



“ Covid-19: l'analisi di Lamberto Manzoli ”

*Professore di Epidemiologia,
Direttore del Dipartimento di Scienze
Mediche, Università di Ferrara*

Dal Ministro Speranza conferma di volontà
di attenzione per l'Odontoiatria

Direttiva EURATOM

Guarda al futuro il Congresso
Nazionale ANDI con i Giovani

Marco Landi: Amalgama, non è ancora
detta l'ultima parola

2020

ANDI EVENTI



Associazione Nazionale Dentisti Italiani



Per maggiori informazioni contattare:

ANDI Progetti

Daniela Curzi

Lungotevere Raffaello Sanzio, 9

00153 Roma

Tel. 06 5881753

ANDI Servizi

Sabrina Gallina

Via Ripamonti, 44

20141 Milano

Tel. 02 30461050

Cell. 346.1285977

sabrina.gallina@gruppoandi.it

I mesi appena trascorsi hanno segnato una serie di cambiamenti epocali che hanno coinvolto in modo particolare l'area della formazione e degli eventi.

L'impossibilità di programmare appuntamenti in presenza è stata superata da un utilizzo strutturato delle risorse offerte dal web: quello che sembrava un processo di lento cambiamento ha subito un'accelerazione repentina alla quale il mondo dell'odontoiatria e i soci ANDI, in particolare, hanno reagito positivamente.

L'offerta formativa disponibile sulla piattaforma ANDI Brain si è moltiplicata, sia con corsi accreditati ECM che si sono aggiunti ai precedenti, che con la condivisione di contenuti provenienti dalle collaborazioni con le società scientifiche.

Ma non solo, il ritmo degli eventi politici che coinvolgono il mondo di ANDI e dell'Odontoiatria, diventa ogni giorno più incalzante. Per questo motivo scrivere, rispettando i tempi di un trimestrale cartaceo, senza essere poi superati dai fatti al momento di essere letti, è ormai quasi impossibile. Fortunatamente la tecnologia ci viene in soccorso, permettendo di trasferire dalla carta al web i servizi, consentendoci così di aggiornarli sulla scorta di quanto sta succedendo. Sarà sufficiente inquadrare con il vostro smartphone il codice che vedete stampato al fondo di alcuni nostri approfondimenti, utilizzando un qualsiasi programma di scansione per codici QR verrete indirizzati alla pagina del sito ANDI.

Grazie e buona lettura a tutti

Ufficio Stampa ANDI Nazionale

Elisa Braccia

+39 346 3951050

braccia.press@andimedia.it

Paolo Angelini

+39 349 2394438

angelini.press@andimedia.it

Indice

EDITORIALE

L'editoriale del Presidente si aggiorna online 2

PRESIDENZA

Il Ministro Speranza conferma volontà di attenzione per l'Odontoiatria 3

FONDAZIONE RETE ANDI

Fondo Professioni: come iscriversi e perché 4

EBIPRO aiuta gli studi ad abbattere i costi 5

FISCO E IMPOSTE

Misure di incentivo e semplificazione fiscale 7

SINDACALE

Dalla Direttiva EURATOM 2013/59 al D.lgs 101/20: il report di ANDI 12

Primo riscontro da Unioncamere e CCIAA sui codici Ateco per le STP 17

CULTURALE

Per l'aggiornamento culturale ANDI la parola d'ordine è innovazione 18

Guarda al futuro il Congresso Nazionale ANDI con i Giovani 20

Il ruolo dell'odontoiatra nella gestione dei disturbi respiratori in sonno 21

Informazione e orientamento, le analisi del Centro Studi ANDI 25

L'INTERVISTA

Covid-19: l'analisi di Lamberto Manzoli 28

MESE DELLA PREVENZIONE

ANDI e Mentadent insieme nel segno della prevenzione dentale per tutti 32

POLITICHE DI GENERE

Violenza domestica in aumento durante il lockdown. 34

Il ruolo del dentista sentinella ANDI

ESTERI

Amalgama: non è ancora detta l'ultima parola 36

FONDAZIONE

Arresto cardiaco e Covid-19: come fare il primo soccorso in sicurezza 38

SERVIZI PER I SOCI

Nuova polizza multirischi per la protezione dello studio Odontoiatrico 40

Vi presentiamo il sistema Invisalign Go 41

Da compass opportunità e strumenti per i soci ANDI 43

Direttore editoriale
Carlo Ghirlanda

Direttore responsabile
Elisa Braccia

Comitato tecnico-scientifico
Esecutivo Nazionale ANDI

Coordinamento editoriale
Paolo Angelini

Segreteria
Lidia Di Mambro
redazione@andimedia.it

Proprietà ANDI - Associazione
Nazionale Dentisti Italiani

Editore ANDI PROGETTI S.r.l.
Registrazione del Tribunale
di Roma
n. 12062 del 23/03/1968
Registrazione al roc n. 33617
del 08/11/2019

Progetto grafico
Adriana Brunetti

Realizzazione
Ariesdue s.r.l.

Stampa
Roto3

ISSN 2499-3557



Questo periodico è associato
all'Unione Stampa Periodica Italiana



Carlo Ghirlanda
Presidente
ANDI Nazionale

L'editoriale del Presidente si aggiorna online



Il Ministro Speranza conferma volontà di attenzione per l'Odontoiatria

cure dentali per una importante quota di cittadini gravati da una situazione di crescente disagio economico.

Il Vicepresidente Malagnino ha evidenziato i numeri del settore odontoiatrico, sottolineando gli aspetti previdenziali della componente odontoiatrica nell'ambito delle libere professioni sanitarie.

Il Presidente Ghirlanda ha quindi segnalato la necessità della definizione di regole per contrastare le anomalie e le incongruenze sulla configurazione dell'esercizio in forma societaria della attività di odontoiatria, nonché il rischio della presenza del capitale nella professione odontoiatrica. Il caso Dentix rappresenta l'ultimo episodio di una serie di casi che hanno coinvolto, in Italia come in Europa, migliaia di pazienti, vittime di un sistema che necessita di una linea di confine netta tra gli interessi economici e la salute delle persone.



È seguito, infine, uno scambio di punti di vista sui problemi legati alle autorizzazioni sanitarie, al ruolo dei Fondi integrativi e dei providers assicurativi in campo odontoiatrico e alle misure necessarie per affrontare la pandemia da Coronavirus in campo odontoiatrico.

Al termine dell'incontro, caratterizzato da disponibilità all'ascolto e all'approfondimento da parte del Ministro Speranza, si è stabilito che questo sia stato il primo momento di una interlocuzione continua e costruttiva, tale da consentire di affrontare gli argomenti esistenti con il comune intento di individuare le soluzioni e far funzionare al meglio l'odontoiatria italiana, rendendo un migliore servizio per tutti i cittadini e i professionisti coinvolti. { ■ }

ANDI, fin dall'insediamento del Ministro al dicastero della Salute, ha inteso aprire un dialogo collaborativo tra la professione odontoiatrica e l'istituzione, che potesse essere propedeutico alla creazione di un rapporto collaborativo rivolto alla soluzione dei principali problemi che riguardano da una parte la gestione della salute orale dei cittadini e dall'altra le necessità degli Odontoiatri italiani. Disponibilità e attenzione sono emerse dall'incontro operativo avvenuto al Ministero di Lungotevere tra Roberto Speranza, Ministro della Salute, Carlo Ghirlanda, Presidente Nazionale ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani), Raffaele Iandolo Presidente CAO Nazionale e Giampiero Malagnino, Vicepresidente Fondazione ENPAM.

