della patologia.
Nonostante, la maggior parte degli studi riferisca solo un parziale miglioramento dei sintomi e spesso consideri la patologia incurabile, l'esperienza del nostro Dipartimento non concorda con essi.
Attualmente seguiamo più di 400 pazienti affetti da BMS, un numero considerevole dal momento che fino a questo momento gli studi effettuati sono stati condotti su un numero di pazienti estremamente esiguo, e ciò consente di formulare alcune valutazioni sia da un punto di vista diagnostico che terapeutico.
La stessa definizione di sindrome della bocca urente dovrebbe essere modificata, dal momento che il bruciore spesso non è l'unico sintomo riferito dal paziente e talvolta non risulta essere nemmeno il sintomo prevalente; pertanto preferiamo indicare tale patologia come sindrome disestesica (DS).
Il termine disestesia, infatti, indica un'alterata sensibilità che si traduce a livello periferico in sensazioni anomale di grado variabile (definite dai pazienti da fastidiose a francamente dolorose) difficili da definire; pertanto identifica in modo adeguato i sintomi riferiti dai pazienti.
Analogamente, per sindrome si intende in medicina un insieme di sintomi e segni clinici che può essere dovuto ad una o più malattie.
Pertanto si ritiene che tale definizione, essendo più generica sia in grado di inquadrare meglio gli svariati sintomi riferiti dai nostri pazienti.
Inoltre, abbiamo evidenziato, in accordo con altri studi, che tale patologia si associa a disturbi della personalità, e più specificamente a disturbi dell'affettività, e circa l'80% dei nostri pazienti riferisce all'anamnesi una storia di depressione.
Pertanto la sindrome disestesica, richiede al fine di un trattamento più corretto ed una risoluzione più rapida la cooperazione di più specialisti: il medico orale nella diagnosi iniziale, come filtro con gli altri professionisti e come punto di riferimento del paziente; lo psicologo che, attraverso una terapia cognitivo-comportamentale, consente di evidenziare sia la causa del disagio esistenziale che indirizzare il paziente verso modelli comportamentali più idonei alle relazioni con gli altri e all'introspezione personale; lo psichiatra per una corretta terapia farmacologica.
Un'ulteriore valutazione, che richiede una certa esperienza da parte dell'operatore, è legata alla gravità dei sintomi riferiti e al disagio che il paziente manifesta all'atto della visita, a cui corrisponde una diversa terapia farmacologia.
I protocolli adottati sono i seguenti:

- clonazepam topico; 5 gocce 4 volte al giorno per collutorio associato ad un leggero dosaggio sistemico serale (5 gocce)
- clonazepam sistemico; 5 gocce 3 volte al giorno; talvolta associato al farmaco somministrato per via topica
- paroxetina; 1 cpr da 20 mg al giorno
- paroxetina; 1 cpr da 20 mg al giorno in associazione al clonazepam sistemico e/o topico.

Quest'ultimo protocollo, adottato da circa due anni, sembra essere quello con risultati più soddisfacenti ed in molti casi abbiamo riscontrato la totale risoluzione della patologia.
Sono comunque, necessari ulteriori studi, per confermare queste osservazioni, che però ci orientano verso nuove prospettive ed importanti novità.
Infatti, gli svariati sintomi evidenziati dai pazienti, la gestione degli stessi che richiede la cooperazione di più specialisti e l'utilizzo di farmaci che agiscono sulla sfera emotiva con risultati soddisfacenti, orientano per una patologia multiforme che può coinvolgere interamente il corpo umano e di cui il bruciore orale è solo un aspetto.
Sicuramente la sindrome disestesica è una patologia molto più complessa di quanto non si riteneva in passato; saranno necessari, tuttavia, numerosi studi per chiarirne esattamente l'eziopatogenesi, le cause scatenanti e il protocollo terapeutico più adeguato.

DISCRIMINATI

TERMINI AUTORIZZATIVI

La Regione LAZIO ha riaperto i termini di presentazione per le domande per la richiesta del rilascio al "nulla osta" all'esercizio professionale

Con il DGR n.73 del 8 febbraio 2008 pubblicato su BURL del 14 marzo 2008 (n.10, parte prima e seconda, pg.81-89) dal titolo: "Approvazione: Linee guida propedeutiche al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria in favore degli studi medici di cui all'art.4 comma 2, legge regionale n.4/2003 nonchè all'esercizio dell'attività sanitaria per le ulteriori tipologie di studi medici non riconducibili a predetta fattispecie", fissazione termini presentazione istanze autorizzative."

La Regione LAZIO ha riaperto i termini di presentazione per le domande per la richiesta del rilascio al "nulla osta" all'esercizio professionale.

Il provvedimento interessa solamente i colleghi che non abbiano inviato la richiesta di rilascio della autorizzazione entro i termini precedentemente fissati (30 giugno 2007). Tuttavia riteniamo che la proroga possa essere utilizzata anche per i nuovi studi o i trasferimenti di attività, seppur per entrambe queste situazioni consigliamo la ricerca di locali accatastati uso ufficio o commerciale.

I termini di presentazione della richiesta sono fissati in 60 giorni da quello successivo alla data di pubblicazione sul BURL sopra menzionato.

Nel DGR viene altresì stabilito che l'obbligo della autorizzazione regionale all'esercizio professionale è riservato ai soli studi nei quali si svolgono determinate tipologie di prestazioni professionali o sono presenti ed utilizzate determinate strumentazioni sulla base di un documento realizzato da una commissione mista composta da Regione Lazio e Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma, che ringraziamo per l'impegno, in base al quale sono stati evidenziati i criteri per i quali si è definitivamente stabilita l'obbligatorietà di conseguimento della autorizzazione regionale per l'esercizio della attività specialistica di Odontoiatria per tutti gli studi che di seguito sono descritti.

14-3-2008 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 10 - Parte prima

Studi medici sottoposti ad autorizzazione all'esercizio

Come sopra illustrato, in perfetta armonia con quanto previsto dal citato comma 2 dell'art.8ter del D.Lgs n.502/92, ai sensi dell'art.4, comma 2, della L.R. n.4/2003 e successive modifiche, sono sottoposti ad autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria, tra gli altri, gli studi medici, *"ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente"*.

A fronte di tale previsione legislativa, al fine di individuare, in primo luogo, le prestazioni di chirurgia ambulatoriale sopra indicate occorre fare riferimento, per esclusione, alle prestazioni professionali previste dal DPR n.270/00, così come modificato dal successivo DPR n.272/00.

In particolare rientra nell'ambito di applicazione del succitato art.4, comma 2, della L.R. n.4/2003 e risulta conseguentemente sottoposto a specifica autorizzazione all'esercizio, ai sensi dell'art.7 della stessa legge e secondo le modalità procedurali indicate dal Capo III del R.R. n.2/2007, ferma restando la facoltà di produrre - in sede di istanza – apposita autodichiarazione relativamente ai certificati per i quali ciò sia previsto dalla vigente normativa di riferimento, lo studio medico ove il singolo professionista medico o più professionisti medici associati esercitano, ciascuno in forma autonoma e sotto la propria responsabilità, l'attività professionale, erogando prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche considerate invasive, non rientranti all'interno della classificazione di cui ai decreti del Presidente della Repubblica n.270/2000 ed al n.272/2000, nei rispettivi nomenclatori tariffari, né a queste assimilabili e/o comportanti l'esecuzione di atto anestesiologico che vada oltre l'anestesia topica o locale.

Per quel che attiene, altresì, le procedure *"di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente"*, si deve fare riferimento alla frequenza non occasionale o saltuaria delle stesse ed ai seguenti aspetti oggettivi:

- utilizzo di apparecchiature elettromedicali che comportano rischi, quali:
  - apparecchiature radiologiche o con sorgenti radioattive;
  - laser (classi 3°, 3B e 4, ai sensi della norma CEI EN 60825-1)
- procedure diagnostiche o terapeutiche complesse e/o rischiose, identificabili come:
  - procedure che prevedono l'intervento contemporaneo di più operatori;
  - atti anestesiologici che vanno oltre l'anestesia topica o locale;
  - utilizzo di metodiche invasive o semi invasive, ad esclusione di delle procedure di cui al richiamato DPR n.270/00 e successive modifiche;
- attività esclusivamente o prevalentemente di diagnostica strumentale.

DGR n.73 del 8 febbraio 2008 pubblicato su BURL (parte I e II) n.10 del 14 marzo 2008

14-3-2008 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 10 - Parte prima

La titolarità dello studio medico privato s'identifica col singolo professionista o con i professionisti associati, prestatori dell'opera professionale cui sono abilitati: non è prevista quindi la presenza del Direttore Sanitario Responsabile.

In analogia con quanto previsto in materia di studi odontoiatrici, agli studi medici individuati dall'art.4, comma 2, della L.R. n.4/2003, così come specificati all'interno del presente documento, si applicano i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla DGR n.424/2006.

