LASER TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

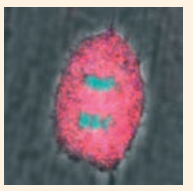
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Settembre 2015 - anno XI n. 9

www.dental-tribune.com

TEKNOSCIENZA

A Pavia si studia la possibilità di ottenere nuovo osso autologo da cellule staminali



Una ricerca in corso all'Università di Pavia si basa sull'estrazione delle cellule progenitrici da un prelievo di connettivo reperibile nel cavo orale del paziente.

pagina 17

ANNIVERSARIO

Un uomo, un'azienda: Leone Cinelli racconta gli esordi suoi e di Isasan

Sono passati quarant'anni da quando un giovane brillante, dalla carriera veloce spinto dalla sua ambizione imprenditoriale, diede vita ad un'azienda che diverrà n. 1 in Italia grazie ad alcuni suoi cavalli di battaglia.

pagina 23

Controllo di qualità in odontostomatologia

Prof. Plinio Pinna Pintor

L'articolo, parte di una relazione che il Prof. Pinna Pintor presentò nel 2002 al Congresso internazionale odontostomatologico di Monte Carlo, allora pionieristico oggi è l'attualità.

› Leggi l'articolo a pagina 4

MEDICINA LEGALE
Responsabilità dentista 6
Il modello "no-fault" 6

ASSOCIAZIONI SCIENTIFICHE
L'app della SIDO 14

INFOPOINT
I prossimi appuntamenti 47

Dentisti e responsabilità

La Cassazione attribuisce a un dentista l'onere di un lavoro fatto (male) dal collega che l'ha preceduto

È un fulmine a ciel sereno la sentenza n. 128.714 pronunciata dalla Corte di Cassazione, non ancora nota nella sua motivazione per esteso. Perché un fulmine? Perché vi viene riconosciuto un principio: il dentista che prende in cura un paziente diventa responsabile anche del lavoro eseguito da chi l'ha preceduto.

› pagina 6

Stati Generali

Firmato il Protocollo, «una voce comune che accelererà la soluzione dei problemi del comparto»

Il 17 luglio, presso l'Ufficio Odontoiatri della Federazione, si sono riuniti gli Stati Generali dell'Odontoiatria per dibattere le questioni cogenti della professione, cercare risposte comuni e fornire soluzioni condivise per la tutela della salute dei cittadini. All'ordine del giorno, l'accesso ai corsi di laurea in Odontoiatria, i problemi della formazione, l'aggiornamento delle Raccomandazioni cliniche, il Regime autorizzativo per l'apertura degli studi odontoiatrici, l'esercizio abusivo e il prestanomismo, le Linee guida in tema di Legionella.

› pagina 2

Editoriale

Fissa o mobile: l'infinito mercato delle protesi

Andrea Borracchini, dell'Università degli Studi di Siena, ha divulgato a Bologna lo scorso giugno, nel corso di un congresso, un'inedita ricerca sull'edentulia con una previsione per i prossimi anni. Attraverso analisi e formule, si dimostra che l'edentulia, se pur in decrescita, aumenta numericamente con il progressivo incremento e invecchiamento della popolazione. Riguardo alla protesi tradizionale il professore si interroga e risponde: «Si deve ancora insegnare come lavorarla? Certamente sì, se il mercato delle protesi è inesauribile. Le persone che portano una protesi sono tutte così mortificate? In realtà non pare dall'indagine». Secondo tale indagine, negli Stati Uniti il fatturato delle protesi mobili e delle creme per fissarle è maggiore rispetto al mercato delle protesi su impianti. L'invecchiamento e l'aumento della popolazione, nonché l'accesso alle cure odontoiatriche di popolazioni in via di sviluppo e in processo migratorio, rendono il mercato delle protesi inesauribile e in crescita. Aws Alani ricorda, nel suo articolo in pubblicazione su Implant Tribune *di settembre, che P.-I. Brånemark scherzando affermava: «Nessuno dovrebbe morire con i propri denti in un bicchiere d'acqua accanto al proprio letto». Gli studi di riferimento di Brånemark, chiarisce Alani, hanno cambiato la protesica dentale, ma i pazienti selezionati, i protocolli e gli impianti stessi erano enormemente differenti da oggi. Per questo, la diagnosi diventa fondamentale per offrire al paziente la soluzione più adatta per biologia, stato di salute, abitudini, portafoglio e per proporre un piano di trattamento specifico accettabile da quel paziente. Il prof. Loris Prosper, infine, in un'intervista realizzata per* Dental Tribune, *sottolinea quanto l'odontotecnico sia importante per affrontare qualsiasi tipologia di protesi e soprattutto la protesi amovibile, la quale non è certo "minore" di certe protesi fisse e tanto meno di alcuni lavori implantari fatiscenti.*

Patrizia Gatto

Stati Generali

Firmato il Protocollo, «una voce comune che accelererà la soluzione dei problemi del comparto»

Da sinistra: Gherlone, Renzo, Oliveti e Polimeni.

‹ pagina 1

Introdotti da Giuseppe Renzo – presentatore dell'importante iniziativa – i lavori hanno visto la significativa partecipazione del presidente della Fondazione Enpam, Alberto Oliveti, il quale ha ricordato come nel CdA della Fondazione appena insediato sia presente una nutrita rappresentanza odontoiatrica. Oltre al vicepresidente Enpam, Giampiero Malagnino, erano anche presenti, per il Collegio Docenti, il presidente Enrico Gherlone, Antonella Polimeni per il CLOPD; per l'ANDI e i Sindacati, il presidente Gianfranco Prada e, per il SUMAI, il segretario organizzativo Pio Attanasi; per il COI AIOG, la presidente Maria Grazia Cannarozzo e infine Gianfranco Carnevale, presidente CIC, e Laura Strohmenger (Ufficio Nazionale OMS), oltre a Emilio Fiorentino per l'AISO. L'impegno è di rincontrarsi ogni tre mesi per "fare il punto".

All'esame dei punti all'ordine del giorno si è sottolineata l'importanza di un'adeguata programmazione negli accessi ai corsi oggi, di gran lunga più numerosi rispetto ad altre nazioni europee. La programmazione deve invece necessariamente tener conto della richiesta del sistema, onde evitare l'esodo di giovani neolaureati verso altre nazioni. All'ordine del giorno anche abusivismo e prestanomismo, l'aggiornamento delle raccomandazioni cliniche, e adempimenti in tema di legionella. Al termine dell'incontro si è addivenuti finalmente a un protocollo d'intesa, secondo il quale i rappresentanti dei vari soggetti dell'Odontoiatria, hanno convenuto che:

Art. 1

Si costituiscono gli Stati Generali dell'Odontoiatria che rappresentano l'intera professione odontoiatrica in tutti i suoi ambiti istituzionali, accademici, associativi e sindacali allo scopo di portare la voce della professione sia di fronte alle Istituzioni sia di fronte all'opinione pubblica sulle questioni concernenti la promozione della tutela del diritto alla salute dei cittadini quale valore previsto dalla Costituzione (art. 32) e le tematiche afferenti la professione odontoiatrica stessa.