Il Presidente Iandolo ha sottolineato l'importanza di una ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza in odontoiatria. Saranno presto disponibili ingenti fondi europei per la sanità e con lo stanziamento di una parte minima di queste risorse, sarebbe possibile estendere l'accesso alle

Segui la pagina Facebook di **"ANDI Associazione Nazionale Dentisti Italiani"** e clicca mi piace



Fondo Professioni: come iscriversi e perché

Andrea Giovanni Contini
Presidente Fondazione Rete
ANDI



I rapporti fra i datori ed i dipendenti nei nostri studi sono regolati dal Contratto Collettivo Nazionale di Confprofessioni, di cui ANDI fa parte. Contratto Nazionale che è riconosciuto come uno dei più avanzati sia per il welfare integrativo per le nostre assistenti, sia per gli interventi sulla formazione. Il merito è degli enti bilaterali, costituiti in modo paritetico dai datori di lavoro riuniti in Confprofessioni, Confedertecnica, Cipa e dei sindacati Cgil, Cisl, Uil: Cadiprof, Ebipro e Fondo Professioni.

Mentre Cadiprof è dedicato al welfare dei dipendenti ed Ebipro al finanziamento degli interventi sulla 81/08, sulla privacy e sull'antiriciclaggio, Fondo Professioni si occupa di finanziare la formazione dei dipendenti. E lo fa a costo zero: infatti il denaro che FP utilizza viene dallo 0,30% del

monte salariale che il datore di lavoro verserebbe obbligatoriamente all'INPS o ad un altro ente.

Scegliere di versare questa piccola percentuale al nostro fondo contrattuale permette anche a noi, dentisti associati ANDI di creare progetti di formazione a beneficio delle nostre assistenti. Un esempio è il progetto aggiornamento ASO che sta per partire e che vede un finanziamento importante riversarsi sui Dipartimenti Regionali ANDI che sarà utilizzato per permettere ad un importante numero di ASO di completare gratuitamente l'aggiornamento obbligatorio annuale.

Come iscrivere il proprio studio alla bilateralità è semplice: basta parlarne al proprio consulente del lavoro e assicurarsi che egli abbia inserito nella denuncia aziendale del flusso Uniemens, all'interno dell'elemento "FondoInterprof"; opzione "**Adesione**", il codice "**FPRO**" seguito dal numero dei dipendenti o, nel caso lo studio fosse stato iscritto ad un altro fondo, che il consulente del lavoro nella denuncia aziendale del flusso Uniemens, all'interno dell'elemento "FondoInterprof", opzione "Revoca", inserisca la sigla "**REVO**" e che contestualmente, indichi il codice "**FPRO**", seguito dal numero di dipendenti, per l'iscrizione a Fondoprofessionioni nell'opzione "Adesione".

La complessità apparente delle istruzioni è per fortuna una procedura molto semplice per i consulenti che, alla fine della procedura, devono stampare il "Cassetto Previdenziale" dal quale risulta l'iscrizione a FondoProfessionioni. Con questa semplice operazione rendiamo disponibili per noi stessi delle risorse con cui andremo in futuro a finanziare un sempre maggior numero di iniziative per far crescere professionalmente i nostri dipendenti e di conseguenza far crescere e migliorare i nostri studi, permettendoci di curare i nostri pazienti sempre nel modo migliore. { ■ }





EBIPRO aiuta gli studi ad abbattere i costi

Oltre a Fondo Professioni e Cadiprof, il sistema della bilateralità di ConfProfessioni vede la presenza anche di EBIPRO, che opera in ambiti strategici come **la tutela della sicurezza e della salute sul lavoro**, la formazione, il welfare, la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e il sostegno al reddito.

Negli studi dentistici le figure tipiche relative alla sicurezza sul lavoro, così come delineate nel D.Lgs 81/08 sono, oltre al datore di lavoro che quasi sempre svolge anche la funzione di **RSPP - Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione** o che comunque lo nomina, il **rappresentante della sicurezza per i lavoratori RLS, i lavoratori**, e, quando nominato, il Medico Competente.

Tutte le figure devono, per poter svolgere il loro ruolo, aver seguito dei corsi di formazione e devono obbligatoriamente aggiornare la formazione secondo una periodicità definita. Fra poco ANDI Nazionale riaprirà i corsi di aggiornamento obbligatori per tutte le figure: RSPP, RLS e lavoratori.

EBIPRO, aiuta gli studi ad abbattere i costi, garantendo un congruo rimborso agli studi dentistici. Il rimborso viene erogato per i corsi inseriti nei cataloghi accreditati presso FondoProfessioni, gli unici riconosciuti da EBIPRO come quelli organizzati da ANDI Servizi. Sono compresi i corsi di aggiornamento (e formazione) riservati ai datori di lavoro e quelli per i dipendenti; il rimborso arriva, entro i massimali, al 60% del costo del corso per i soli iscritti ad EBIPRO, e raggiunge il 100% per gli studi iscritti anche a Fondo Professioni secondo la tabella riportata e che si trova sul sito www.ebipro.it { ■ }

TIPOLOGIA	MASSIMALE PER RIMBORSO 60% (CON ISCRIZIONE SOLO AD EBIPRO)	MASSIMALE PER RIMBORSO 100% (CON ISCRIZIONE A FONDO PROFESSIONI)
Lavoratori Basso rischio	120 €	155 €
Lavoratori Medio rischio	160 €	210 €
Lavoratori Alto rischio	175 €	230 €
Aggiornamento Lavoratori	120 €	155 €
1° soccorso B-C	210 €	270 €
Aggiornamento 1° Socc. B-C	120 €	155 €
Antincendio Basso rischio	125 €	160 €
Antincendio Medio rischio	210 €	275 €
Antincendio Alto rischio	405 €	525 €
Aggiornamento Antincendio Basso rischio	85 €	110 €
Aggiornamento Antincendio Medio rischio	150 €	195 €
Aggiornamento Antincendio Alto rischio	210 €	275 €
RLS	420 €	545 €
Agg. RLS <50dip	120 €	155 €
Agg. RLS >50dip	195 €	260 €
Preposti	195 €	260 €
Aggiornamento Preposti	170 €	225 €
Dirigenti	355 €	465 €
Aggiornamento Dirigenti	179 €	235 €
RSPP datori di lavoro Basso rischio	350 €	450 €
RSPP datori di lavoro Medio rischio	450 €	600 €
RSPP datori di lavoro Alto rischio	600 €	700 €
ASPP/RSPP esterno	700 €	900 €
Aggiornamento RSPP datori di lavoro Basso rischio	160 €	210 €
Aggiornamento RSPP datori di lavoro Medio rischio	225 €	295 €
Aggiornamento RSPP datori di lavoro Alto rischio	300 €	390 €
Aggiornamento RSPP 40 ore	300 €	600 €
Radio Protezione	110 €	180 €
BLS-D	110 €	180 €

Misure di incentivo e semplificazione fiscale

Lo schema riassuntivo dettaglia i provvedimenti di maggior interesse per i professionisti contenuti nel Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34 (Decreto Rilancio) e nel Decreto Legge 14 agosto 2020 n. 104 (Decreto Agosto).

Cancellazione clausole IVA (art.123 Decreto Rilancio)

Soppresses definitivamente a partire dal 1° gennaio del 2021, le cosiddette "clausole di salvaguardia" che prevedono aumenti automatici delle aliquote IVA e delle accise su alcuni prodotti carburanti

Detrazione nella misura del 110 per cento (art.119 Decreto rilancio)

L'agevolazione consiste in una detrazione per le spese sostenute **dal 1°luglio 2020 al 31 dicembre 2021 del 110%**, per specifici interventi volti ad incrementare l'efficienza energetica degli edifici (ecobonus), la riduzione del rischio sismico (sisma bonus) e per interventi ad essi connessi relativi all'installazione di impianti fotovoltaici e colonnine per la ricarica di veicoli elettrici.