Gli studi medici riconducibili alla fattispecie individuata dall'art.20, comma 1, della L.R. n.4/2003 proseguono la propria attività fino al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e comunque, qualora necessario, fino alla scadenza dei termini previsti per l'adeguamento, così come determinati dal provvedimento di cui al successivo comma 3 dello stesso articolo.

Studi medici non sottoposti ad autorizzazione all'esercizio

Sono esclusi dal regime autorizzativo di cui alla L.R. n.4/2003 e successivi provvedimenti attuativi lo studio medico ove il professionista medico o più professionisti medici associati della stessa area medica (non chirurgica) esercitano, ciascuno in forma autonoma e sotto la propria responsabilità, l'attività professionale, erogando prestazioni sanitarie che non utilizzano procedure invasive né apparecchiature elettromedicali a scopo terapeutico, oltre che gli studi professionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Nello specifico sono considerate non invasive le seguenti procedure mediche:

- medicazione;
- sutura di ferita superficiale;
- rimozione di punti di sutura e medicazione;
- cateterismo uretrale/vescicale;
- tamponamento nasale anteriore;
- fleboclisi;
- iniezioni endovenose;
- lavanda gastrica;
- iniezione di gammaglobuline o vaccinazioni;
- agopuntura;
- mesoterapia;
- iniezione cutanea desensibilizzante;
- infiltrazione peri e intra articolari;
- esami citologici e colturali;
- rimozione di tappo di cerume;
- toilette di perionichia suppurata;
- drenaggio di ascesso sottocutaneo;
- riduzione della sublussazione articolare scapolo omerale;
- riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna;
- asportazione di verruche;
- trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo – piccoli segmenti - grandi segmenti;
- frenulectomia linguale;
- atti anestesiologici che non vadano oltre l'anestesia topica o locale;
- ogni altra prestazione professionale assimilabile alle sopra indicate, secondo le evidenze scientifiche o le vigenti discipline di settore.

Dalla lettura di quanto riportato si evidenzia che la grande maggioranza degli studi odontoiatrici è compresa fra le attività per le quali è obbligatoria la richiesta di autorizzazione all'esercizio professionale. Di conseguenza invitiamo tutti coloro che già non abbiano provveduto ad inviare entro il 30 giugno 2007 la domanda di autorizzazione all'esercizio professionale a sanare la loro posizione e a provvedere all'invio della richiesta. Vi ricordiamo che è possibile trovare ogni indicazione documentale e i facsimile della domanda sul sito www.andiroma.it sezione sindacale o presso:

ANDI ROMA Servizi 06.44252527

TERMINI AUTORIZZATIVI

CHI REMA CONTRO?

Il Dipartimento regionale del Lazio ci ha informato, dopo un incontro per chiarimenti richiesto dal Presidente Regionale Dott. Nicola Pignatelli all'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, avvenuto il 27/03/08, che i funzionari della Regione Lazio affermano:

"**la proroga** della richiesta di autorizzazione all'esercizio professionale pubblicata sul BURL n.10 del 14 marzo 2008 **si riferisce solamente agli studi medici e non agli studi odontoiatrici** seppur ricompresi nell'art.4 comma 4 della LR 4/2003.
Il termine dell'invio della richiesta per il rilascio della autorizzazione regionale all'esercizio professionale **per gli studi e gli ambulatori odontoiatrici rimane invariato al termine precedente del 29 giugno 2007**, come da nostre passate comunicazioni. **È quindi SCADUTO.**
Vi informiamo inoltre che **non sono previsti al momento ulteriori regolamenti autorizzativi a disciplina dell'apertura di nuovi studi o ambulatori odontoiatrici.**

Ma facciamo il punto dopo il colloquio in Regione Lazio.

1. **non vi è alcuna proroga, riguarda solo gli studi medici e non gli odontoiatrici.**

   Devo rilevare che la "riapertura" vale solo per gli studi medici.
   Perchè? Gli altri ? leggi e regolamenti "ad categoriam"?
   E l'Ordine di Roma? Che aveva una linea di comunicazione diretta?!

2. **un trasferimento richiede una nuova autorizzazione.**

3. **senza autorizzazione non si può aprire nessuno studio o ambulatorio**

Ed allora come si fa a lavorare se si è costretti a cambiare studio, sede, o semplicemente si vuole?

Questo vuol dire che ad oggi non è possibile avviare una nuova attività libero professionale nel territorio Laziale.
Con questa legge, è impossibile aprire uno studio dentistico altrimenti rischi una multa da 6.000 a 60.000 euro.

Altro che Stalin!
VIVA LA REPUBBLICA! VIVA LA LIBERTÀ

4. **La Regione Lazio allo stato attuale ha preso in esame solo 700 strutture, tutte le altre verranno prese in considerazione a data da destinarsi.**

5. **Il giorno di inizio del conteggio dei giorni entro i quali la regione deve dare risposta (120) inizia il giorno in cui la pratica viene presa in esame.**

sono basito

Tutto questo sarebbe degno di una farsa se non fosse che è stato detto ad un collega, Nicola Pignatelli, che rappresenta tutti gli iscritti Andi del Lazio, da un funzionario della Regione Lazio.

Ma non basta lo stesso funzionario ha affermato che la Regione Lazio non riconosce ANDI come sindacato accreditato!
Complimenti!

- quasi la metà dei dentisti in Italia é ANDI
- Il Presidente nazionale ANDI è membro del consiglio superiore di Sanità
- Il Ministero della Sanità aveva proposto un accordo ad ANDI

ma alla Regione Lazio non lo sanno, ma non preoccupateVi non sanno neppure che non esiste solo l'ordine dei medici di Roma.
Infatti hanno ignorato quello di Reti, Viterbo, Frosinone e Latina... per fortuna Pignatelli ha ricordato che nel Lazio esistono altre province ed altri Ordini professionali

Gian Luca Picozzi

Cancro al seno: test dal dentista!

Il nuovo test è rapido, economico e in grado di dare una diagnosi precoce: riesce infatti a rilevare la presenza del cancro prima che si sviluppi il tumore.

La University of Texas Health Science Center di Houston avrebbe scoperto un test che, in futuro, potrebbe diagnosticare con facilità il cancro al seno attraverso l'analisi della saliva.

I ricercatori spiegano che l'insorgenza di un tumore al seno produce cambiamenti nella normale quantità e nel tipo di proteine presenti nella saliva.

Proprio quest'ultima nasconde i "codici segreti"di molte malattie, perché le proteine prodotte dalle ghiandole salivari risentono delle condizioni di salute di tutto l'organismo: il profilo proteico in una persona sana viene infatti alterato dalla presenza della malattia.

Il test verrà ora sperimentato per valutarne l'accuratezza e la sensibilità diagnostica: se gli esiti delle sperimentazioni saranno positivi - come si attendono i ricercatori - potrebbe divenire un nuovo, prezioso alleato nella prevenzione oncologica.

Approfitta del FUORI TUTTO!!!

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

www.fordentsrl.it

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

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

AUTONOMI PIU' TASSATI DEI DIPENDENTI

A parità di reddito gli artigiani e i commercianti pagano più tasse e contributi dei lavoratori dipendenti. Questi ultimi, man mano che cresce il reddito, si ritrovano in tasca dai 3 mila 500 euro ai 6 mila euro in più degli autonomi. Tutto questo calcolando il prelievo Irpef e le addizionali regionali e comunali, gli assegni familiari, le detrazioni e i contributi previdenziali che insistono sul reddito lordo sia degli uni sia degli altri. A sentenziarlo sono gli esperti dell'Ufficio Studi della CGIA di Mestre in una dettagliata indagine sui contribuenti italiani. Le tipologie familiari prese in esame in questa analisi sono due. La prima. Capo famiglia con coniuge e un figlio a carico. Con un reddito lordo annuo pari a 15 mila euro, all'ipotetico lavoratore dipendente restano in tasca 14 mila 683,29 euro all'autonomo solo 11.117. La differenza è di 3.566,23 euro a favore del primo. Man mano che cresce il livello di reddito il vantaggio, a favore dei dipendenti, aumenta. Con 30.000 euro lordi annui, ad esempio, al dipendente rimangono 22.948,60 euro netti, mentre all'autonomo 18.830 euro (differenziale pari a 4.118,6 euro). Con 50.000 euro il differenziale si attesta sui 5.580,38 euro. Vediamo ora la seconda tipologia familiare. Capo famiglia con coniuge e 2 figli a carico.

Con un reddito lordo annuo pari a 15 mila euro l'ipotetico lavoratore dipendente si ritrova in tasca 16.565,46 euro, mentre l'autonomo 11.778. La differenza è di 4.787,4 euro a favore del primo. Anche in questo caso man mano che cresce il livello di reddito il vantaggio, a favore dei dipendenti, aumenta. Con 30.000 euro lordi annui, ad esempio, al dipendente rimangono 24.193,72 euro netti, mentre all'autonomo "solo" 19.446,16 euro (differenziale pari a 4.747,56 euro). Con 50.000 euro il differenziale sfiora addirittura i 6.000 euro (precisamente 5.921,42 a favore del dipendente).