Art. 2

I componenti degli Stati Generali dell'Odontoiatria rappresentano congiuntamente e disgiuntamente, previo specifico mandato, gli orientamenti degli Stati Generali stessi nelle varie occasioni ed ambiti in cui vengono discusse le questioni afferenti la professione odontoiatrica.

Art. 3

La loro sede è costituita presso l'Ufficio Odontoiatri della FNOMCeO in Roma. Le riunioni vengono convocate in questa prima fase di attuazione dal Presidente della Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO, anche su richiesta dei componenti degli Stati Generali stessi. La riunione viene convocata senza obbligo di formalità e si svolge generalmente presso l'Ufficio Odontoiatri della FNOMCeO o qualora risultasse opportuno presso qualsiasi altra sede.

Art. 4

D'intesa fra tutti i componenti degli Stati Generali si procederà, qualora lo si ritenesse opportuno, a costituire anche formalmente una associazione non riconosciuta ai sensi degli artt. 36 e seguenti del Codice Civile e in tale prospettiva dovrà essere redatto un atto costitutivo ed uno specifico statuto. Nell'atto costitutivo saranno indicati il rappresentante legale degli Stati Generali, l'Organo di amministrazione dell'associazione e le modalità di nomina degli Organi stessi.

Art. 5

Viene costituito un gruppo di lavoro composto da un rappresentante per ciascuna componente degli Stati Generali al fine di dare attuazione a quanto previsto dal presente protocollo.

«Da oggi c'è un nuovo organo rappresentativo dell'intera professione, che parlerà a una sola voce, a nome di tutte le componenti», così il presidente della Commissione nazionale Albo Odontoiatri (CAO), Giuseppe Renzo, ha commentato la firma del protocollo. Per il presidente dell'ANDI Gianfranco Prada: «L'istituzionalizzazione degli Stati Generali è un passaggio fondamentale per tutto il comparto. Da sempre il settore dentale ha avuto la difficoltà di essere poco ascoltato dalle istituzioni non perché non ci considerassero, ma perché troppi interlocutori, più o meno rappresentativi, si proponevano con posizioni e soluzioni differenti sullo stesso problema. Portare una voce comune dei più rappresentativi sindacati e associazioni di settore non potrà fare altro che accelerare la soluzione dei problemi che affliggono il nostro comparto. Sono sicuro che già in autunno vedremo i primi risultati positivi». Enrico Gherlone l'ha definita «una data storica, passaggio finale di un processo scaturito da lontano secondo cui appare ovvio che con le divisioni e interessi personali non si va da nessuna parte, ma che solo un'unica rappresentanza, forte di 60 mila iscritti, può, far sentire la propria voce alle istituzioni, al cittadino, paziente o studente, che sia. Occorre inoltre un'azione generale per ottenere risultati positivi a livello europeo – ha dichiarato – quanto a numero programmato e preparazione studenti. Una necessità che non può non contemplare convergenza d'intenti. La presenza, agli Stati Generali, di soli eletti (non portatori quindi di «interessi amichevoli o meno del potente di turno») consentirà di parlare, una volta condivise le posizioni, a nome e per conto di tutta la componente odontoiatrica. Sul tema Raccomandazioni cliniche, il presidente Renzo e gli altri componenti del Tavolo presso il Ministero hanno votato e ricevuto preciso e unanime mandato», sottolinea Gherlone.

Dental Tribune Italia

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +49 341 48 474 107
CLINICAL EDITOR - Magda Wojtkiewicz
ONLINE EDITOR/SOCIAL MEDIA MANAGER - Claudia Duschek
EDITORIAL ASSISTANTS - Anne Faulmann; Kristin Hübner
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER - Claudia Salwiczek
JR. MANAGER BUSINESS DEVELOPMENT - Sarah Schubert
PROJECT MANAGER ONLINE - Martin Bauer
EVENT MANAGER - Lars Hoffmann
MARKETING & SALES SERVICES - Nicole Andrä
EVENT SERVICES - Esther Wodarski
ACCOUNTING SERVICES
Karen Hamatschek; Anja Maywald; Manuela Hunger
MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Antje Kahnt (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America); Maria Kaiser (USA); Hélène Carpentier (Europe); Barbora Solarova (Eastern Europe)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD
Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics
Dr Karl Behr, Germany – Endodontics
Dr George Freedman, Canada – Aesthetics
Dr Howard Glazer, USA – Cariology
Prof Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry
Dr Edward Lynch, Ireland – Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

©2015, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105–111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 7185

Anno XI Numero 9, Settembre 2015

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G.C. Pescarmona, C. Lanteri, V. Bucci Sabattini, G.M. Gaeta, G. Barbon, P. Zampetti, G. E. Romanos, M. Morra, A. Castellucci, A. Majorana, G. Bruzzone
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Biancucci, E. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio, R. Kornblit
CONTRIBUTI
P. Bertani, A. Boccassini, M. Brady Bucci, S. Capodiferro, F. Clini, G. D'Amico, A. Del Vecchio, C. Di Paolo, F. Donaera, M. Fioravanti, M. Fontana, C. Fornaini, S. Hein, N. Illuzzi, R. Kornblit, C. Maiorana, E. Merigo, A. Mollo, A. Oppici, A. Pezzini, P. Pinna Pintor, B. Rapone, M. S. Rini, S. Rizzo, R. Rodriguez y Baena, U. Romeo, R. Rosso
TRADUZIONI SCIENTIFICHE
P. Biancucci
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)
STAMPA
RDierichs Druck+Media GmbH
Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Germany
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari *[alessia.murari@tueorservizi.it]*
Stefania Dibitonto *[s.dibitonto@dental-tribune.com]*

Copia singola: euro 3,00
Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C DPR 633/72

DENTAL TRIBUNE EDIZIONE ITALIANA FA PARTE DEL GRUPPO DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL CHE PUBBLICA IN 25 LINGUE IN OLTRE 90 PAESI

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

Mario Roccuzzo e la perimplantite in un Expert Forum al Simposio Osteology Firenze

«Il simposio sarà preceduto da una giornata di grandissimo valore clinico-scientifico, dedicata alle più attuali metodiche di controllo delle parodontiti e al problema sempre più pressante delle perimplantiti».