La detrazione potrà essere fruita dagli aventi diritto **in 5 anni** con quote di pari importo e potrà essere ceduta a fornitori e banche con la conseguenza che i proprietari degli immobili potranno vedere incrementato il valore dei propri immobili senza nessun esborso, a totale carico dello Stato.

I lavori di riqualificazione energetica dovranno garantire il **miglioramento di almeno due classi energetiche** dell'edificio, ovvero se non possibile, il conseguimento della classe energetica più alta, da dimostrare mediante l'attestato di prestazione energetica (A.P.E) ante e post intervento, rilasciato da tecnico abilitato nella forma della **dichiarazione asseverata**.

Il superbonus sotto forma di credito di imposta potrà essere ceduto alle imprese che effettuano i lavori o ad altri soggetti comprese banche e intermediari finanziari e quindi potranno essere realizzati dai proprietari lavori senza anticipare

Le modalità attuative per la cessione della detrazione o per lo sconto in fattura saranno determinate **entro 30 giorni** dall'entrata in vigore del presente decreto con provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate.

Le agevolazioni maggiorate per il risparmio energetico si applicano agli **interventi effettuati dai condomini**,

nonché, sulle **singole unità immobiliari adibite ad abitazione principale**, dalle persone fisiche al di fuori dell'esercizio di attività di impresa, arti e professioni, dagli Istituti autonomi case popolari (IACP), nonché dalle cooperative di abitazione a proprietà indivisa per interventi realizzati su immobili dalle stesse posseduti e assegnati in godimento ai propri soci.

Ma vediamo quali lavori saranno agevolati:

- **Lavori condominiali quando si riescono a conseguire determinati indici di prestazione energetica.**
- **Rifacimento facciate**
- **Interventi finalizzati alla riduzione del rischio sismico**

Più nel dettaglio si tratta dei seguenti interventi:

ECOBONUS

- **interventi di isolamento termico** delle superfici opache verticali e orizzontali **che interessano l'involucro dell'edificio** con un'incidenza superiore al 25 per cento della superficie disperdente lorda dell'edificio medesimo. La detrazione è calcolata su un ammontare complessivo delle spese non superiore a euro **60.000 moltiplicato per il numero delle unità immobiliari che compongono l'edificio**.
- interventi sulle **parti comuni degli edifici** per la **sostituzione degli impianti di climatizzazione invernale** esistenti con impianti centralizzati per il riscaldamento, il raffrescamento o la fornitura di acqua calda sanitaria a condensazione, con efficienza almeno pari alla classe A di prodotto prevista dal regolamento delegato (UE) n. 811/2013 della Commissione del 18 febbraio 2013, a pompa di calore, ivi inclusi gli impianti ibridi o geotermici, anche abbinati all'installazione di impianti fotovoltaici di cui al comma 5 e relativi sistemi di accumulo di cui al comma 6, ovvero con impianti di microcogenerazione. La detrazione di cui alla presente lettera è calcolata su un ammontare complessivo delle spese non superiore a euro **30.000 moltiplicato per il numero delle unità immobiliari che compongono l'edificio** ed è riconosciuta anche per le spese relative allo smaltimento e alla bonifica dell'impianto sostituito;
- **interventi sugli edifici unifamiliari** per la **sostituzione degli impianti di climatizzazione invernale esistenti con impianti per il riscaldamento**, il raffrescamento o la fornitura di acqua calda sanitaria a pompa di calore, ivi inclusi gli impianti ibridi o geotermici, anche abbinati all'installazione di impianti fotovoltaici e relativi sistemi di accumulo, ovvero con impianti di microcogenerazione. La detrazione di cui alla presente lettera è calcolata su un **ammontare complessivo delle spese non superiore a euro 30.000** ed è riconosciuta anche per le spese relative allo smaltimento e alla bonifica dell'impianto sostituito.

IMPIANTI FOTOVOLTAICI

- Per l'installazione di **impianti solari fotovoltaici** connessi alla rete elettrica su edifici la detrazione di cui all'articolo 16-bis, DPR 917/86, spetta, per le spese sostenute dal 1° luglio 2020 al 31 dicembre 2021, spetta nella misura del **110 per cento**, fino ad un **ammontare complessivo** delle stesse spese non superiore a **euro 48.000** e comunque nel limite di spesa di euro 2.400 per ogni kW di potenza nominale dell'impianto solare fotovoltaico, **da ripartire tra gli aventi diritto in cinque quote annuali di pari importo**, sempreché l'installazione degli impianti sia eseguita congiuntamente ad uno degli interventi di cui sopra (ecobonus)

COLONNINE PER LA RICARICA DI VEICOLI ELETTRICI NEGLI EDIFICI

Per l'installazione di infrastrutture per la ricarica di veicoli elettrici negli edifici, la detrazione di cui all'articolo 16-ter del decreto-legge 4 giugno 2013, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2013, n. 90, è riconosciuta nella misura del 110 per cento, da ripartire tra gli aventi diritto in cinque quote annuali di pari importo, sempreché l'installazione sia eseguita congiuntamente ad uno degli interventi relativi all'ecobonus.

SISMA BONUS

Anche per gli interventi antisismici, allargato l'accesso anche alla zona 3 che conta 1560 comuni, l'aliquota delle detrazioni spettanti è elevata al 110 per cento per le spese sostenute dal 1° luglio 2020 al 31 dicembre 2021.

Per tali interventi, in caso di **cessione del corrispondente credito ad un'impresa di assicurazione** e di contestuale stipula di una polizza che copre il rischio di

eventi calamitosi, la **detrazione spetta nella misura del 90 per cento**.

Le disposizioni **non si applicano agli edifici ubicati in zona sismica 4** di cui all'ordinanza del Presidente del Consiglio dei ministri n. 3274 del 20 marzo 2003, pubblicata nel supplemento ordinario n. 72 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 dell'8 maggio 2003.

Credito d'imposta per la sanificazione e l'acquisto di dispositivi di protezione (art.125 Decreto rilancio)

Viene riconosciuto ai soggetti esercenti attività d'impresa, arte o professione, alle associazioni, alle fondazioni e agli altri enti privati, compresi gli enti del terzo del settore, **un credito d'imposta in misura pari al 60 per cento delle spese sostenute nel 2020 fino a un massimo di 60.000 euro per ciascun beneficiario, nel limite complessivo di 200 milioni di euro per l'anno 2020**, esso riguarda dettagliatamente le spese sostenute per:

- la sanificazione degli ambienti nei quali è esercitata l'attività lavorativa e istituzionale e degli strumenti utilizzati nell'ambito di tali attività,
- l'acquisto di dispositivi di protezione individuale, come: mascherine, guanti, visiere e occhiali protettivi, tute di protezione e calzari, che siano conformi ai requisiti essenziali di sicurezza previsti dalla normativa europea
- l'acquisto di prodotti detergenti e disinfettanti
- l'acquisto di dispositivi di sicurezza diversi da quelli di cui alla lettera b) quali termometri, termoscanner, tappeti e vaschette decontaminanti e igienizzanti, che siano conformi ai requisiti essenziali di sicurezza previsti



dalla normativa europea e incluse le eventuali spese di installazione

- e) l'acquisto di dispositivi atti a garantire la distanza di sicurezza interpersonale, quali barriere e pannelli protettivi, ivi incluse le eventuali spese di installazione.