Perché mai queste differenze? "Innanzitutto – esordisce Giuseppe Bortolussi segretario della CGIA di Mestre - gli autonomi rispetto ai dipendenti godono di minori detrazioni per i familiari a carico. Inoltre, gli assegni familiari sono riconosciuti solo ai lavoratori dipendenti e non agli autonomi. Infine, mentre la trattenuta contributiva a carico del lavoratore dipendente è pari al 9,19% (la parte rimanente, circa il 24%, è ad appannaggio del suo datore di lavoro), l'artigiano o il commerciante hanno in capo un'aliquota che quest'anno è pari al 20%".

Ma con questi dati la CGIA di Mestre vuole riaccendere la vecchia polemica tra chi paga di più tra autonomi e dipendenti ? "Assolutamente no – conclude Giuseppe Bortolussi - Con questa analisi vogliamo fare solo un'operazione verità e ribadire che gli autonomi e i dipendenti subiscono un carico fiscale eccessivo che penalizza i redditi dei primi e gli stipendi e i salari dei secondi. Spetta alla politica, debitamente informata, trovare le soluzioni per far pagare meno e conseguentemente far pagare tutti".

Nella nota la CGIA precisa che anche nel caso di un single o di un capo famiglia con solo il coniuge a carico il differenziale economico a favore dei dipendenti rimane molto consistente ed oscilla, a seconda del reddito, tra i 2.000 e i 5.000 euro.

Fonte: Ufficio Studi CGIA Mestre

Reddito[1]	**Coniuge e 1 figlio a carico**			**Coniuge e 2 figli a carico**		
	Dipendente	**Autonomo**	**Differenza[2]**	**Dipendente**	**Autonomo**	**Differenza[2]**
15.000	14.683,29	11.117,06	**3.566,23**	**15.565,46[*]**	11.778,06	**4.787,40**
20.000	17.326,28	13.761,52	**3.564,76**	19.253,92	14.438,96	**4.814,96**
25.000	19.967,62	16.285,76	**3.681,86**	21.697,42	16.932,64	**4.764,78**
30.000	22.948,60	18.830,00	**4.118,60**	24.193,72	19.446,16	**4.747,56**
40.000	28.085,77	23.419,22	**4.666,55**	29.033,05	23.974,18	**5.058,87**
50.000	32.935,22	27.354,84	**5.580,38**	33.770,02	27.848,60	**5.921,42**

(1) Reddito lordo corrispondente all'imponibile previdenziale.

(2) L'importo che compare nella colonna "differenza" corrisponde al maggior reddito disponibile del lavoratore dipendente rispetto al lavoratore autonomo.

Nota: Nei calcoli si è tenuto conto del prelievo IRPEF, considerando anche le relative addizionali. In particolare l'addizionale regionale è stata calcolata con aliquota pari a 0,9%, mentre per l'addizionale comunale è stata utilizzata l'aliquota del 0,318% corrispondente all'aliquota media 2007. Per l'autonomo è stata calcolata anche l'IRAP. Inoltre sono stati considerati anche i contributi previdenziali; per il dipendente è stata calcolata la quota effettivamente a carico del lavoratore, mentre per l'autonomo sono state applicate le aliquote vigenti. Infine si è tenuto conto anche degli assegni familiari.

Elaborazione Ufficio Studi CGIA Mestre

(*) **In questo caso il reddito netto (15.565,46 €) supera il reddito lordo (15.000 €) in quanto gli assegni familiari presentano un importo ben superiore al carico fiscale che insiste su questa fascia di reddito.**

ASSICURAZIONI PROFESSIONALI

Attenti alle clausole vessatorie

A.M.A.M.I. si batte per eliminare dalle polizze le clausole vessatorie presenti in ogni contratto di assicurazione (per responsabilità civile dei sanitari), clausole che tutti firmiamo specificatamente (con firma aggiuntiva) ma di cui, quasi nessun medico sa nulla.
Purtroppo fino ad oggi siamo rimasti inascoltati dalla politica - unico strumento che potrebbe porre un argine alla lobby delle assicurazioni - e sicuramente ci riproveremo con il prossimo Governo.

Ora possiamo solo **alzare il livello di attenzione dei colleghi sulla DISDETTABILITÀ DELLA GARANZIA PER SINISTRO e clausola CLAIMS MADE**, clausola **presente in ogni contratto**, che costituisce lo strumento legale **in base al quale la compagnia di assicurazione NON COPRE IL DANNO PER UN FATTO VERIFICATOSI durante il periodo di assicurazione, ma RICHIESTO al danneggiato successivamente alla fine del contratto di assicurazione.**
Inoltre NON COPRE IL DANNO VERIFICATOSI oltre 3 anni prima della richiesta.

Per quanto attiene alla **disdettabilità** della garanzia sappiate che, a termini di contratto, se vi arriva una INFORMAZIONE DI GARANZIA, DENUNCIA, RICHIESTA DI RISARCIMENTO ecc. dovete immediatamente comunicare alla vostra assicurazione l'accaduto. **La Compagnia aprirà "un sinistro"** e - a prescindere che abbiate torto o ragione, che la Compagnia paghi o no - **può DISDETTARVI PER SINISTROSITÀ**.
Dovrete poi cercare una nuova Compagnia assicurativa che assuma il rischio di un medico già disdettato per sinistrosità ...

Clausola CLAIMS MADE nota esplicativa.
La clausola Claims Made delimita l'operatività della garanzia ai danni denunciati entro il periodo di vigenza della polizza e/o entro un determinato lasso di tempo dalla cessazione del contratto (quest'ultimo è detto "periodo di ultrattività" o di "garanzia postuma"), anche se il fatto generatore del danno o il danno stesso si sono già verificati al momento dell'inizio della copertura (il periodo temporale pregresso all'interno del quale sono garantiti i fatti in quel tempo accaduti è detto "periodo di retroattività" o di "garanzia pregressa").
Di contro, nella impostazione tradizionale precedente - ex 1917 primo comma C.C. Loss Occurrence - l'operatività della garanzia è limitata ai "fatti" avvenuti durante il periodo di vigenza della polizza, a prescindere dalla data di richiesta del risarcimento e di denuncia del sinistro e fermi comunque i limiti di temporali di legge per quanto riguarda la prescrizione del diritto.
La clausola claims made introduce quindi una definizione convenzionale di sinistro, **conferendo rilevanza** non già alla data di accadimento del "fatto" che è causa del danno - fatto che può essersi verificato anche prima della stipulazione della polizza - ma **alla data della richiesta di risarcimento** - il claim appunto - del terzo danneggiato verso l'assicurato o, in casi meno frequenti, della denuncia di sinistro di quest'ultimo all'assicuratore.

Svantaggi:
Ipotizziamo un "rischio sanità" assicurato nel tempo senza soluzione di continuità con una serie di polizze in regime di Claims Made basate sulle clausole che in maggioranza sono presenti oggi sul mercato assicurativo italiano: si può facilmente dimostrare **che esiste un insieme di sinistri che potrebbero non trovare copertura in nessuna delle polizze di cui sopra**.

Si pensi infatti alle clausole che prevedono una "retroattività" temporalmente limitata (es. 1, 2, 3 anni) quando le analoghe clausole presenti sui precedenti contratti non includono alcun periodo di ultrattività (non si registra alcuna scopertura, invece, nel caso in cui la polizza in regime di Claims Made succede immediatamente ad una tradizionale in regime di Loss Occurrence).

Si pensi anche al caso in cui **l'assicurato decida di cambiare assicuratore** - in ambito di sanità pubblica, ad esempio, i contratti sono tutti senza tacito rinnovo ed emessi a seguito di gara d'appalto, per questi quindi l'ipotesi in parola è, di fatto, la norma - ed a **fatti dannosi che si manifestino durante la vigenza di una polizza ma per i quali non sia ancora stata avanzata richiesta di risarcimento: per questi fatti, l'assicurato è tenuto a comunicare - pena l'applicazione degli art. 1892 e 1893 CC per dichiarazioni inesatte o reticenti - al nuovo assicuratore tutti gli eventi avversi a sua conoscenza prima della stipula del contratto e quest'ultimo potrebbe anche rifiutare la copertura per tali eventi o richiedere un premio esorbitante.**

Per contro, una successione di polizze tradizionali Loss Occurrence non lascia scoperture di questo tipo.

fonte: A.M.A.M.I.

Giurisprudenza:
Sentenza Corte Appello Napoli - 2001
Sentenza Tribunale Bologna - 2002
Sentenza Tribunale Crotone - 2004
Sentenza Corte Cassazione Civile - 2005

Gian Luca Picozzi

CONFERENZA PERMANENTE DELLE SPECIALITÀ

Per tutelare su tutto il territorio nazionale la professionalità dei colleghi è stata richiesta ad ANDI la presenza nella C.P.S.