Questo annuncio si riferisce alla prima giornata (giovedì 1 ottobre) del Simposio Osteology, in programma al Palazzo dei Congressi di Firenze fino al 3 ottobre. Da sempre evento di eccellenza per la medicina rigenerativa, quest'anno, con la V edizione, il Simposio Osteology vuol fornire un corretto confronto tra posizioni anche distanti su alcuni aspetti chiave nel vasto campo di applicazione della terapia parodontale e implantare. Obiettivo di questa puntata è dare risposte ad alcuni "grandi dubbi clinici" e rendere fruibili ai partecipanti informazioni chiare da applicare in studio già il lunedì mattina.

In un programma scientifico strutturato in 5 sessioni «pensate per dibattere argomenti di grande attualità e ricchi di controversie», due relatori presentano l'argomento a loro assegnato da punti di vista diversi ed a volte contrastanti, e un moderatore avrà il compito di dirigere la discussione coinvolgendo il pubblico mediante un sistema interattivo.

Giovedì dalle 14.30 alle 18.30 è previsto "Diagnosi e trattamento delle perimplantiti", un Expert Forum cui prendono parte come relatori Marco Aglietta, Tord Berglundh, Denis Cecchinato, Emilio Maschera, Mauro Merli, Stefan Renvert e Tiziano Testori, coordinato da Mario Roccuzzo.

"Parodontologo con interessi di implantologia", Roccuzzo si presta volentieri a chiarire modalità e obiettivi del Simposio: «L'idea di fondo – dice – è di mettere insieme vari esperti per parlare di perimplantite». Un nome che fa paura. Ma alla domanda se lo faccia più al dentista o al paziente, «il paziente – osserva – in genere ignora il problema finché non diventa grave. Il dentista invece spesso non ne ricerca i segni, anche se prenderli in tempo eviterebbe conseguenze».

Proprio su questa "area grigia" s'incentrerà il Forum. Fino a non molto tempo fa le complicanze venivano trattate poco e male, ma oggi abbiamo risposte. «Oggi – conferma Roccuzzo – possiamo usare tecniche rigenerative agli impianti afflitti da complicanze biologiche con una attenzione: che siano posizionati in modo corretto!». Perché è assolutamente necessario fare una distinzione tra impianti messi correttamente e le complicanze che li accompagnano, e invece quelli che vengono applicati non seguendo in modo adeguato i principi della chirurgia – sottolinea Roccuzzo –. Il primo ottobre verrà quindi creato uno spazio di confronto che sarà soprattutto al servizio dei partecipanti, non tanto e solo dei relatori».

Per maggiori informazioni visiti il sito www.osteology-firenze.org

Dental Tribune Italia

Controllo di qualità in odontostomatologia[1]

Prof. Plinio Pinna Pintor[2]

[2]*Presidente della Fondazione Arturo Pinna Pintor, Torino.*

1. Introduzione al XIV Congresso internazionale odontostomatologico. Monte Carlo, 8-9 novembre 2002.

Per più motivi l'odontoiatria è interessata al controllo della qualità delle cure. È di attualità in Italia il problema dell'abusivismo discusso non molto tempo fa in un convegno tenutosi a Torino[3].
Innanzitutto, la lotta contro l'abusivismo non ha solo scopi di tutela corporativa, ma motivi di etica professionale in quanto destinata a garantire una migliore qualità delle prestazioni, e il suo presupposto, infatti, è che la buona qualità delle cure odontoiatriche sia garantita solo se effettuata dagli specialisti.
Il secondo motivo, non meno importante, è che l'apertura e l'esercizio in qualunque studio professionale come quello dentistico, in Italia come in altre nazioni – USA, Canada e Regno Unito –, richiede autorizzazioni e accreditamenti basati sulla conformità a determinati requisiti strutturali, impiantistici e organizzativi, nonché a un controllo periodico della loro applicazione.
In Italia, ad esempio, le autorizzazioni all'esercizio, come verrà meglio precisato in seguito, si basano sulla conformità a requisiti elaborati per gli ambulatori chirurgici e specificamente per gli studi dentistici solo in tre regioni: il Friuli[4], il Veneto[5] e le Marche[6], e solo in quest'ultima sono stati definiti i requisiti per l'accreditamento.
Indipendentemente dalla specificità dei requisiti, che è auspicabile venga estesa a tutte le regioni, specie per le particolarità tecnologiche, per l'apertura e la gestione di uno studio privato non è previsto un controllo di qualità esplicito. Tuttavia, nella conformità ai requisiti minimi strutturali e organizzativi è insito un riferimento alla qualità delle prestazioni che presuppone un minimo di strutture e di organizzazione.
Il terzo e più importante motivo per interessarsi di qualità è il suo valore promozionale, che è – come è ben noto – garanzia di successo in un sistema competitivo come quello della professione privata medica e odontoiatrica in particolare.
Stabiliti i motivi che devono indurre gli odontoiatri a occuparsi di qualità, si pone la domanda: che cosa si intende oggi per qualità delle cure e come si misura? Non è facile sintetizzare in breve concetti, definizioni, metodi e normative nazionali e internazionali per il raggiungimento di una buona qualità delle cure odontoiatriche.
Se nel linguaggio comune l'accezione di buona o cattiva qualità delle cure è relativamente facile, così non è quando si vuole quantificare la qualità delle prestazioni per confrontarla con standard di riferimento, in pratica come misurarla e chi la deve misurare.
Tradizionalmente, il controllo di qualità o – come si definisce internazionalmente – "quality assessment", prende in considerazione le tre dimensioni della qualità oggetto della verifica secondo lo schema classico di Donabedian[7], il fondatore della disciplina.