Si ricorda che la **Circolare dell'Agenzia delle Entrate n 9 del 13 aprile 2020** ha chiarito quali siano i dispositivi interessati dall'agevolazione fiscale del credito:

- mascherine chirurgiche
- Ffp2 e Ffp3
- guanti
- visiere di protezione
- occhiali protettivi
- tute di protezione
- calzari

Si sottolinea che stando a quanto precisato dalla circolare vi rientrano anche gli acquisti inerenti detergenti mani e disinfettanti da lasciare in uso sui luoghi di lavoro.

Ecco quali sono le modalità di fruizione del credito d'imposta in oggetto:

- in dichiarazione dei redditi relativa al periodo d'imposta di sostenimento della spesa
- in compensazione

Si ricorda che in luogo dell'utilizzo diretto si può optare, ai sensi dell'art 122 del Decreto Rilancio per la cessione del credito d'imposta, per la cessione anche parziale del credito d'imposta ad altri soggetti compresi istituti di credito e altri intermediari finanziari.

Il credito d'imposta non concorre alla formazione del reddito ai fini delle imposte sui redditi e del valore della produzione ai fini dell'imposta regionale sulle attività produttive.

Il provvedimento dell'11 settembre 2020 prot. N. 302831 del Direttore dell'Agenzia delle Entrate ha determinato nel 15,6% la percentuale spettante a titolo di credito d'imposta per le spese di sanificazione e l'acquisto di dispositivi di protezione individuale ai contribuenti che hanno presentato richiesta a mezzo apposita comunicazione entro lo scorso 7 settembre.

La misura del credito effettivamente spettante pari al 15,6% deriva dal rapporto tra il budget messo a disposizione dall'art. 125 del DL 34/2020 (pari a 200 milioni di euro) e l'ammontare complessivo dei crediti d'imposta risultante dalle comunicazioni validamente presentate pari ad euro 1.278.578.142.

L'ammontare spettante può essere verificato da ciascun beneficiario a mezzo proprio cassetto fiscale accessibile all'area riservata del sito dell'Agenzia delle Entrate.

Il credito d'imposta può essere utilizzato direttamente dal beneficiario nella dichiarazione dei redditi relativa al periodo d'imposta di sostenimento della spesa o può essere compensato con il modello F24, da presentare unicamente tramite i servizi telematici resi disponibili dall'Agenzia delle Entrate, dal 14 settembre 2020.

Il codice tributo da utilizzare è 6916 "credito di imposta commissioni pagamenti elettronici – art. 22 DL 26 10 2019 n.124", istituito il 31 08 2020 dalla Agenzia delle Entrate.

Dal 14 settembre 2020 al 31 dicembre 2021 sarà possibile comunicare all'Agenzia delle Entrate la cessione, anche parziale, del credito ad altri soggetti inclusi istituti di credi-



to ed altri intermediari finanziari, con facoltà di successiva cessione del credito.

Proroga consegna beni strumentali nuovi al fine di beneficiare del “Super-ammortamento” (art.50 Decreto rilancio)

Ai fini della maggiorazione del 30% del costo di acquisizione di beni strumentali materiali nuovi (“super ammortamento”), è prorogato dal 30 giugno al **31 dicembre 2020** il termine per la loro consegna, sempre che entro il 31 dicembre 2019 il relativo ordine sia stato accettato dal venditore e sia avvenuto il pagamento di acconti per almeno il 20% del costo complessivo (**articolo 1**, DL 34/2019).

Compensazioni fiscali (art.147 Decreto rilancio)

A decorrere dall'anno 2020, il limite per la compensazione orizzontale è elevato da 700 mila a 1 milione di euro.

Riduzione iva dei beni necessari al contenimento e gestione dell'epidemia (art.124 Decreto rilancio)

Con decorrenza entrata in vigore del presente Decreto (dal 19/05/2020) e fino al 31 dicembre 2020 saranno **esenti da IVA** i beni necessari per mitigare il rischio di contagio da coronavirus.

L'esenzione IVA si applicherà non solo alle mascherine (chirurgiche, Ffp2 e Ffp3), ma anche ad articoli di abbigliamento protettivo per finalità sanitarie quali guanti in lattice, in vinile e in nitrile, visiere e occhiali protettivi, tute di protezione, calzari e sovra scarpe, cuffie copricapo, camici impermeabili, camici chirurgici, termometri, detergenti disinfettanti per mani, dispenser a muro per disinfettanti, soluzione idroalcolica in litri, perossido al 3 per cento in litri, carrelli per emergenza, tamponi per analisi cliniche, provette sterili e strumenti utilizzati in ambito ospedaliero.

A partire dal 2021 l'aliquota IVA applicata sarà invece del 5%.

È fatto comunque salvo il diritto alla detrazione dell'imposta pagata su acquisti e importazioni di tali beni, anche se afferenti operazioni esenti (**articolo 19**, Dpr 633/1972).

VERSAMENTI SOSPESI FINO A SETTEMBRE (art. 97 Decreto agosto ulteriori rateizzazioni rispetto alle scadenze di cui agli artt.126 e 127 Decreto rilancio)

Viene prevista la possibilità di rateizzare i versamenti già sospesi con il DL Rilancio (cfr. artt. 126 e 127 DL 19.5.2020, n. 34): si tratta dei versamenti in scadenza nei mesi di marzo, aprile e maggio, già differiti al 16 settembre dal citato DL Rilancio.

Tali versamenti potranno essere effettuati, tutti senza applicazione di sanzioni e interessi, come segue:

- per un importo pari al **50%**: in un'unica soluzione entro il **16 settembre 2020** oppure mediante rateizzazione, fino ad un **massimo di quattro rate mensili di pari**

importo, con il versamento della prima rata entro il 16 settembre 2020 (ultima rata entro 16 dicembre 2020);

- il versamento del **restante 50%** delle somme dovute può essere effettuato, mediante rateizzazione, fino ad un **massimo di ventiquattro rate mensili** di pari importo, con il versamento della **prima rata entro il 16 gennaio 2021** e dell'ultima rata **fino al 16 dicembre 2022**.

Non si fa luogo al rimborso di quanto eventualmente già versato.

Sospensione della compensazione tra credito imposta e debito iscritto a ruolo (art.145 Decreto rilancio)

Nel 2020 si consente di effettuare i rimborsi fiscali nei confronti di tutti i contribuenti senza applicare la procedura di compensazione tra il credito d'imposta e il debito iscritto a ruolo.

Proroga termini per notifiche atti (art.151 Decreto rilancio)

Gli atti per i quali i termini di decadenza scadono tra il 9 marzo 2020 ed il 31 dicembre 2020, sono notificati non prima del 1° gennaio 2021 e fino al 31 dicembre 2021

Spostati i termini di notifica di atti nei confronti dei contribuenti, per evitarne la concentrazione nel periodo successivo alla crisi:

- gli atti di accertamento, contestazione, irrogazione delle sanzioni, recupero dei crediti di imposta, liquidazione, rettifica, per i quali i termini di decadenza scadono **tra il 9 marzo e il 31 dicembre 2020**, saranno notificati nel **2021** (l'emissione dovrà in ogni caso avvenire entro il 2020)
- è ugualmente posticipato al 2021 l'invio di comunicazioni e la notifica di atti (comunicazioni degli esiti della liquidazione e del controllo formale delle dichiarazioni, inviti all'adempimento, atti di accertamento dell'addizionale erariale della tassa automobilistica, atti di accertamento delle tasse automobilistiche per le Regioni Friuli Venezia Giulia e Sardegna, atti di accertamento per omesso o tardivo versamento della tassa sulle concessioni governative per l'utilizzo di telefoni cellulari), comunque elaborati o emessi entro il 2020
- per atti e comunicazioni “ritardati” non saranno dovuti interessi per il periodo compreso tra il 1° gennaio 2021 e la data di notifica dell'atto o di consegna della comunicazione
- è prorogato di un anno il termine di decadenza per notificare le cartelle di pagamento relative alle dichiarazioni presentate nel 2018 (somme dovute a seguito dell'attività di liquidazione), alle dichiarazioni dei sostituti d'imposta presentate nel 2017 (somme dovute ai sensi degli articoli **19** e **20** del Tuir), alle dichiarazioni presentate negli anni 2017 e 2018 (somme dovute a seguito dell'attività di controllo formale).