Sito web http://www.conferenzaspecialita.org/

Un'alleanza tra magistrati e medici per risolvere i casi di presunta "malpractice". È la Conferenza Permanente delle Specialità, un organismo tecnico costituito nel 2005 e composto dai presidenti in carica delle società medico-scientifiche italiane che hanno dato la propria disponibilità, per fornire ai magistrati inquirenti e giudicanti, nell'arco di 48 ore, gli specialisti più idonei da affiancare al medico legale, per decodificare l'errore nelle cause di responsabilità medica.
In due anni di attività, si legge in una nota diramata dalla stessa associazione, la Conferenza Permanente di Specialità – il cui coordinatore è Maurizio Maggiorotti, già presidente di Amami - ha "servito" 28 magistrati in 12 regioni e 22 Tribunali e Procure d'Italia (13 al Nord, 7 al Centro; 2 al Sud). Nei primi 5 mesi del 2007, questo nuovo organo è stato attivato in 24 ipotesi di malpractice. Le specialità attinte sono state 11. Le maggiori richieste pervenute riguardano l'Ortopedia (33%), Ginecologia (28%), varie branche della Chirurgia (20%), con in testa la Chirurgia Plastica (6 casi su 10).
"La Conferenza Permanente di Specialità si è costituita per coadiuvare i magistrati nel difficile intento di reperire specialisti di competenza realmente pari o superiore al medico indagato - si legge ancora -. Numerosi Tribunali Civili e Procure d'Italia hanno dimostrato di apprezzare notevolmente l'ausilio fornito dalla Conferenza, utilizzandola più volte.

Nonostante le enormi proporzioni assunte nel nostro paese dal problema delle denunce ai medici, ancora troppo spesso si trovano medici legali a lavorare in "solitudine" o, peggio, affiancati da specialisti privi di esperienza pratica sulla problematica tema del contendere.

Lo stesso Codice di Deontologia Medica - modificato nel dicembre 2006 – prevede obbligatoriamente che le consulenze per i casi di presunto errore medico, vengano attuate tramite l'utilizzo di una collegialità di alto profilo tecnico-scientifico. AMAMI ha tentato più volte di sensibilizzare i politici sul tema, anche inviando (marzo 2007) una petizione al Ministro della Giustizia Clemente Mastella, sottoscritta dai rappresentanti di 50mila specialisti".
"La funzionalità e la facilità di accedere alla Conferenza Permanente - sostiene Maurizio Maggiorotti - è stata dimostrata dall'uso sempre più diffuso dello strumento tra i magistrati che, con una semplice richiesta via e-mail o fax, ottengono in tempi reali quanto richiesto. Ciò supera il concetto di liste di specialisti preconfezionate che non potranno mai essere completate per tutto il territorio nazionale e per tutte le sottospecialità di ogni branca della medicina. Infatti, un tale elenco non potrebbe contare meno di 10 specialisti per branca e per regione, arrivando a contenere oltre 2000 nomi, tra i quali i magistrati dovrebbe districarsi e comprendere, senza fallo, quale superspecialista sia più indicato".

fonte: OMNIMILANO Milano, 23 mag

Più agevole, per i pazienti, far valere la "colpa medica"

Con due importanti sentenze, **le sezioni unite civili della Corte di Cassazione** intervengono sul tema della «colpa medica» **stabilendo un onere semplificato per il paziente che chiede i danni al medico o alla struttura sanitaria e allungando i termini della prescrizione.**

Il Sole 24 Ore illustra i principi delle pronunce.

La sentenza 557 stabilisce che il paziente danneggiato «deve limitarsi a provare il contratto e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione e allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Competerà al debitore dimostrare o che tale adempimento non vi è stato o che, pur esistendo, non è stato eziologicamente rilevante».
La pronuncia 583 interviene invece sui **termini di prescrizione specificando che questi iniziano a decorrere «non dal giorno in cui il terzo determina la modificazione che produce il danno altrui o dal momento in cui la malattia sia manifesta all'esterno, ma dal momento in cui viene percepita o può essere percepita, qual danno ingiusto conseguente al comportamento doloso o colposo di un terzo, usando l'ordinaria oggettiva diligenza e tenuto conto delle conoscenze scientifiche».**
«Per le sezioni unite - precisa il Sole - non basta che la malattia si sia manifestata per potere fare partire il corso della prescrizione: l'insorgere della patologia infatti, rende conoscibile il danno, ma non il fatto illecito. In altri termini, sviluppare una malattia irreversibile come l'epatite cronica o, comunque, duratura, non comporta necessariamente che il paziente si renda conto delle cause».
«Di qui - prosegue il Sole - la ragione per cui la Cassazione, adesso, intervenendo sul caso delle trasfusioni di sangue, ritiene che il giorno dal quale iniziare a far decorrere i termini è costituito dal momento in cui la malattia viene avvertita come la conseguenza di un danno ingiusto provocato dalla condotta altrui; in caso contrario, infatti, **la malattia sofferta come semplice fatalità, non imputabile a nessuno, non può essere oggetto di alcuna prescrizione».**

fonte: Il Sole 24 Ore - 16 gennaio 2008, pag. 37

Responsabilità contrattuale, grava sempre sul medico la prova dell'assenza di colpa professionale

Stop alla sentenza che dispensava il dentista dal risarcimento:
se l'intervento fallito è di "routine", il paziente è tenuto solo a dimostrare il rapporto con il debitore allegando il risultato peggiorativo
(Sezione terza, sentenza n. 3520/08; depositata il 14 febbraio)

Nelle fattispecie di responsabilità contrattuale, ricorda la Suprema corte, **la prova dell'assenza di colpa medica grava sempre sul professionista-debitore: quando l'intervento fallito è un'operazione di routine per il sanitario**, infatti, *il paziente è tenuto soltanto a provare il rapporto intercorso con il professionista e si può limitare ad allegare le conseguenze negative patite. È quanto emerge dalla sentenza 3520/08, emessa dalla terza sezione civile che boccia la pronuncia d'appello favorevole all'odontoiatra.*
Operazione fallita. Il professionista, nel caso di specie, aveva impiantato al paziente una protesi a distanza di sette mesi dall'estrazione dei denti: un'operazione dall'esito infausto perché nel frattempo i monconi si erano spostati. Criteri funzionali.

Ora i giudici di legittimità indicano la via per l'accertamento della colpa medica:
1. si parte dalla natura dell'intervento medico (facile o non facile);
2. si passa a rilevare il peggioramento o meno delle condizioni del paziente;
3. viene poi la valutazione del grado di colpa:
- **lieve**, oltre che presunta, di fronte a operazioni di routine;
- **grave**, sia pure sotto il profilo della sola imperizia, se relativa a interventi che trascendono l'ordinaria preparazione media o non risultano studiati a sufficienza (salvo l'ulteriore limite della particolare diligenza e dell'elevata specializzazione richieste al professionista);

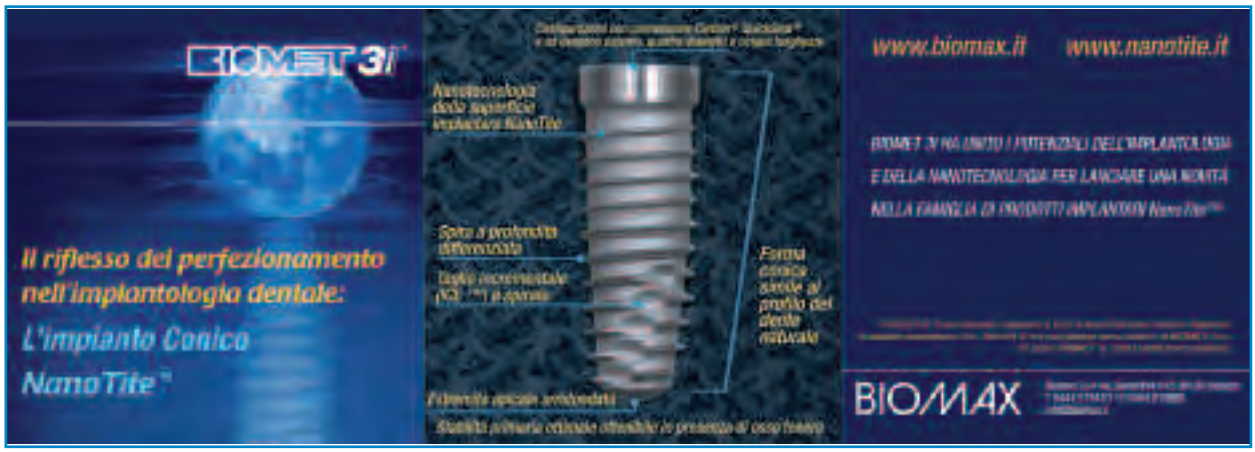
4. si chiude con la verifica del corretto adempimento dell'onere di informazione del paziente (con il conseguente consenso dell'interessato) e dei successivi obblighi di controllo sugli effetti dell'intervento (Cassazione, Sezioni unite, 577/08;13533/01; terza sezione, 21619/07; Corte costituzionale 166/73).