- Le strutture (*structures*): caratteristiche o proprietà fisiche e organizzative del sistema ossia del contesto ambientale in cui vengono effettuate le cure (dimensioni degli ambienti, condizioni climatiche, percorsi, dotazioni strumentali, ore di assistenza infermieristica e sua qualificazione) e organizzative dei servizi accessori (informazioni, privacy, archivio) in cui si effettua la cura.
- Il processo o procedura (*process*): modalità con cui le cure vengono effettuate o, secondo la definizione della JCAHCO[8], la serie di eventi, attività, meccanismi o prassi destinate a ottenere un risultato (le modalità di accettazione e di compilazione delle cartelle, il rispetto delle norme di sicurezza, i percorsi di cura, la preparazione del paziente per l'attività chirurgica, l'uso di farmaci, il controllo delle infezioni). In ambito odontoiatrico, ad esempio, come indicato nelle linee guida recentissime delle ADA[9], i processi riguardano la profilassi antibiotica, l'anestesia e la sedazione, il controllo delle infezioni compreso l'HIV, le raccomandazioni inerenti il fumo, e la sicurezza ed efficacia dello sbiancamento.
- I risultati o esiti (*outcomes*): variazioni misurabili della salute o del contrario (mortalità e complicazioni) riconducibili a determinati interventi. Possono essere classificati come clinici, fisiologici, biochimici, emozionali o cognitivi e psicosociali. Fra gli esiti di particolare rilevanza oggi, si considera il giudizio espresso dal paziente e il grado di soddisfacimento. In ambito odontoiatrico, ad esempio, è stata valutata la qualità delle cure protesiche in rapporto alle attese del paziente[10].

Poiché non esistono valori assoluti per accertare la qualità delle strutture, dell'organizzazione e dei risultati, tutto il sistema di controllo si basa sul riferimento a standard o requisiti strutturali, procedurali o di outcome o esito – e ai loro relativi indicatori.
Gli standard di riferimento contenuti nelle normative internazionali e nazionali, elaborati sulla base del consenso di esperti e della letteratura, sono stati introdotti nei manuali di accreditamento. Quelli più noti, come quelli utilizzati in Nord America, USA e Canada, e in Australia, contengono prevalentemente standard di processo e di struttura, e solo di recente sono stati introdotti anche standard di esito e relativi indicatori. Anche quelli attualmente prodotti dalle Regioni italiane sono prevalentemente standard di struttura e di processo. Nella legislazione italiana, infatti, come accennato in precedenza, in base alla legge sui requisiti minimi del gennaio 1997[11], tutte le istituzioni pubbliche e private che intendono esercitare l'attività sanitaria devono – in un periodo di tempo variabile a seconda se si tratti di istituzioni preesistenti o di nuova costruzione – conformarsi ai requisiti minimi strutturali-organizzativi-tecnologici contenuti nella legge e successivamente sviluppati in sede regionale. Ad esempio, per quanto riguarda l'attività odontoiatrica ambulatoriale, nei requisiti minimi specifici elaborati ai fini autorizzativi sono stabilite le aree dei locali, le caratteristiche dei riuniti, le norme per la sterilizzazione, il numero e la qualificazione del personale i protocolli secondo linee guida per la sicurezza biologica, la sanificazione e così via.
Per l'accreditamento istituzionale, indispensabile per potersi qualificare a svolgere attività per il SSN, è necessario conformarsi anche ai cosiddetti "requisiti ulteriori", che garantiscono una migliore qualità delle cure ad assoggettarsi al controllo periodico del loro mantenimento. Nella realtà attuale in Italia è improbabile che gli odontoiatri scelgano di accreditare i loro studi per il Servizio Sanitario Nazionale, se non in piccola minoranza. In questo caso dovranno adeguarli non solo ai requisiti richiesti per l'autorizzazione all'esercizio, a cui ho precedentemente accennato, ma anche a quelli ulteriori per l'accreditamento. Solo la Regione Marche al momento ha elaborato questi requisiti, che sono prevalentemente di natura organizzativa: ad esempio, una guida ai servizi, un sistema di prenotazioni per il controllo delle liste di attesa, una documentazione dell'attività con cartelle cliniche, l'accesso di urgenza e così via. In ogni caso e indipendentemente dall'accreditamento istituzionale obbligatorio per i fornitori del SSN, l'interesse degli odontoiatri per le ragioni esposte in precedenza è di conformarsi ai criteri della SIVRQ[12] per ottenere un miglioramento della qualità basato sulla autovalutazione volontaria, mirando all'accreditamento di eccellenza.

› pagina 5

‹ pagina 4

Una delle più frequenti critiche che viene rivolta al sistema di controllo di qualità basato sul rispetto degli standard strutturali e procedurali senza tener conto dei risultati, è che il basarsi solo sulle misure di processo imposti dalla legislazione presuppone il soddisfacimento anche di requisiti la cui efficacia non è stata provata scientificamente o, come si dice oggi, non è fondata sulla evidence based medicine. Nel caso di odontoiatria si parla di evidence based dentistry (EDB). Soddisfare requisiti di efficacia non scientificamente provati significa dissipare risorse più vantaggiosamente utilizzabili per migliorare il servizio.

È proprio questa la critica che viene mossa da autorevoli studiosi come C. Saw, presidente della Società internazionale per l'assicurazione della qualità (International Society for Quality Assurance – ISQuA), all'utilizzazione dei criteri della ISO 9000 e alle relative certificazioni, basati esclusivamente – per la valutazione della qualità – su misure di processo mediati dall'industria e validi per misurare la qualità della produzione di beni più che di servizi, quale è appunto l'attività sanitaria. D'altra parte, la qualità dei risultati è molto difficile da misurare e da confrontare, perché dipende in primo luogo dal tipo di pazienti, e sarebbe necessario – così come si è fatto per altre attività chirurgiche – la cardiochirurgia ad esempio[13] – stratificare i pazienti in base alle loro caratteristiche di gravità e complessità e confrontare i risultati soltanto fra pazienti omogenei. È possibile questo in odontoiatria? È mai stato fatto?

Non sono in grado di ipotizzare quale tipo di risultato di un trattamento conservativo o protesico possa essere influenzato e indicizzato a più o meno favorevoli condizioni iniziali di salute dell'apparato dentario.

Il parere della comunità degli esperti della qualità pertanto è che la sua valutazione debba essere fatta utilizzando sia misure di struttura e di processo, sia di risultato. Ai fini del miglioramento della qualità, infatti, è indispensabile conoscere i processi che sono stati utilizzati e il rispetto o meno delle linee guida per individuare i problemi e gli eventuali errori, che possono aver determinato cattivi risultati.

Conclusioni

In conclusione, credo che si possa affermare che, anche se la maggioranza degli odontoiatri in Italia non è interessata ad attrezzarsi per rispondere ai requisiti, ulteriori richieste dalle Regioni per l'accreditamento obbligatorio o – come si usa dire – istituzionale, come fornitore del SSN, è molto interessata per le ragioni che vi ho esposto all'inizio a seguire linee guida nei processi di cura, come ad esempio quelle recenti dell'ADA, basate sulla evidence based dentistry, e a elaborare con le sue associazioni professionali standard e indicatori di riferimento per un accreditamento volontario di "eccellenza" proposto da SIVRQ secondo il modello internazionale, a beneficio dei pazienti e della sua professione.