Un provvedimento del direttore delle Entrate dovrà individuare le modalità applicative della norma.

Dalla proroga restano fuori gli atti indifferibili e urgenti, come la contestazione di frodi fiscali, atti che prevedono la comunicazione di notizia di reato o conseguenti l'applicazione di provvedimenti cautelari, nonché quelli la cui emissione è funzionale all'adempimento, ad esempio la liquidazione d'ufficio dell'imposta da versare per la registrazione degli atti giudiziari.

Rinvio procedura automatizzata di liquidazione dell'imposta di bollo sulle fatture elettroniche (art.143 Decreto rilancio)

Rinviata al 1° gennaio 2021 l'applicazione della procedura di integrazione da parte dell'agenzia delle entrate dell'imposta di bollo dovuta sulle fatture elettroniche inviate tramite il sistema di interscambio che non recano l'annotazione di assolvimento dell'imposta.

ISA

(art.148 Decreto rilancio e art 98 decreto agosto)

Programmata l'adozione di misure in materia di Isa per tener conto, relativamente ai periodi d'imposta 2020 e 2021, degli effetti correlati all'emergenza sanitaria, come l'individuazione di nuove cause di esclusione dalla loro applicazione e quella di ulteriori dati e informazioni per migliorare la valutazione dello stato di crisi individuale. Spostati, poi, i termini per l'approvazione degli Isa e la loro eventuale integrazione, rispettivamente al 31 marzo

e al 30 aprile dell'anno successivo a quello di applicazione. Infine, nel definire le strategie di controllo per il 2018, Guardia di finanza e Agenzia delle entrate dovranno considerare anche il livello di affidabilità fiscale derivante dall'applicazione degli Isa per il successivo periodo d'imposta 2019; allo stesso modo, per il 2020, andrà tenuto conto anche del livello di affidabilità più elevato derivante dall'applicazione degli indici per i precedenti periodi d'imposta 2018 e 2019.

Per i soggetti che esercitano attività economiche per le quali sono stati approvati gli indici sintetici di affidabilità fiscale (ISA) e forfettari e che hanno subito una **diminuzione del fatturato o dei corrispettivi di almeno il 33 per cento nel primo semestre dell'anno 2020** rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente è prorogato al **30 aprile 2021** il termine di versamento della **seconda o unica rata dell'acconto** delle imposte sui redditi e dell'I-RAP (relativo al periodo d'imposta 2020) previsto per il 30 novembre 2020. { ■ }

Lorena Trecate
Dottore Commercialista

Dalla Direttiva EURATOM 2013/59 al D.lgs 101/20: il report di ANDI

Stefano Almini



La pubblicazione in agosto sulla Gazzetta Ufficiale del Decreto legislativo 101/20 traccia una nuova linea di partenza per gli aspetti della Radioprotezione ed il regime complementare della diagnostica odontoiatrica.

Per comprenderne il senso e conoscere in quale contesto ANDI ha potuto e voluto intervenire, occorre ripercorrere a ritroso il percorso della Direttiva Europea fino alla sua pubblicazione.

Si comprenderà il ruolo di ANDI della attuale dirigenza, attivatasi a difendere l'identità diagnostica odontoiatrica, nonostante la Direttiva fosse ormai al termine del suo tragitto di recepimento italiano.

Al pari di un "diario di bordo", ecco le tappe della "navigazione della Direttiva" e le rotte sulle quali l'intervento di ANDI ha potuto influire, modificando l'orientamento e la direzione delle responsabilità in merito all'utilizzo di radiazioni ionizzanti in ambito odontoiatrico.

La partenza della Direttiva EURATOM 2013/59

La Direttiva è denominata 2013/59 perché 2013 è l'anno in cui viene presentata dagli organi europei la strutturazione del testo, con obbligo di recepimento per gli Stati membri entro 5 anni.

Il sistema Italia avrebbe dovuto recepire la Direttiva entro il 2018.

La decisione del sistema Italia

L'Italia non ha rispettato i termini temporali del recepimento della Direttiva (2018) perché decise di mettere ordine, tramite un Testo Unico (che sarà appunto la 101/20), tutto il sistema legislativo in essere sulle radiazioni ionizzanti.

In pratica, l'Italia ha preferito non rispettare il termine del 2018, (subendo le sanzioni europee per il ritardo) per attivare il riordino legislativo sulla materia radioprotezione. Ecco allora un corposo testo che include, per esempio, la 230/95, la 187/00 e le raccomandazioni della 124/10.

Le decisioni delle Regioni

Non tutte le Regioni hanno recepito la 187/00, legge che rafforzava i concetti di giustificazione delle prescrizioni radiologiche e di ottimizzazione del rapporto dose/beneficio. Il mancato recepimento della 187/00 (arrivata nei primi anni 2000) in alcune Regioni comporterà sicuramente una diversa consapevolezza delle nuove disposizioni a carico del responsabile di impianto radiologico, sia nel pubblico che nel privato. Sarà impegnativo per ANDI indicare la stessa strada maestra a tutti i soci per rispondere alle richieste delle responsabilità, trovandosi di fronte una situazione regionale italiana con diversi approcci e diversi livelli di formazione sul tema della radioprotezione (esattamente come accade per i 59 sistemi autorizzativi per attività sanitaria, diversi da Regione a Regione).

La decisione di ANDI

ANDI si attivò nel 2019, dandomi l'opportunità di creare relazioni e confronto intellettuale con il referente ministeriale sul tema della Direttiva Euratom 2013/59, permettendo alla Odontoiatria di dare voce e ascolto alle dinamiche legislative, ormai al termine del loro iter procedurale legislativo.

Cogitamus ergo sumus

Il pensiero è distintivo di una presenza intellettuale. Così è stato, ottenendo l'indipendenza intellettuale in ambito radiologico, dando voce al nostro "essere pensatori" (intellettuali di una professione sanitaria) e quindi "essere responsabili" in primis delle nostre decisioni diagnostiche.

La bozza

Il 5 febbraio venne pubblicato il testo della Direttiva: una bozza avanzata, praticamente quasi definitiva, che contiene numerosi "capitoli", arrivati a conclusione dopo un percorso di 7 anni, in parte come contenuti già presenti nelle precedenti leggi. Ovviamente, si sono attivati, ognuno pro domo sua, tutti gli interlocutori del mondo radiologico: gli esperti qualificati, i tecnici di radiologia, gli esperti in fisica medica, i radiologi. Giustamente, le richieste di modifica e le recriminazioni appartengono alle diverse entità giuridiche: anche ANDI ha voluto fare sentire la voce. Il giorno successivo alla presentazione della bozza, a Roma, in un incontro strategico con il referente ministeriale, si incominciò ad elaborare i contenuti per le audizioni parlamentari che avrebbero previsto, nell'aprile successivo, anche il pensiero di ANDI. Grazie alle audizioni parlamentari e alle memorie scritte di ANDI a sostegno della modifica del testo bozza, fu possibile, dove possibile, difendere l'O-



dontoiatria dal rischio di perdere totalmente l'autonomia decisionale in ambito radiologico, da sempre al fianco della complementarietà ai fini diagnostici.