Liquidazione equitativa. Resta da accertare, adesso, solo l'entità del danno causato dal dentista. Che tuttavia sarà quantificato dal giudice solo in via equitativa: il potere del giudice di procedere a un accertamento tecnico - concludono gli "ermellini" - è congelato dall'espressa rinuncia dell'interessato, che tuttavia avrebbe potuto aspirare a una pronuncia risarcitoria più ampia (Cassazione 12461/95)

fonte: www.dirittoegiustizia.it

I dettagli della sentenza del **14 febbraio 2008, n. 3520, la sezione III civile della Corte di Cassazione** ha chiarito che il medico ha sempre l'onere di dimostrare l'assenza della sua responsabilità se, dall'esercizio della sua professione medica, ha cagionato danni a qualche degente.
Per la Cassazione la prova della mancanza di colpa spetta sempre al medici, mentre sul paziente grava solo l'onere di dimostrare l'aver intrattenuto un rapporto contrattuale con il professionista e che questo ha effettuato l'intervento che ha cagionato il risultato negativo conseguito.

Fatto e diritto
Un paziente aveva citato in giudizio il suo odontoiatra per il risarcimento dei danni (morali e materiali) subiti in conseguenza di una prestazione professionale eseguita con imperizia.



Il dentista negava qualsivoglia colpa professionale, precisando che la pretesa inidoneità della protesi da lui applicata al cliente era conseguenza esclusiva del negligente atteggiamento di quest'ultimo, che aveva disertato più di un appuntamento. Del tutto legittimamente, pertanto, egli aveva trattenuto gli acconti ricevuti (trattandosi di somme corrisposte anche in relazione a prestazioni professionali rese in favore di alcuni congiunti dell'attore), mentre non gli era ancora stato versato il residuo corrispettivo per le prestazioni professionali eseguite (delle quali egli chiederà in via riconvenzionale la corresponsione).

Il giudice di primo grado accoglieva la domanda principale.

La decisione della Corte d'Appello
La Corte di Appello, investita dell'impugnazione proposta dal professionista, accoglieva le osservazioni del dentista, facendo presente che il giudice di primo grado si era limitato solo ad ascoltare alcuni testimoni, senza aver fatto ricorso ad una (pur indispensabile) consulenza tecnica che confermasse la colpa professionale ed aveva così liquidato il danno biologico temporaneo senza alcun riscontro, possibile solo attraverso perizia medico-legale.
Inoltre la Corte d'Appello aveva contestato al paziente di aver ritardato l'applicazione della protesi dentaria dopo avergli estratto tre denti: questa condotta, infatti, era etiologicamente connessa all'inevitabile rigetto dell'opus protesico, applicato dopo ben sette mesi e dimostrava la colpa professionale del dentista.

Per la Corte d'appello, infine, sarebbe stata indispensabile una perizia per valutare l'idoneità stessa della protesi e quantificare i danni biologici, ma l'attore non l'aveva mai richiesta, neppure allegando una documentazione medica esaustiva o una perizia di parte.
Il paziente allora ha proposto ricorso in Cassazione.

La decisione della Corte di Cassazione
La Corte di Cassazione ha chiarito che il medico ha sempre l'onere di dimostrare l'assenza della sua responsabilità se, con l'esercizio della professione medica, ha cagionato danni a qualche degente.
Sul paziente, invece, grava solo l'onere di dimostrare il rapporto contrattuale con il professionista e la riferibilità a quest'ultimo dell'intervento, allegando il risultato negativo conseguito.

Per la Cassazione, la colpa ascrivibile al dentista va individuata proprio nel fatto dell'aver impiantato la protesi nonostante l'eccessivo lasso di tempo trascorso desse certezza del fallimento di tale operazione (a nulla rilevando, in proposito, che il paziente avesse o meno disertato gli appuntamenti): il comportamento dello specialista si era, pertanto, sostanziato in un vero e proprio errore tecnico dovuto ad imperizia.

La prestazione del medico non poteva, inoltre, dirsi esaurita con la mera esecuzione dell'intervento odontoiatrico, poichè il dentista era soggetto ad un ulteriore obbligo di vigilanza, scandito nel tempo dalle vicende successive all'intervento e riconducibile alla generale figura degli obblighi di protezione (art. 1175 c.c.), gravitanti nell'orbita della prestazione principale onde evitare la verificazione di eventi funzionali ad incidere negativamente sulla felice attuazione del programma terapeutico.

fonte: lavoro.newsfood.com

SPINELLO 3
GENGIVE 0

SYDNEY - I fumatori abituali di cannabis oltre a polmoni e memoria, danneggiano anche le gengive, facendole recedere e nei casi peggiori causando la perdita dei denti (piorrea). Lo indica una ricerca neozelandese della Scuola di Medicina di Dunedin, che ha seguito oltre 900 persone di età fra 18 e 32 anni, monitorando regolarmente il loro consumo di cannabis e i controlli dentari.
Lo studio, pubblicato sull'ultimo numero della rivista dell'American Medical Association, indica che la malattia parodontale colpisce più severamente chi fuma più spesso: in questo gruppo una persona su quattro ha contratto una condizione cronica entro l'età di 32 anni.

Dai check-up più recenti è risultato che appena il 6,5% dei non fumatori di cannabis mostrava forti sintomi di infiammazione e di deperimento dei tessuti associati con affezione parodontale. La proporzione sale però all'11% fra chi fuma spinelli occasionalmente, ed al 24% fra chi ha ammesso di fumarli regolarmente sin dall'età di 18 anni. Nell'insieme, fra i fumatori abituali, cioé chi fuma in media 41 o più spinelli l'anno, fra 18 e 32 anni, il rischio di contrarre la malattia è del 60% superiore alla media della popolazione, anche escludendo altri fattori possibili come la placca dentaria.
Studi precedenti avevano già legato la malattia parodontale al fumo di tabacco, ma questo è il primo che la lega all'uso di marijuana.

"Le autorità sanitarie, i dentisti e i medici dovrebbero intervenire per sollevare la consapevolezza della forte probabilità che chi fuma regolarmente cannabis causa danno ai tessuti che sostengono i denti", scrive Murray Thomson che ha guidato la ricerca. La malattia parodontale, normalmente considerata una condizione della mezza età, è la seconda causa di perdita dei denti dopo la carie.

fonte: ansa - 06/02/2008

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

L'Asmo è un'associazione di volontariato composta da medici, odontoiatri e odontotecnici, che ha per finalità quella di **portare aiuto alle popolazioni più disagiate ed farle diventare autosufficienti.**
Chiunque voglia può diventare Socio contribuendo alla crescita dell'Associazione.

Per Informazioni visita il sito:
www.asmo.it
invia una e-mail ad: asmo@libero.it
oppure telefona al 0775/739233 o al 328/2881882

ESPERTO QUALIFICATO RX

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

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

Partita Iva 04058121007
tel 06.55302302 - fax 06.55300984

1

Offerta per i servizi di allestimento pratica radiologica:

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

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

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

€ 250.00. + IVA

2

Offerta per i servizi di aggiornamento pratica radiologica

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

€ 150.00. + IVA

3

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

SORVEGLIANZA FISICA E CONTROLLI DI QUALITA' CON FREQUENZA ANNUALE

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

SANPAOLO

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

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

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

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

Inoltre:

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

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

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

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

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

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

AGENZIA LIBRARIA EUROPEA

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

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

CONDIZIONI, MODALITA' E COSTI DEL SERVIZIO

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

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

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

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

CONDIZIONI, MODALITA' E COSTI DEL SERVIZIO

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

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

VERIFICHE DI LEGGE SU IMPIANTI DI MESSA A TERRA

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

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

LA MUTUA DI ANDI ROMA

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

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

MANUTENZIONE

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

FINANZIARI

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

ASSICURAZIONI

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

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

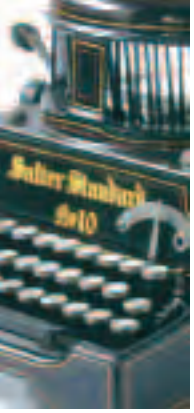
CONSULENTE ASSICURATIVO ANDI

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

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

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

Per maggiori informazioni telefonate ai nostri uffici oppure visitate il sito
www.andiferrini.com



di Gian Luca Picozzi

IMMAGINE E COMUNICAZIONE
Questo è sindacato!