L'articolo è stato pubblicato sulla Collana *quaderni odontoiatrici*, vol. 1, 2015.

note

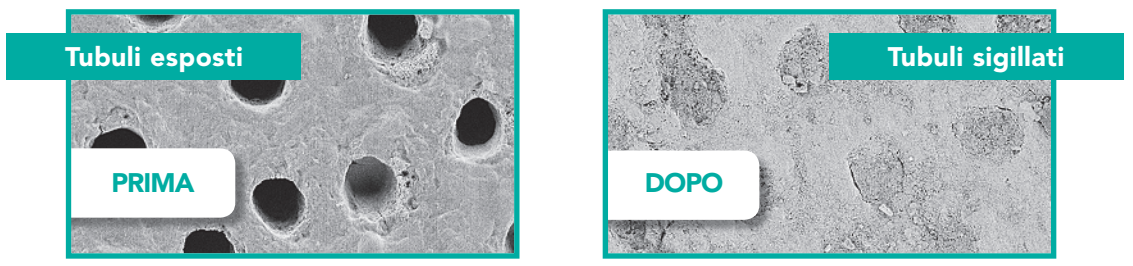
3. Convegno odontoiatrico "Aspetti normativi e legislativi della professione odontoiatrica e ruolo dell'Ordine", Torino, 19-20 ottobre 2002.
4. Legge regione Friuli n. 8 del 9/3/2001 recante "Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali": delega alla Giunta Regionale di deliberare entro 6 mesi i nuovi requisiti e procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.
5. "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali", deliberazione della Giunta Regione Veneto n. 18/DDL dell'8 giugno 2001.
6. Regione Marche: Piano Sanitario Regionale 1998-2000 – legge su autorizzazione e accreditamento L.R. n. 20 del 16/03/2000.
7. Donabedian A: The role of outcomes in Quality Assessment and Assurance. QRB 1992, 18: 356-360.
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals 1995.
9. ADA Guidelines, Positions and Statements.
10. Feine JS, Dufresne E, Boudrias P, Lund JP: Outcome assessment of implant-supported prostheses. J Prosthet Dent 1998; 79: 575-579. Fromentin O, Boy-Lefevre ML: Quality of prosthetic care: patients' level of expectation, attitude and satisfaction. Eur J Prosthodont Restor Dent 2001; 9: 123-139.
11. Disposizioni di legge su accreditamento e requisiti minimi 20/2/1997; DPR 14 gennaio 1997.
12. Liva C: Accreditamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000. QA 1999; 10: 145-150.
13. La valutazione del rischio operatorio. P. Pinna Pintor, M. Bobbio, M. Giammaria. In: Trattato di Cardiologia ANMCO. Excerpta Medica, San Donato Milanese (MI), 2000. Vol. III, pp. 3445-3460.

Le leggi e le normative riportate nelle note potrebbero aver subito delle revisioni [nde].

Sollievo immediato* e duraturo dall'ipersensibilità dentinale

elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™
PROGRAMMA DI TRATTAMENTO

L'innovativa **Tecnologia Pro-Argin®** agisce direttamente sulla causa dell'ipersensibilità **occludendo immediatamente i tubuli dentinali**.



Fotografia al SEM della superficie della dentina non trattata e trattata con Tecnologia Pro-Argin®

Sollievo continuo dallo studio fino a casa già dopo la prima applicazione[1]

*Per un sollievo immediato, applicare il dentifricio fino a 2 volte al giorno sul dente sensibile e massaggiare per un minuto. (Nathoo S et al. J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss):123-130)
Per un sollievo immediato e duraturo in studio, utilizzare elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Pasta Desensibilizzante. (Schiff T et al. Am J Dent 2009; 22 (Spec Iss A): 8A-15A)

1. Hamlin D et al. Am J Dent 2009, 22 (Spec Iss A): 16A-20A.

Colgate® GABA
Your partner in oral health

www.quidentista.it

Materiale informativo per Professionisti Dentali

Colgate Palmolive s.r.l.
viale A.G. Eiffel n. 15 - 00148 Roma
numero verde 800 90 30 10

La Cassazione riconosce la responsabilità di un dentista per il lavoro fatto (male) dal collega che l'ha preceduto

‹ pagina 1

È il caso di un dentista di Monza – già condannato in secondo grado dalla Corte d'Appello di Milano – considerato responsabile di avere realizzato degli elementi protesici su denti devitalizzati "male" dal suo predecessore. Dopo la cementazione alcuni elementi avevano cominciato a creare problemi costringendo il professionista a rimuoverli nonostante la corretta realizzazione della protesi.

I dati significativi sono due. Il primo, visibile a occhio nudo, è il fatto di caricare in qualche modo di una responsabilità più penetrante il dentista che si prenda in carico un paziente già curato da altri colleghi. Non si tratta, si badi bene, di una larvata forma di responsabilità oggettiva, come qualcuno potrebbe ipotizzare, ossia perché devo rispondere io se il lavoro l'hai fatto male tu? Domanda che in molti giustamente si sono posti.

Il fatto è che installare una protesi su denti devitalizzati male in precedenza significa accettare il rischio di un'opera che parte da basi sbagliate. Poco importa in questi casi di chi sia la colpa. Rileva invece il controllo che il nuovo professionista deve preventivamente effettuare prima di installare elementi che si ricolleghino "eziologicamente" (per un rapporto di causa ed effetto, nda) a lavori effettuati in precedenza. Se si ha la consapevolezza che un lavoro precedente sia stato mal fatto, anche quello nuovo dovrà partire da basi diverse.

Il secondo principio che molti forse non hanno colto è quello del cumulo – applicato dalla Corte – tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale. Quella che si definisce accademicamente aquiliana o da fatto illecito. La Corte – per quello che è dato sapere – le ha applicate entrambe al dentista poco diligente, avendo riconosciuto al paziente due tipi di tutela risarcitoria: una legata al contratto stipulato con il professionista, l'altra che scaturisce da tutto ciò che di "sballato" può derivare dalla condotta del dentista.

I riflessi sono decisamente importanti anche in termini di prescrizione dell'azione di risarcimento. Mentre la responsabilità contrattuale sconta una prescrizione ordinaria (decennale), quella da fatto illecito è di cinque anni, ma decorre dal momento in cui il danno diventa effettivamente percepibile da parte del paziente: quindi, la responsabilità del dentista diventa attaccabile anche più a lungo nel tempo.

Quindi, un consiglio amichevole: attenzione al follow-up!