Gli emendamenti

Il testo bozza presentava numerosi punti meritevoli di chiarimento, ma il focus della bozza lasciava libero spazio a interpretazioni proprio nelle sue "definizioni" che avrebbero potuto togliere a ogni Odontoiatra alcune responsabilità legali, dovendole forzatamente delegare al radiologo. Gli emendamenti di ANDI dovevano chiarire bene proprio una definizione: delimitare bene e senza dubbi che l'Odontoiatra (come esercente, ovvero esso stesso responsabile giuridico della detenzione della apparecchiatura radiologica) potesse assumersi direttamente la responsabilità dell'impianto radiologico, qualunque fosse l'apparecchiatura. Si preparò attentamente ogni parola del testo degli emendamenti. La rete dei contatti politici fu attivata. Il risultato fu vincente, dato che dal dibattito avvenuto nel mese di Aprile alla Camera e al Senato, gli emendamenti proposti da ANDI "passarono" intatti nel loro valore.

Il Decreto Legislativo

In data 31 luglio 2020 l'iter della Direttiva Euratom 2013/59 arrivò al suo termine, comparando come un nuovo Decreto: il 101/20. Un decreto corposo che esprime i fondamentali della sicurezza nei confronti delle radiazioni ionizzanti. Due settimane dopo, sarà poi pubblicato (a metà Agosto) sulla Gazzetta Ufficiale.

Si tratta quindi di un insieme di articoli che coinvolgono anche la radiologia in ambito sanitario, senza le specifiche procedurali per quella odontoiatrica. Questo significa che abbiamo le regole di massima, non esattamente contestualizzate nel comparto odontoiatrico. Quando saranno attivati i tavoli tecnici per le diverse procedure dei diversi professio-

nisti sanitari. ANDI sarà questa volta presente, identificabile e credibile per tutta la categoria odontoiatrica.

Prima di tutto

Prima di ogni commento e prima di dare giudizi, occorre sottolineare cosa sarebbe potuto accadere con l'arrivo del D.lg 101, conforme alle situazioni già presenti in Europa: l'obbligo di un anno di formazione professionalizzante in radioprotezione, con esame finale, prima di potere utilizzare la CBCT in Odontoiatria. Sarebbe stata una notizia dirompente per coloro che avessero già acquistato una CBCT o fossero in procinto di farlo.

Questo aspetto (di una formazione mirata e dedicata alla CBCT) era già stato scritto nelle Raccomandazioni del 2010. Alla luce del nuovo Decreto avrebbe potuto essere confermata come obbligatoria (è già presente in altri Stati Europei) la formazione specifica per le Cone Bean.

Il confronto in questi due anni con il referente ministeriale ci ha permesso di segnalare che, durante la presenza nella Commissione Nazionale ECM, già nel 2017 era stato richiesto dalla Odontoiatria l'inserimento di un obiettivo specifico in radioprotezione, poi accettato dalla Commissione e indicato con il numero 27 tra gli obiettivi formativi nazionali.

Questa storia formativa ci ha permesso di potere utilizzare qualunque apparecchiatura radiologica senza obbligo annuale di formazione. La nuova 101/20 prevede una percentuale obbligatoria di crediti ECM dedicati alla radioprotezione, secondo una scadenza triennale: questo comporterà certamente la elaborazione di un percorso di aggiornamento professionale, senza però la rigidità di frequenza annuale e il fantomatico obbligo di un esame finale.

Inquadramento legislativo del D.Lgs 101/20

I contenuti di questo Decreto sono di vasta portata e difficilmente riassumibili in qualche pagina.

Per quanto riguarda la radiologia in ambito sanitario, questo decreto, recepito ed elaborato dal sistema italiano, coagulando di fatto numerosi altri decreti, comporterà la stesura di altri applicative per le singole specificità degli operatori sanitari, tenendo conto di un "rimodellamento" legislative, previsto tra un anno e mezzo circa.

L'intervento correttivo del Decreto si è reso necessario per le inevitabili sbavature, refusi e incompletezze del testo definitivo.

Questo aspetto ci permette di immaginare ancora un certo tempo di rielaborazione della 101, potendo anche garantire nuovi spazi di intervento per modificare alcune parti di articoli (come, ad esempio, l'annualità dei controlli):

Sul Tavolo Tecnico delle procedure della Odontoiatria ANDI si è creato uno spazio e sarà pronta a sostenere con forza intellettuale le modifiche possibili, a vantaggio dei soci e, in generale, di tutti gli iscritti all'Albo Odontoiatri..

ANDI è già al lavoro per trovare l'equilibrio tra la gestione delle responsabilità (numerose e trasversali) e i costi dei servizi, potenzialmente delegabili.

L'importante è ricordare bene che questa Legge NON è stata scritta da ANDI, né ANDI era presente al Tavolo dei legislatori.

Soltanto nella fase terminale della stesura l'intervento di ANDI ha permesso di intervenire, salvando l'obbligo di annualità formativa obbligatoria e mantenendo la libertà, per ogni Odontoiatra esercente la professione (nella responsabilità giuridica di detenzione dell'apparecchiatura radio-

logica) di assumere il ruolo di Responsabile di Impianto Radiologico.

Se così non fosse stato, avremmo dovuto necessariamente nominare un radiologo e per tutti i tipi di radiologici. Adesso, al contrario, potremo decidere liberamente, in base alla nostra capacità organizzativa e gestionale, di assumerci direttamente i compiti del responsabile di impianto.

Parola chiave: sinergia

I profili sono sempre gli stessi: l'esperto qualificato (che ora viene denominato esperto in radioprotezione), l'esperto in fisica medica, il tecnico di radiologia, il radiologo, l'esercente e il responsabile di impianto (RIR). Quello che più conta è addentrarsi nei ruoli, soprattutto per quanto riguarda i compiti dell'esercente e del RIR (responsabile di impianto radiologico), che possono essere direttamente svolti dallo stesso Odontoiatra. Semplificando al massimo, l'esercente deve identificare chi nominare come responsabile (anche se stesso), segnalare la propria attività di detenzione agli organi di vigilanza (in alcuni casi differenti da Regione a Regione in base alle diverse delibere regionali), registrare dove, come e quando l'apparecchiatura radiologica si trova in uso, scegliere l'esperto in fisica medica (o l'esperto di radioprotezione qualora in studio si utilizzino solo endorali), archiviare nel registro le singole indagini radiologiche (con generalità del paziente, dosi, tempi di irradiazione e nominativo dell'Odontoiatra che ha eseguito la radiografia) e anche le eventuali riparazioni o guasti delle apparecchiature; avere maggiore attenzione al consenso consapevole del paziente prima delle esposi-





zioni al quale consegnare, se richiesto, tutta la documentazione radiografica, accompagnata con una relazione clinica o eventuale refertazione differita.

Essere o non essere esercenti

Essere detentori di un'apparecchiatura radiologica o non esserlo comporta oneri e onori. Un vantaggio (perché l'*auxilium* diagnostico è fondamentale), un plus valore intellettuale dello Studio dentistico. Questo comporta necessariamente un aumento di responsabilità, che la 101/20 appesantisce nella parte degli illeciti penali e amministrativi. In pratica, ANDI si attiverà per fare in modo che ogni Odontoiatra detentore di OPT e/o CBCT non sottovaluti il problema. La radioprotezione concentra la sua attenzione sul concetto delle radiazioni cosmiche, che inevitabilmente in modo continuativo raggiungono la popolazione tutta, indipendentemente da essere o non essere pazienti. Ecco perché la giustificazione, l'appropriatezza e ottimizzazione delle dosi devono essere "ponderate" in aggiunta alle radiazioni naturali.