In termini di comunicazione Andi ha fatto un pò di strada. Infatti dopo l'articolo del "The Independent", ripreso da "La Repubblica", e da "La Stampa", che ci definiva come i secondi dentisti più cari d'Europa, il ns Presidente Nazionale è stato intervistato ed ha avuto modo di rispondere chiarendo perché ci siamo classificati secondi nello studio e difendedo la categoria:

1. «Da noi **qualità e sicurezza sono ai massimi livelli**».
2. In paesi come Germania e Francia «ci sono **normative meno assillanti** di quelle imposte ai nostri dentisti dalle regioni.
3. **L'odontoiatria è convenzionata** e i prezzi si abbattono con gli studi associati.
4. **La Spagna sta sperimentando il francising: studi dentistici come negozi dentro i supermercati**, che assumono giovani laureati non usano gli impianti e i materiali migliori.
5. **In Italia** questo modello trova resistenze perché la cultura di categoria è forte e **preferiamo puntare sull'eccellenza e sul rapporto etico con il paziente**».

Ha risposto in modo ineccepibile, per un addetto ai lavori. Tuttavia si deve far giungere la risposta alla notizia anche ai cittadini meno informati e più sensibili alla demagogia. Insomma: si può fare di più. E per questo, forse, servirebbe una "squadra" dedicata.

Ma vediamo cosa intendo dire, quando lessi le prime agenzie e poi gli articoli risposi di getto, ma vi sono, almeno, due modalità, una lapidaria quella che avete ricevuto via e mail ed una argomentata, rivediamole:

- "The Independent" pubblica uno studio sulle tariffe dei vari paesi e sottolinea come sia in crescita il "turismo dentario". Ecco i dentisti più cari d'Europa: primi i britannici, Italia seconda.

(Da repubblica.it 10 gennaio 2008)

Ci risiamo, e come ovvio, nonostante l'arringa difensiva del nostro Presidente nazionale le notizie sono sempre a nostro sfavore.

Non è che scrivono che la nostra è la seconda Odontoiatria più cara d'Europa. No, scrivono che Noi siamo i dentisti più cari d'Europa.

Insomma quello che passa, come messaggio, è che noi guadagniamo 16 volte di più dei colleghi ungheresi!

Scusatemi ma ci risiamo questa è demagogia.

E se dovessi rispondere con la stessa tecnica direi, semplicemente, riproponendo quanto pubblicato dai due quotidiani: "La Repubblica", sul caro odontoiatria, e "libero" sul caro europarlamentare. E quello che ne viene fuori è:

- costo di una otturazione in Italia € 135,00 costo annuale di un europarlamentare: Italia € 144.000,00
- costo di una otturazione in Ungheria € 8,00 costo annuale di un europarlamentare: Ungheria € 9.132.00

Insomma, Noi sosteniamo costi 16 volte maggiori!

- Ma....., perché c'è sempre un ma. Soprattutto se, come nel nostro caso c'è di mezzo la salute. Ed allora avrei risposto integrando quanto ha affermato dal Presidente Andi così:
- il lavoro citato ha la pretesa di considerare "rappresentativo" **un campione di 5**, dico CINQUE studi **su 50.000 dentisti** in Italia", ma, comunque non è questo il punto, basti considerare che il lavoro citato dal "The Independent", considera le otturazioni nei ragazzi di 12 anni perché è un protocollo internazionale adottato dagli epidemiologi di tutto il mondo, come indice di salute orale della popolazione nazionale. Peccato che i media e non riferiscano che per la prevenzione, da noi, in Italia, i Liberi professionisti di ANDI da 27 anni offrono gratuitamente il mese della prevenzione in collaborazione con Mentadent.
- Peccato che non riferiscano che l'incidenza della carie proprio nei ragazzi di 12 anni e proprio in virtù della prevenzione si sia abbattuta negli ultimi 15 anni e per esempio nel veneto mentre prima (1987) su 4 ragazzi solo 1 era esente da carie, nel 2003 si è arrivati che su 4 sono divenuti 2 quelli esenti. Abbiamo cioè raddoppiato il numero di pazienti che stanno bene!
- Peccato, ancora che non riferiscano che dall'ultimo Studio multicentrico sulla prevalenza della carie in Italia" fatto sotto l'egida dell'OMS e con la collaborazione della S.It.I. (Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica) i ragazzi italiani di 12 anni già nel 2005 presentavano il DMFT (ossia l'indice medio di carie nella popolazione studiata) pari a 1, cioè in anticipo di cinque anni su quanto l'OMS chiede per il 2010 – (Odontoiatria - n. 2 - Anno XXIV - Settembre 2005). Referenti dello studio il dottor Guglielmo Campus e il professor Paolo Castiglia dell'Università di Sassari e la professoressa Strohmenger.

Insomma gli studi scientifici vanno saputi leggere ed in particolare quelli di economia e sanità. Il loro uso strumentale è grave, tanto che, per esempio, la stessa rivista 'Health Economics' ha pubblicato altri due lavori, uno sull'infarto ed uno sull'ictus, ma i titoli trovati erano un pò diversi:

Italia prima in Europa per costi assistenza infarto
Studio su otto paesi Ue, all'ultimo posto Ungheria

Italia terza in Europa per costi assistenza ictus
Studio su nove paesi Ue, all'ultimo posto Ungheria

I commenti a questi due lavori erano di encomio per una sanità che metteva a disposizione dei cittadini le cure migliori. Era automatico considerare che al costo elevato corrispondesse l'eccellenza nella terapia. Perché nel nostro caso i titoli non sono stati questi?

Italia seconda in Europa
per costi assistenza odontoiatrica
Studio su nove paesi Ue, all'ultimo posto Ungheria

Nel nostro caso hanno preferito
Ecco i dentisti più cari d'Europa primi i britannici, Italia seconda

Allora cambia tutto non ci sono più automatismi, non è più automatico considerare che al costo elevato corrisponda l'eccellenza nella terapia. No siamo noi cari. Ed è superfluo notare che l'Ungheria, in ogni studio, si classifica all'ultimo posto, mentre noi siamo, in ogni

studio, entro i primi tre!
Ma perché solo in Svizzera hanno capito che i maggiori costi della sanità sono per 2/3 dovuti ai cambiamenti e ai miglioramenti delle terapie, nonché alle necessità più ampie manifestate dai pazienti. (vedi a fondo pagina)
L'unica vera differenza è che nei primi due casi paga lo stato, nel terzo il cittadino. Insomma, come ha detto qualcuno: "Non tutti hanno bisogno dell'ortopedico, dell'urologo o dell'oculista, ma tutti, prima o poi, hanno bisogno del dentista. Lo Stato non si può permettere questa spesa e la lascia dunque a carico dei cittadini."
Non fa comodo sottolineare che per l'ennesima volta la carenza è altrove. Non fa comodo sottolineare che in fondo quando il ministero ci aveva pensato e ci aveva trovato disponibili, l'ordine, a quale titolo spiegatemelo voi, aveva battuto i piedi. Non fa comodo, ma facciamo un'altra cosa, studiamo i costi di infarto ed ictus nel privato e poi riparliamone.

GL Picozzi

Accordi mancati. Salta il dentista «low cost».

Prezzi "politici" per curare una carie, impiantare una protesi o estrarre un molare?

Magari. Tra le vittime del crollo del Governo Prodi c'è anche il piano sui denti "low cost" concordato dal ministro della Salute, Livia Turco, coni dentisti dell'Andi, principale sindacato di categoria. Da sempre le cure dentali sono la spina nel fianco del Ssn. Ambulatori vetusti, pochi medici, liste d'attesa proibitive. Tanto lunghe da costringere le famiglie a pagare di tasca propria e a costi esorbitanti: fino a 100 euro una visita, 130 per estrarre un dente, 2.200 per una protesi. Ma anche molto di più. Troppo, per troppe famiglie. Da qui l'idea di stringere un "patto sociale" con l'Andi. Con buona pace del resto della categoria che, dalle società scientifiche ai sindacati minoritari fino all'Ordine, gridava al populismo e alla lesa maestà della libertà professionale. Obiettivo, garantire cure a prezzi calmierati ai «soggetti deboli»: reddito Isee sotto gli 8mila euro, donne in gravidanza, esenti da ticket e altre categorie fragili. Due gli ambiti d'intervento: prevenzione e protesi. Un pacchetto "visita-igiene" a 80 euro, un'estrazione a 60 euro, una protesi a 800 euro. Ancora, per sigillare i molari dei bambini contro il rischio-carie un genitore sborserebbe "appena" 25 euro a dente. Al dentista, per contropartita, sgravi fiscali sulle parcelle. L'accordo è arrivato a un soffio dalla firma. L'annuncio era previsto per venerdì scorso ma non s'è fatto più niente: il giorno prima il Governo era caduto. Chissà se e chi deciderà di riprenderlo in mano.