Avv. Alberto Pezzini

Le conoscenze indispensabili di medicina legale in Odontostomatologia

Ripercorrere i fondamenti della responsabilità professionale dell'odontoiatra (ma il problema riguarda anche le altre categorie mediche) porta molte considerazioni sia sugli aspetti formali, ma anche e soprattutto sugli aspetti pratici, quelli che riguardano chi esercita "da professionista" la medicina legale, ma anche e soprattutto i clinici.

Da un lato una buona medicina e una buona odontoiatria hanno bisogno di consulenze corrette, fondate, aggiornate, chiare e leggibili, redatte con onestà professionale, rigore scientifico e giuridico (sostanziale e formale), con semplicità e competenza, con equilibrio e obiettività, che siano richieste dai giudici o dalle parti. Servono consulenti preparati, aggiornati onesti, esperti ed eticamente corretti; in parole povere consulenti competenti.

Il problema, non irrilevante, è molto sentito da tecnici e operatori del settore, ma ancor di più dai clinici, coinvolti a torto o a ragione in vicende giudiziarie. Qualcuno ha affermato che oggi prima ci si iscrive all'albo dei consulenti tecnici e dei periti di un tribunale e poi ci si laurea. Battuta infelice, ma con un grosso fondo di verità. L'affidamento di consulenze o le valutazioni di merito effettuate da persone inesperte comportano valutazioni erronee, lungaggini processuali, stress e insoddisfazione per tutte le parti, danni economici a Stato e soggetti coinvolti.

Se da un lato, in presenza di un evidente errore medico/odontoiatrico o di un inadempimento, è legittimo che il danneggiato o presunto tale ottenga il ristorno integrale delle conseguenze pregiudizievoli nella sfera dei propri diritti (Paolo Vinci), è altrettanto indubbio che occorra mirare a un diritto che contempli e promuova un «giusto risarcimento o ristoro» tutelando diritti e dignità di tutte le parti coinvolte, individuando ed estromettendo speculazioni e condotte deontologicamente inidonee.

La considerazione più curiosa e triste, però, risiede nel fatto che mentre sempre più professionisti anelano a svolgere il ruolo di consulente, spesso improvvisandosi, medici e odontoiatri che si occupano esclusivamente di pratica clinica, si dedicano esclusivamente all'aggiornamento nella propria branca specifica, dimenticando di riservare almeno poche ore all'evolversi delle questioni medico legali. Snobbano spesso la materia ritenendola inutile, intuitiva e pretestuosa, da esercitare quale ripiego o integrazione occasionale di un'attività clinica, oggi sempre più problematica.

La medicina legale, al contrario, presenta aspetti che interessano qualsiasi medico, indipendentemente dalla specialità esercitata a tutela del paziente e/o per i risvolti giudiziari civili e penali di una professione sempre più complessa e difficile. Eppure se da un lato i colleghi anelano a giudicare l'operato altrui, dall'altro continuano a commettere errori per leggerezza, in buona parte dei casi, in buona fede, ma troppo spesso per ignoranza dei più basilari norme e riferimenti medico legali.

Ai clinici puri non è richiesta una complicata terminologia giuridica (lasciamola a chi per mestiere si occupa di tali questioni), ma una competenza di base efficace e utile a rendere più sereno il rapporto di cura con il paziente e più tranquilla la vita privata. Ai clinici è richiesta un'odontoiatria consapevole e difendibile, che non attende un problema per leggere testi di medicina legale o partecipare a eventi specialistici in materia. Un'odontoiatria informata su questioni che pesano sulla professione (la cui conoscenza aiuta a gestirla meglio e con maggior serenità, magari in grado di prevenire o controllare la rottura del rapporto di cura).

Un'informativa su questioni medico-legali costante e aggiornata, «come una buona lettura e non per tentare di risolvere problematiche!», che

aiuti a documentare meglio la propria attività, consigli scelte assicurative adeguate all'attività svolta o di cui si deve rispondere, che sostenga scelte procedurali e terapeutiche, rapporti di collaborazione e lavori d'équipe e aiuti a individuare le criticità del rapporto con il paziente. Un'informativa fatta di poche, semplici nozioni di base in materia di argomenti specifici, fruibili e facilmente utilizzabili nella pratica quotidiana. Informazioni facilmente reperibili su pubblicazioni di settore o mediante webinar mirati.

Maria Sofia Rini, Marco Brady Bucci

Per il "no-fault" (e prescindendo dalla colpa) se il medico paga, il paziente non può agire

Anche la responsabilità professionale in campo medico sta per giungere a una svolta radicale in Italia, sul modello del *no-fault* di stampo francese? Vediamo in cosa consiste. A prescindere dall'accertamento della colpa del sanitario, il paziente transalpino che accetti un risarcimento a titolo satisfattivo rinuncia solo per tale motivo all'azione legale.

Si tratta quindi di un istituto – che verrà direttamente inserito nelle polizze assicurative dei medici – in grado di alleggerire il carico giudiziario creatosi per le responsabilità professionali in ambito sanitario. I punti più significativi della riforma – messa a punto all'interno di un Testo Unico a cura del Comitato ristretto Affari Sociali della Camera dei Deputati – sono concentrati in ben 11 articoli.

L'art. 5 – il più importante in assoluto – dovrebbe contenere la depenalizzazione della colpa medica, mentre l'art. 6 finisce per delimitare una volta per tutte la natura giuridica delle responsabilità in materia: contrattuale, quella della struttura, extracontrattuale, quella del medico. L'art. 9, invece, interessa maggiormente a livello pratico giacché istituisce le cosiddette forme di "autoassicurazione" per i sanitari. Ci riserviamo di tornare in futuro sull'argomento seguendo lo sviluppo dell'iter legislativo.

Avv. Alberto Pezzini

©MIS Corporation. All Rights Reserved

MORE BONE Where it Matters Most...

Find out more about the new V3 Implant at: www.V3-implant.com

V3 By MIS

Il dentista? Un lusso. Secondo l'ISTAT il 12% degli italiani rinuncia a curarsi per motivi economici*

Nel 2013 il 12% degli italiani dai 14 anni in su ha rinunciato, nei 12 mesi precedenti, a una visita odontoiatrica o a trattamenti per motivi economici. Si conferma che nel nostro Paese le cure odontoiatriche hanno subito una flessione negli anni della crisi economica. La quota di popolazione che durante l'anno si è rivolta al dentista o all'ortodontista è pari al 37,9% nel 2013, dal 39,3% del 2005. Risulta invece in aumento, dal 24% al 29,2%, la percentuale di persone che hanno dilazionato le visite in un arco temporale più lungo, da 1 a 3 anni. È quanto emerge dal rapporto "Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia 2013" dell'ISTAT.