Il responsabile di impianto radiologico (RIR)

Questo profilo era già presente nella 187/00, ma nella 101/20 acquisisce il compito di "unione" tra le competenze cliniche e quelle più tipicamente tecniche. Il RIR è necessariamente nominato dall'esercente Odontoiatra che può anche nominare se stesso, dopo avere valutato la sua strutturazione operativa.

Per riassumere, i compiti del responsabile di impianto sono molteplici e variegati, perché assume un ruolo di ga-

rante e controllore della qualità, ma anche della formazione, dei registri, delle procedure, dell'ottimizzazione delle dosi, della accettabilità delle attrezzature, dell'archiviazione dei dati e del monitoraggio annuale delle valutazioni dosimetriche. Il concetto di base è che chi utilizza apparecchiature dovrà essere maggiormente consapevole dei rischi e dovrà collaborare alla trasmissione dei dati alle Regioni nelle quali opera. Come detto, molte sono le Regioni non preparate e totalmente digiune di conoscenze sulla radioprotezione. Vedremo come si attiveranno gli assessorati e le stesse ATS.

Riassumendo in breve

Volendo cercare di riassumere i capisaldi di questo nuovo decreto legislativo 101/20, si può dire che il testo sottolinea alcune priorità:

- il valore della condivisione delle responsabilità (tra i diversi profili e nel rapporto tra Odontoiatra e paziente), il rispetto del consenso consapevole del paziente;
- l'esigenza di privilegiare sempre i programmi di garanzia della qualità;
- l'evitare prescrizioni ingiustificate;
- assicurare l'archiviazione dei dati per la loro utilità statistica epidemiologica a livello regionale;
- la garanzia di formazione e aggiornamento in ECM con almeno il 15% dei crediti formativi dedicati alla radioprotezione;



- L'Odontoiatra può essere contemporaneamente il prescrittore (viene indicato dal testo come medico prescrivente) e l'esecutore delle radiografie (viene indicato come medico specialista ovvero colui che si assume la responsabilità di esporre il paziente a radiazioni);
- L'Odontoiatra esercente può assumere il ruolo di responsabile di impianto.

Il ruolo di ANDI oggi e domani

ANDI, come ha sempre dimostrato quando l'Odontoiatria si imbatte in sistemi legislativi che coinvolgono direttamente la vita ordinaria della attività (230/95, 93/42, 187/00, 81/08, Dpr 679/2016) dimostra la sua capacità operativa e gestionale, rispondendo con servizi e soluzioni alle problematiche indotte da nuovi decreti legislativi.

Così saprà fare, anche per questo D.lgs 101/20.

Un impianto legislativo che per almeno 30 anni non sarà sostituito e che vede l'Odontoiatra al centro delle responsabilità, senza obbligo di formazione annuale professionalizzante.

Ancora una volta... non dimentichiamolo.

Questa legge non è stata scritta da ANDI, dovremo adattarci alle nuove richieste, che si orientano verso un aumento delle competenze e del plus valore della radiologia in ambito odontoiatrico.

Esistono ancora margini di interpretabilità? Si può modificare qualche aspetto? Come dovremo comportarci adesso? Le norme transitorie ci possono dare tempo per prepararci ai nuovi adempimenti?

La risposta è sì.

In questa fase, avere adesso le risposte perfette per ogni domanda è impossibile, proprio perché esistono spazi procedurali non ancora definiti esattamente per l'Odontoiatria.

ANDI è riuscita a dare valore e libertà alla Odontoiatria, tutelandola dall'inserimento obbligatorio di altre figure professionali all'interno degli Studi.

Il vademecum sarà pronto a breve.

Sarà chiaro, completo di modulistica e registri

La 101/20 ci chiederà un aumento di responsabilità e competenze, ma queste già ci appartengono. { ■ }



Primo riscontro da Unioncamere e CCIAA sui codici Ateco per le STP

Avv. Alberto Santoli



La Regione Lazio, con propria circolare dello scorso mese di giugno, inoltrata alle Aziende Sanitarie Locali, agli Ordini professionali ed alle associazioni di categoria regionali, ha avuto occasione di chiarire, tra l'altro, che unicamente le attività professionali sanitarie svolte in via societaria attraverso le S.T.P. – Società tra Professionisti – dovevano essere identificate con i codici ATECO 86.23.00 e 86.22.00 nei pubblici registri tenuti dalle Camere di Commercio e che l'attribuzione di questi specifici codici spettava alle S.T.P. in via esclusiva, proprio a sottolineare *“un'evidente diversità ontologica delle società che hanno per oggetto sociale attività imprenditoriali e commerciali”*.

Le Società tra Professionisti risultano infatti le sole società tenute ad esercitare in via esclusiva e diretta quelle attività per le quali occorrono l'abilitazione e l'iscrizione all'Albo professionale e, per tali ragioni, le sole società cui potevano essere attribuiti detti codici che identificano tipologie di attività legittimamente “esercitabili” quali – per il codice 86.23.00 - l'attività odontoiatrica.

A seguito di ciò l'ANDI si è fatta parte diligente nell'invitare formalmente tutte le Camere di Commercio Regionali e la stessa Unioncamere ad *“adottare ogni conseguente provvedimento in conformità dell'indicazione esplicitata nella suddetta circolare”*, vale a dire:

a - il rigetto delle istanze di iscrizione con codice ATECO 86.23.00 presentate da società *“aventi per oggetto attività imprenditoriali e commerciali”*, quand'anche riferite ad attività odontoiatriche indirettamente gestite;

b - la revisione dei codici ATECO 86.23.00 e 86.22.00 già attribuiti a società non strutturate in forma di Società tra Professionisti, e per tali non iscritte agli Albi né esercenti in via esclusiva e diretta l'attività professionale odontoiatrica;

Un primo invito formale ad Unioncamere ed alle CCIAA della Regione Lazio, inoltrato in data 23.06 u.s., non ha ricevuto alcun riscontro, circostanza che risultava difficile imputare alla sola corrispondenza e coincidenza con il periodo feriale.

L'ANDI quale associazione sindacale di categoria agisce in doverosa rappresentanza degli interessi generali della professione di odontoiatra che comprendono anche il controllo su una corretta e legittima annotazione in un pubblico registro di codici che finiscono con l'identificare,

- di fatto se non di diritto - tanto l'“esercizio” quanto la stessa “esercitabilità” della attività oggetto della professione di odontoiatra.

L'ANDI attendeva, infatti, sul punto una risposta che ha in ogni caso provveduto - per estremo scrupolo - a risollecitare ai primi di settembre, facendo comunque presente, anche in tale occasione, di essere determinata, nella perdurante assenza di qualsiasi riscontro, a percorrere ogni possibile iniziativa, individuabile nell'ordinamento, volta a veder risolta la problematica dei codici ATECO secondo quelle indicazioni evidenziate e ravvisabili nella circolare Regionale citata.