Barbara Gobbi - Il Sole 24 ore 28/1/08

COSTI SALUTE:

crescita non dovuta a invecchiamento - studio

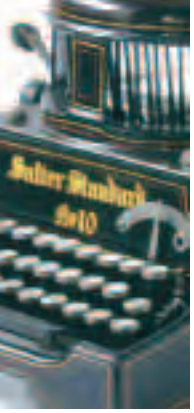
L'aumento dei costi della salute in Svizzera non è dovuto all'invecchiamento della popolazione, bensì ai progressi della tecnologia medica e alle esigenze crescenti dei pazienti: la spesa sanitaria è inoltre destinata a progredire anche nei prossimi 20 anni. Sono questi in sintesi i risultati di uno studio reso pubblico oggi dall'Ufficio federale di statistica e realizzato da Claude Jeanrenaud, professore di economia all'Università di Neuchâtel.
Dopo gli Stati Uniti, la Svizzera è la nazione con la più alta percentuale del prodotto interno lordo (PIL) generata dal settore della salute: l'11,4% nel 2004. Spesso si spiega questo dato, in costante dilatazione, con una società che si fa sempre più anziana, ma ciò non è corretto, afferma Jeanrenaud. È vero che il ricorso alle prestazioni sanitarie aumenta con l'età, ma la gran parte della crescita - circa due terzi - è dovuto ai cambiamenti e ai miglioramenti delle terapie, nonché alle necessità più ampie manifestate dai pazienti.
Nel 2005 - ultima cifra disponibile - i costi della salute erano ammontati a 52,7 miliardi: secondo lo studio nel 2030 raggiungeranno i 111 miliardi, ammettendo un miglioramento dello stato di salute generale della popolazione ultra 65enne. Se questo miglioramento non si verificherà la spesa raggiungerà i 122 miliardi. In entrambi casi i costi aumenteranno però a un ritmo più elevato dell'economia generale: la percentuale della spesa relativa al PIL è quindi destinata a progredire ulteriormente.

AMAMI

contesta il rapporto Pit Salute del Tribunale del Malato

"La borsa crolla, il mattone cala, l'unico investimento sempre fruttuoso è far causa ai medici ed il rapporto annuale rapporto Pit Salute, elaborato dal Tribunale del Malato da una mano a chi specula" - afferma **Maurizio Maggiorotti**, presidente di **AMAMI** - "Come si possono utilizzare i numeri delle "segnalazioni e lamentele" raccolte dal T.d.M., trasformarli in errori medici e dare loro una valenza nazionale? Perché si possa parlare di errore medico ci deve essere una sentenza passata in giudicato di un Tribunale. Ma un Tribunale vero, non .... del malato." -Continua Maggiorotti- "il T.d.M. ancora non può fare sentenze anche se il nome aiuta. Purtroppo in Italia un processo dura diversi anni ed offrire i dati dagli errori che sarebbero stati commessi un anno fa **suscita ilarità se non rabbia**, tanto sono affermazioni prive di fondamento. Non si capisce il perché di tanta *malainformazione* che si presta a dare adito ad opportunismo mediatico o speculativo. Certo è che confondere e spaventare i cittadini con dati tanto fuorvianti e male interpretati contribuisce al gioco al massacro contro i medici. Escalation inarrestabile perché il business della causa al medico è ben remunerato e non soffre momenti di crisi".

Assunta Valeria Fatone
Ufficio Stampa A.M.A.M.I.
Tel. 06 8082454 Mob. 334/7658056
A.M.A.M.I. Mob. 333/1411958



DENTI NUOVI CON LE STAMINALI

Niente più protesi e ricostruzioni artificiali. I denti ricresceranno da soli grazie alle cellule staminali. Anche negli anziani. È una promessa che arriva dall'esperto inglese di odontoiatria rigenerativa Paul Sharpe, capo della divisione craniofacciale e biomateriali del Dental Institute al King's College di Londra: presto, assicura, si potranno far ricrescere i denti negli adulti. Le cellule staminali dentali, nel corso degli studi condotti dell'equipe Sharpe, sono state isolate, raccolte e conservate in azoto liquido, pronte per essere usare per riparare i denti danneggiati, malati o interessati da riparazioni odontoiatriche. Ma affinché il miracolo si compia davvero, però, sarà necessario stimolare il nucleo cellulare primordiale a trasformarsi in un dente maturo. Ciò sarebbe possibile attivando specifici geni. Ancora da identificare e si suppone che occorrano almeno 5 anni prima che la tecnica possa essere disponibile per tutti.

NANOTECNOLOGIA
Un microchip per diagnosticare il tumore

Un chip di cento micrometri di diametro, è riuscito ad effettuare una diagnosi esatta di tumore in 115 su 116 pazienti esaminati, con una precisione oltre il 99 per cento. Repubblica scrive del micro-laboratorio messo a punto al Massachusetts General Hospital di Boston e descritto oggi su Nature.
Si tratta di una delle prime applicazioni di successo della nanotecnologia. Poche gocce di sangue, e il microchip è stato in grado di individuare le rare cellule tumorali che riescono a infiltrarsi nei vasi sanguigni. «Su una superficie - spiega Repubblica - grande come una carta di credito sono affiancati 80mila microchip da cento micrometri ciascuno. Il particolare anticorpo di cui sono ricoperti permette loro di attirare le cellule tumorali come una calamita e di agganciarle mentre una "macchina fotografica" lillipuziana ne assembla i connotati. Polmone, prostata, seno, pancreas, colon-retto: qualunque sia l´organo di origine del cancro, il microchip è riuscito a catturare e immortalarne le cellule che sono sfuggite dalla massa principale e per finire nel flusso sanguigno».
I frammenti infinitesimi di tumore nel sistema circolatorio non indicano necessariamente la presenza di metastasi. Anzi, la diagnosi è stata accurata al cento per cento nei pazienti che erano in fase iniziale di cancro della prostata. «Queste "cellule tumorali circolanti" - scrive Repubblica - sono infatti così fragili e rare (in media una su un miliardo) da essere destinate in genere a una rapida autodistruzione. Identificarle in mezzo a tutte le componenti del sangue era una sfida che i medici cercavano di vincere da almeno due secoli». «Ora non solo siamo riuscite a scovarle - spiega il primo autore della ricerca, Mehmet Tones - ma abbiamo anche dimostrato che meglio si procede con le terapie, meno numerose queste cellule risultano nel flusso sanguigno»

La Repubblica,20 dicembre 2007
eDott.

Odontoiatria Forense

SUI DETTAGLI TECNICI
IL CONSENSO NON SERVE

Tribunale e Corte d'Appello di Genova – È il medico l'unico a decidere come "impostare un intervento" e quale metodologia impiegare; il paziente può dire sì o no all'operazione, senza entrare nel dettaglio tecnico.
Qualora ci fossero dei postumi inattesi, il malato non potrà certamente appellarsi alla mancanza di consenso informato, sostenendo la necessità di effettuare l'intervento in maniera diversa, magari seguendo una terapia completamente differente da quelle indicata dal sanitario. L'assunto arriva da Genova dove il tribunale (sent. 1739/2005) e, di recente, la Corte d'appello (prima sezione civile, decisione del 7 febbraio depositata in cancelleria il 31 marzo 2007, parzialmente accolto) sono intervenuti a dirimere un contenzioso tra un paziente e un odontoiatra implantologo che aveva sbagliato un intervento di impianto di un dente incisivo, al termine del quale "la lunghezza del dente risultava di 14 mm, anzichè di 5/6 mm e la gengiva era rimasta arretrata rispetto a quella circostante di circa 7mm".

Sole 24 ore sanità

RESPONSABILITÀ
PER AVULSIONE INCISIVI

Tribunale di Monza – Manovre anestesiologiche e responsabilità medica per avulsione degli incisivi.
In ordine alle dichiarazioni anamnestiche rese dal paziente il giorno precedente all'intervento, relativamente all'assertiva assenza di denti mobili, va senz'altro ritenuta infondata l'affermazione secondo cui il solo fatto che lo stesso in precedenza, fosse stato in cura presso un dentista, dovesse metterlo in condizioni di conoscere chiaramente la parodontite da cui egli era affetto; peraltro, che i denti incisivi del paziente non fossero così mobili da essere avulsi al solo minimo contatto con un corpo estraneo, lo si ricava dalla circostanza che, certamente non a caso, essi si sono staccati in occasione dell'intervento e non in occasione del loro uso normale.
Da cui emerge che le manovre dell'anestesista devono aver avuto un'efficacia causale determinante e specifica nel causare il sinistro, benchè la classe di valutazione anestesiologiche fosse piuttosto nella norma.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittodanitario.net

RESPONSABILITÀ DEL MEDICO
PER CURE PRATICATE
SU INSISTENZA DEL PAZIENTE

Corte d'Appello di Genova – Il medico non può esimersi dalla responsabilità di cure non adeguate adducendo le insistenze del paziente.
Rientra nei doveri professionali del sanitario il rifiuto degli interventi lesivi della salute anche se richiesti dal paziente medesimo.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net
Doctornews

IL TARTARO
SPETTA AL DENTISTA

Cassazione Penale – Esercizio abusivo dell'attività di igienista dentale da parte della segretaria/assistente alla poltrona.