Sul totale di chi rinuncia alle visite, i motivi economici incidono per l'85,2%. Lo svantaggio del Mezzogiorno è molto evidente: solo il 27,7% della popolazione di 3 anni e più ha fatto ricorso alle cure odontoiatriche rispetto alla media nazionale del 37,9%; inoltre è più alta la quota di chi rinuncia per motivi economici (14,5% rispetto al 12% osservato a livello nazionale). Anche per le visite per prevenzione o per la pulizia dei denti professionale, la quota di persone rilevata nel Meridione (16%) è la metà di quella del Nord (30,7%), mentre è doppia rispetto al Nord la percentuale di coloro che non sono mai stati da un dentista (12% contro 6,2%). A livello nazionale, però, migliora complessivamente la salute dei denti rispetto al 2005. La quota di persone di 14 anni e più che conservano tutti i propri denti naturali (28) passa dal 37,8 al 41,4%, mentre coloro che hanno perso tutti i denti naturali si riducono dal 12 al 10,8%.

Per tutti gli indicatori di accesso alle cure e della salute orale permangono le diseguaglianze sociali. Il ricorso al dentista nell'anno supera il 50% tra le persone con titolo di studio alto e scende al 27,6% tra chi ha conseguito al massimo la licenza media. Le persone anziane senza alcun dente naturale sono il 17,9% tra coloro che hanno almeno la laurea e il 41,6% tra quanti hanno un basso titolo di studio.

Si riduce dal 39,4% del 2005 al 34% del 2013 la quota di bambini (3-14 anni) che non sono mai stati dal dentista, percentuale che scende al 32,2% per quelli con almeno un genitore laureato, e sale al 41,5% se i genitori hanno al massimo la licenza media. Tra i bambini stranieri raggiunge il 46,3%. Si riduce poi il numero di trattamenti effettuati: le persone che si sono sottoposte a un solo tipo di trattamento nell'anno sono il 70,7% (49,3% nel 2005). Diminuisce il ricorso ai dentisti che esercitano la libera professione (la percentuale passa dal 34,7% nel 2005 al 32,3%), mentre rimane molto contenuta la quota coperta dal settore pubblico o convenzionato, pari al 5% e stabile rispetto al 2005.

Fonte: Adnkronos

* Ma per l'ISTAT (vedi www.dental-tribune.com) "cresce la spesa delle famiglie per le prestazioni sanitarie e per i servizi che riguardano la salute".

Rosso: «Situazione non particolarmente peggiorata, lievemente cambiate le abitudini degli italiani»

Credo valga la pena di riordinare un po' le idee relativamente ai dati dello studio "Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia 2013", pubblicato da ISTAT. Alcune interpretazioni dei risultati della ricerca, molti titoli allarmanti e, a volte, qualche strumentalizzazione dell'importante lavoro dell'Istituto di statistica nazionale rischiano di presentare un panorama pessimistico rispetto alla precedente rilevazione del 2005. Ma, pur in un quadro oggettivamente negativo per la salute orale degli italiani, a mio modo di vedere, la situazione non è particolarmente peggiorata; semplicemente sono lievemente cambiate le abitudini degli italiani, in parte a causa della situazione recessiva ormai di natura strutturale e in parte per l'evoluzione demografica che, nel frattempo, ha subito il Paese.

Veniamo quindi ai numeri e alle conseguenti osservazioni. Innanzitutto il 38% degli italiani è andato dal dentista nel corso dell'ultimo anno, mentre nel 2005 la percentuale è stata di poco superiore al 39%, con un lieve calo percentuale (– 1,4%). Ma in termini assoluti, considerando che nel frattempo la popolazione italiana è aumentata di circa il 4%, il numero totale di pazienti è rimasto invariato e si calcola intorno ai 23 milioni di cittadini. Dato peraltro coerente con i consumi rilevati da Key-Stone; ad esempio, nel 2015 si sono consumati 30 milioni di tubofiale di anestetico, circa 70 milioni di aspirasaliva, oltre 120 milioni di salviette plastificate, ecc. I circa 23 milioni di pazienti sono indubbiamente pochi, ma non abbiamo assistito a un crollo, bensì a un ristagno.

Il problema è semmai per i dentisti e gli studi odontoiatrici, che nel frattempo sono aumentati del 13% circa nello stesso periodo (rispettivamente da poco più di 53.000 a 60.000 e da 35.000 a quasi 40.000), con un indubbio peggioramento dei pazienti pro-capite.

Affermare peraltro che il 38% è andato dal dentista nell'ultimo anno non significa che questa sia la porzione di italiani che si rivolge allo specialista odontoiatrico almeno una volta all'anno, poiché tra questi una buona parte ha avuto accesso alle strutture occasionalmente, quindi sotto il profilo della "cultura della prevenzione" il nostro Paese è davvero molto indietro.

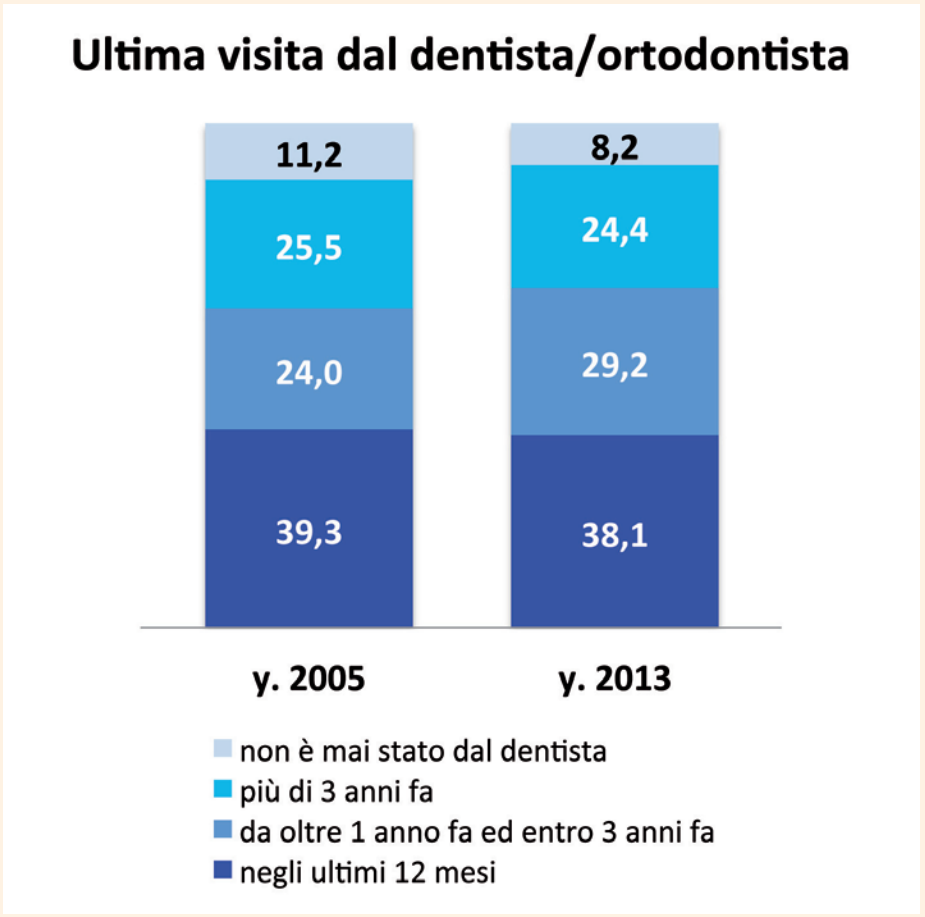
Decisamente positiva invece la situazione di coloro che non sono mai andati dal dentista, che migliora in modo sensibile soprattutto nelle aree che maggiormente sentono questo problema, cioè nel Sud e per le fasce economiche più deboli. Probabilmente è aumentata la percentuale di coloro che, se costretti da una situazione di urgenza, non rinunciano al dentista, ma ha di certo influito anche il lento e inesorabile invecchiamento della popolazione.