Atteso che dell'invasività delle operazioni di detartrasi non può dubitarsi, in quanto le stesse richiedono l'impiego di strumenti specialistici e presiedono ad un'attività di assoluta delicatezza in ragione degli esiti (infezioni, guasti) che possono derivare da una loro inesperta effettuazione, pur nel silenzio normativo all'epoca dei fatti di causa, l'assistente alla poltrona non poteva (e non potrebbe oggi) svolgere operazioni di detartarizzazione, attività da ritenersi riservata al medico dentista e – dunque – penalmente censurabile ai sensi dell'art. 348 c.p. in caso di abusivo svolgimento.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net
Doctornews

PROTESI
DENTISTI "SOLLEVATI"

Nessun obbligo di consegnare ai clienti la dichiarazione di conformità.
Corte di Cassazione- Annullata una sanzione da 30mila euro inflitta a un odontoiatra. Nessun obbligo di consegnare ai clienti la dichiarazione di conformità. II dispositivi medici su misura, quelli cioè fabbricati appositamente sulla base di una prescrizione medica e destinati ad essere utilizzati solo da un determinato paziente, non devono essere marcati Ce".
Nel settore dentale, l'odontotecnico che li fabbrica è comunque obbligato "alla redazione della dichiarazione di conformità" dalla direttiva 93/42Cee, ma il dentista che li installa non è tenuto a consegnarla ai pazienti, come erroneamente ha prescritto una circolare del ministero della Salute.
Con questo chiarimento, la seconda sezione civile della Cassazione (sentenza n. 11826, depositata il 22 maggio scorso) ha annullato la sentenza con cui il tribunale di Rovigo, nel 2003, aveva confermato la sanzione amministrativa di 30.879 euro inflitta da un Comune a un odontoiatria "per aver immesso in commercio e in servizio dispositivi medici su misura installati a pazienti omettendo di consegnare loro nei tempi e nei modi previsti l'obbligatoria attestazione di conformità".

Sole 24 ore sanità

Abusivi in cronaca

CONCORSO
COSCIENTE E VOLONTARIO
DELL'ODONTOIATRA
NELL'ABUSIVO ESERCIZIO
DELLA PROFESSIONE

La disponibilità di un affermato ed impegnato professionista ad assumere l'incarico di direttore sanitario di altro studio dentistico, appartenente a diverso professionista e sito in diversa città, senza peraltro espletare in concreto le funzioni connesse a tale incarico, è sintomo univoco di una situazione fittizia, concretizzarsi nel fare da "prestanome" a persona in posizione di illegalità.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net

ABUSIVISMO: I DENTISTI SORVEGLINO GLI ODONTOTENCICI

Corte d'Appello di Milano – Rischiano l'incriminazione penale i medici dentisti che non sorvegliano adeguatamente il personale odontotecnico, evitando che operi direttamente nel cavo orale del paziente.
Scrive la Corte d'Appello di Milano (seconda sezione, sentenza depositata in cancelleria il 30 gennaio 2007 e massimata su www.dirittosanitario.net): "occorre rilevare che i medici odontoiatri sarebbero sul crinale di una responsabilità concorsuale, laddove avessero avuto elementi per ritenere che un odontotecnico effettuasse attività non consentite": Assistere all'esercizio abusivo della professione (reato punito dall'articolo 348 del codice penale) e non intervenire integra un concorso di colpa ed è, quindi, necessario prendere le distanze da tecnici collaboratori di studio che si improvvisano medici odontoiatri, ammonendoli sulle loro responsabilità.

Sole 24 ore sanità

SCOPERTI I NAS HANNO DENUNCIATO 25 PERSONE
Tutti casi di esercizio abusivo della professione medica

ODONTOTECNICI che facevano i dentisti, finte infermiere che accudivano gli anziani, spesso malati, nelle case di cura e, dulcis in fundo, un veterinario che operava e prescriveva medicinali per gli animali senza aver mai conseguito la laurea. Tutti casi di esercizio abusivo della professione medica scoperti dai carabinieri del Nucleo antisofisticazione, che hanno denunciato in totale 25 persone. Si tratta di una attività che si è snodata negli ultimi mesi, attraverso controlli di routine e verifiche mirate.
I denunciati sono sei 'infermiere' risultate sprovviste dei necessari titoli di abilitazione e cinque fra titolari e medici delle case di cura in cui le donne lavoravano. Le strutture si trovano sia in città sia in provincia.
SONO INOLTRE stati denunciati sette odontotecnici e altrettanti odontoiatri (i titolari degli studi dentistici, sparsi fra città e provincia), perché i primi, invece di occuparsi delle protesi, facevano il lavoro dei secondi, curando i denti di uomini, donne e bambini. Gli ultimi due odontotecnici scoperti in ordine di tempo, il Nas li ha sorpresi letteralmente con le mani nel sacco, o meglio nella bocca degli ignari pazienti. Il primo studio visitato dai carabinieri si trova in città, l'altro nell'hinterland. Ai militari gli odontotecnici hanno risposto candidamente: «Non stiamo facendo niente». Sfortunatamente per loro, l'evidenza dei fatti diceva esattamente il contrario e, immediata, è scatta la denuncia a piede libero.
INVECE l'ultima infermiera in ordine di tempo pescata con le mani nel sacco lavorava in una clinica in zona San Lazzaro. Assunta come dipendente con mansioni meno qualificate, in realtà si occupava a tutti gli effetti degli anziani ospiti della struttura. Ovviamente, non aveva mai conseguito il diploma necessario per legge.
Infine, il finto veterinario. L'uomo, sprovvisto di laurea, aveva da tempo aperto uno studio in un paese della prima provincia. Dopo varie segnalazioni, i carabinieri sono andati a colpo sicuro: è risultato che prescriveva regolarmente farmaci che i proprietari dovevano poi somministrare agli animali. Non solo, eseguiva anche le cure. Il veterinario è stato denunciato e lo studio chiuso.

Gilberto Dondi
Resto del Carlino 15/12/07

Studio & Sintesi
forniture dentali

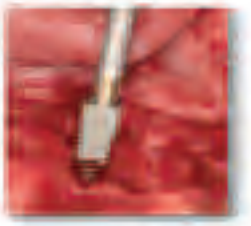
DISTIBUTORE ESCLUSIVO NEL LAZIO

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

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

SKY TEMP
NUOVI ABUTMENTS
IN ACETALICO
PER PROVVISORIO IMMEDIATO

BREDENT SKY IMPLANT SYSTEM SOLUZIONI EFFICACI PER L'IMPLANTOLOGIA



LiberoRoma

Investimenti paradossali

Mancano le ambulanze ma 500mila euro vanno per "emergenze" dentali

CHIARA BUONCRISTIANI

Il servizio d'emergenza Aresi 118 è in continuo stato confusionale per l'insufficienza nella dotazione di ambulanze (troppo poche, obsolete, prive di adeguata manutenzione), ma niente paura: spunta una delibera regionale che riserva la cifra di 421.800 euro alle odontoambulanze gestite dalla Società italiana di maxillodontostomatologia (la Simo). Il progetto era stato precedentemente finanziato dalla giunta Storace, con un fondo che nel 2004 attribuiva 95mila euro alla «prevenzione e la cura delle malattie odontostomatologiche nei pazienti diversamente abili». Beneficiaria delle risorse era stata la Asl Rm A, e in particolare l'ospedale Eastman, che aveva girato lo stanziamento alla Simo.

Ora il budget viene più che quadruplicato con la considerazione che «l'attuale organizzazione dei servizi pubblici odontoiatrici rende difficile l'accesso alle fasce deboli a tali servizi e impedisce attività di prevenzione». Il ragionamento contenuto nella delibera va avanti argomentando che «senza intervento precoce aumentano i costi che invece possono essere ridotti con un intervento domiciliare adeguato».

Ma proprio qui scatta il paradosso individuato dal consigliere regionale dell'Udc Massimiliano Maselli: «La prevenzione e i servizi di screening sono obiettivi molto condivisibili, ma non vanno fatti con strumenti adatti alle urgenze. La diagnosi precoce è quanto di più lontano ci sia dall'emergenza. A cosa serve quindi svolgerla con l'ausilio di "odontoambulanze"? Tanto più che nei casi di autentica emergenza odontoiatrica le Asl sono già dotate della possibilità di soccorrere chi ha bisogno».

Il progetto finanziato dalla Regione, si legge nella delibera è rivolto «a persone con diversa abilità, appartenenti a ceti particolarmente vulnerabili». Di certo si sa che di emergenza non si tratta perché si esplicita che le «visite» sono «presso Case famiglia, Rsa, Residenze domiciliari, istituti scolastici, penitenziari, associazioni disabili e presidi temporanei attivati presso piazze cittadine della regione Lazio».

«Lo stanziamento è una scelta discutibile», conclude Maselli, «tanto più a fronte del mancato stanziamento per interventi necessari. Un esempio per tutti è il caso dell'ospedale di Subiaco, che la popolazione aspetta ancora sia potenziato».

Non fare la VOLPE...
...il momento è MATURO!
ISCRIVITI!
ANDI ROMA
Sempre in linea con te!
www.andiroma.it