Interessante anche notare l'andamento delle risposte intermedie, che classificheremmo secondo due differenti principi. Nel caso di chi è andato dal dentista nel periodo da 1 a 3 anni, è probabile prevalga una porzione di italiani che frequentano abbastanza abitualmente lo studio, seppur non ogni anno. Tra coloro che invece mancano dallo studio da oltre tre anni, troviamo probabilmente molti che hanno "dimenticato" di tornare a farsi perlomeno controllare da ormai troppo tempo. Sommando i primi due scaglioni, quindi considerando coloro che sono stati dal dentista per lo meno negli ultimi tre anni, la percentuale aumenta del 4%, passando dal 63% del 2005 al 67% del 2013. Possiamo quindi affermare che i due terzi degli italiani vadano di fatto dal dentista, ma con una frequenza insufficiente rispetto a quanto raccomandato nelle Linee guida nazionali del Ministero della Salute.

In ultimo, il fatto che l'85% di coloro che non hanno avuto accesso agli studi dentistici nell'ultimo anno sia stato frenato da ragioni economiche, la dice lunga sulla problematica di fondo che riguarda l'odontoiatria nostrana, tuttora troppo costosa per gran parte della popolazione.

Nonostante il modello di business dello studio tradizionale e il suo conto economico sempre più al limite, non consentano oggettivamente di ridurre oltre modo i prezzi delle prestazioni, sarà indispensabile prendere provvedimenti di welfare odontoiatrico, che ancora non è minimamente nell'agenda politica italiana, pena il rischio di un enorme incremento dell'odontoiatria low-cost, che andrà a colmare una domanda latente ma impellente. Augurandoci che la nostra salute sia comunque garantita.

Roberto Rosso



Alberto Oliveti rieletto presidente della Fondazione ENPAM

Tra i quattro dentisti nel CdA, Prada (ANDI) e Renzi (CAO)

Alberto Oliveti rieletto presidente della Fondazione ENPAM nel giugno 2015.

Laureato in medicina ad Ancona nel 1980, specializzato in Pediatria, medico di famiglia a Senigallia, nel 2010 è stato eletto vicepresidente dell'ENPAM per diventarne presidente nel 2012. Sotto la sua guida, l'Ente previdenziale ha varato le riforme della gestione del patrimonio, della previdenza e dello Statuto. L'Ente ha inoltre approvato il bilancio consuntivo 2014, con un avanzo di gestione di 1,2 miliardi di euro e un patrimonio netto di 16,2 miliardi. Gli odontoiatri del CdA della fondazione ENPAM sono Giovanni Pietro (Giampiero) Malagnino (vicepresidente), laureato in Medicina a Perugia nel 1978 e specializzato in Odontoiatria. Vicepresidente vicario dell'ENPAM dal 2012, è anche vicepresidente vicario dell'ADEPP, l'associazione delle casse previdenziali private. Giuseppe Renzo, odontoiatra, laureato in Medicina a Messina nel 1978, presidente CAO nazionale, è stato consigliere di amministrazione dell'ENPAM nel precedente mandato. Gianfranco Prada, presidente nazionale dell'ANDI, tesoriere dell'Ordine lariano, laureato in Odontoiatria a Milano, e Marco Gioncada, medico e odontoiatra, consigliere OMCeO Pavia, laureato in Medicina a Pavia nel 1976 e specializzato in Odontostomatologia e in Malattie dell'apparato cardiovascolare. A proposito dell'elezione di Prada nel CdA della Fondazione ENPAM, ANDI ha emesso un comunicato: «L'impegno, la forza, la serietà del costante lavoro di ANDI hanno trovato un giusto riconoscimento nei passaggi elettorali appena trascorsi – dice la nota –. Si tratta ora di continuare sulla strada di migliorare e garantire i giusti diritti sia nell'ambito pensionistico sia in quello dell'assistenza ai medici e odontoiatri liberi professionisti. ANDI e il suo Presidente in prima persona giocheranno un ruolo determinante in queste partite, vigileranno e proporranno tutti gli strumenti utili a raggiungere le garanzie per un futuro sicuro a questa e alle prossime generazioni di dentisti». «Non è stata una elezione scontata», commenta Prada. «Sulla mia persona sono confluiti i voti di molti Presidenti di Ordine e rappresentanti della professione medica, premiando il lavoro che ANDI ha fatto in questi anni per la ibera professione. Un lavoro che ha sempre puntato alla concretezza, lasciando da parte polemiche e interessi di bottega per privilegiare proposizioni costruttive per il bene e il futuro della professione». Con Prada siederanno in CdA, altri due iscritti all'Albo degli odontoiatri soci ANDI: Giampiero Malagnino, già past-president ANDI e vice-presidente vicario ENPAM e Giuseppe Renzo, presidente nazionale CAO. Altri soci ANDI ricoprono cariche istituzionali ENPAM: Marco Gioncada, supplente nel Collegio dei Sindaci Revisori; nell'Osservatorio Giovani, Stefano De Gregoriis; e nell'Osservatorio Pensionati, Renato Naldini e Maria Clemens Barberis.

Dental Tribune Italia