Queste iniziative avrebbero potuto coinvolgere sia il Giudice Amministrativo, a cui si sarebbe chiesto di pronunciarsi sull'accertamento dell'obbligo di provvedere, da parte delle CCIAA, al rifiuto di nuove ulteriori iscrizioni ed annotazioni del codice ATECO 86.23.00 rispetto a società odontoiatriche non STP, oltre che procedere alla revisione e rettifica delle pregresse iscrizioni e annotazioni in mancanza delle condizioni legittimanti così come individuate dalla medesima circolare regionale. D'altro lato sarebbero stati i vari Giudici del Registro delle varie C.C.I.A.A., in modo da far loro rilevare e riscontrare, ai sensi 2191 del codice civile, *“l'assenza delle condizioni richieste dalla legge”* per l'attribuzione delle iscrizioni dei codici ATECO di cui si è detto a formazioni societarie non S.T.P., impugnandone comunque, ai sensi dell'art. 2192 del codice civile, gli eventuali provvedimenti di rigetto presso i Giudici dei Tribunali dal quale dipendono gli Uffici del Registro di appartenenza.

È purtroppo di questi giorni una comunicazione della Camera di Commercio di Rieti che, rompendo il fronte del silenzio, ha tenuto a far sapere che *“per l'argomento de quo è stata interessata Unioncamere, la quale sta richiedendo un parere al Ministero dello Sviluppo Economico, al fine di dare un indirizzo uniforme alle camere di commercio interessate”*.

Eppur si muove, quindi, o comunque qualcosa si è mosso, a detta della Camera di Commercio di Rieti, che ha il merito di avere - per ora - tolto dall'imbarazzo ANDI alla soglia dell'adozione delle iniziative descritte, che sarebbero state intraprese *“vis animo illata”*, in assenza di alternative a quel silenzio per lungo tempo opposto, privilegiando l'ANDI come propria regola operativa l'azione istituzionale improntata al dialogo, alla collaborazione e al confronto sollecitativo e non contrappositivo giudiziale.

Si confida, al punto, che lo spiraglio di cui si è detto possa produrre risposte costruttive in tempi accettabili, al fine di vedere definitivamente fatta chiarezza e auspicabilmente veder applicata e rispettata quell'indicazione operativa resa dagli uffici regionali competenti a norma del vigente dettato legislativo, individuante la corretta e legittima classificazione ed annotazione nei pubblici registri del codice ATECO 86.23.00 come indice di classificazione caratterizzante e distintivo in via esclusiva dell'attività odontoiatrica.. { ■ }



Dopo aver vissuto forzatamente il “tempo sospeso”, una dimensione spazio-temporale inedita, che ha visto il comportamento responsabile di tutti gli Odontoiatri, stiamo ora lentamente tornando a una nuova forma di apparente “normalità”, sia privata che professionale.

La pandemia del COVID-19 non si è manifestata soltanto come un'emergenza sanitaria, ma ha generato anche una grave crisi economica e del mercato del lavoro, con un pesante impatto individuale su scala mondiale. Anche l'Odontoiatria è parte di questi processi, quindi le ricadute economiche generali gravano anche sulle nostre attività professionali.

Per l'aggiornamento culturale ANDI la parola d'ordine è innovazione

Virginio Bobba
Segretario Nazionale Culturale ANDI
Presidente ANDI Servizi



Il lungo periodo di lockdown ha prodotto profondi e inaspettati cambiamenti nella vita quotidiana di tutti noi: il primo, e decisamente il più eclatante cambiamento, è stato quello del confinamento che ha comportato la mancanza di contatti personali e professionali. In sintesi, il Coronavirus ci ha violentemente isolati obbligandoci a ricorrere massicciamente alle tecnologie digitali che ci sono state di grande supporto; unendoci in un universo artificiale ci hanno mostrato la loro potenzialità attuale e futura.

Durante il tempo sospeso, proprio grazie alla tecnologia della comunicazione, abbiamo potuto “connetterci” con i nostri associati, far sentire forte la presenza e la vicinanza dell'Associazione nonché continuare a svolgere i compiti istituzionali. Tra questi anche l'attività culturale di aggiornamento professionale. Probabilmente è proprio questa la tematica che ha beneficiato maggiormente delle misure restrittive: la chiusura forzata ha generato maggior disponibilità di tempo che ha potuto essere dedicato anche alle attività educative e formative; un vantaggio indubbiamente quantitativo, ma soprattutto qualitativo. Abbiamo infatti assistito ad una vera e propria gara solidale tra le società scientifiche e le associazioni che hanno messo in campo programmi on line di alto valore educativo, il *fior fiore* delle competenze declinate dai più autorevoli relatori del panorama nazionale.

ANDI non è stata da meno e ha fatto la propria parte anche in questo campo, implementando l'attività on line con corsi FAD “tradizionali” e dando vita, grazie proprio alle nuove tecnologie, a sessioni didattiche come la “Cultura in un Click”: una raccolta di interessanti e accattivanti videofilmati per una didattica agile e facilmente fruibile.





Con la perdurante sospensione della formazione residenziale, per garantire la necessaria continuità formativa, abbiamo potenziato e implementato i corsi FAD sui quali ANDI aveva già una tangibile esperienza organizzativa costruita nel corso del tempo e, partendo proprio da queste competenze acquisite sul campo, abbiamo implementato il progetto della formazione a distanza con l'innovativa modalità dei corsi FAD in modalità sincrona.

I corsi vengono erogati attraverso una piattaforma digitale di proprietà ANDI dedicata alla diffusione di webinar in diretta, accreditata presso Agenas e quindi in grado di rilasciare crediti ECM.

La formazione "e-learning" sincrona avviene in diretta e offre l'opportunità al discente di interagire, attraverso un sistema di messaggistica istantanea, o colloquiando con docenti e/o gli altri discenti in tempo reale. Durante la formazione il docente può effettuare una relazione audiovisiva con i discenti all'interno di una stanza virtuale che garantisce ampia interattività, con possibilità di avere spazi dedicati per gli sponsor: la modalità digitale più vicina alla realtà dei corsi residenziali.

Il progetto è stato realizzato *in house*, con la costante supervisione di Luigi Trianni che, con tanta passione e dedizione, ha coordinato i diversi passaggi e le fasi realizzative del progetto stesso.

Proprio per le caratteristiche didattiche della piattaforma ANDI, i corsi erogati beneficiano di un plus in termini di crediti ECM pari a 1,5 per ogni ora di lezione.

Per la sua immediata connotazione è stato utilizzato l'identificativo "ANDI live e-ducation", con un logo dedica-

to e registrato, che connoterà il programma degli eventi nazionali gestiti da ANDI Servizi, con l'auspicio che diventi uno strumento quotidiano, agile e dinamico; una grande opportunità per le Sezioni e per i Dipartimenti, che potranno gestire in proprio l'attività di aggiornamento con considerevoli vantaggi sia in termini organizzativi che economici, in virtù del contenimento dei costi messo in atto da ANDI Servizi.



"ANDI live e-ducation" vede coinvolte tutte le componenti dell'Associazione, dalle nazionali alle territoriali, con la volontà di renderlo parte di un patrimonio condiviso per tutti gli associati, consolidando i nuovi e innovativi concetti di didattica digitale. Un traguardo possibile grazie a una triangolazione tra didattica, metodologia e strumenti digitali.

Obiettivo di lungo termine, una visione interdisciplinare che, partendo dall'approccio, prosegue nei contenuti didattici, favorendo la crescita e lo sviluppo di competenze trasversali oltre a quelle proprie della Odontoiatria. { ■ }

Guarda al futuro il Congresso Nazionale ANDI con i Giovani

Marco Colombo
Responsabile scientifico ANDI



Sabrina Santaniello
Coordinatrice ANDI con i Giovani



21 NOVEMBRE 2020
ON-LINE SU BRAIN

Relatori:

Massimo Fuzzi ed Edoardo Mancuso

La geometria del margine in protesi adesiva

Giacomo Piacentini

Il timing nella gestione dei tessuti molli peri-implantari

Roberto Scrascia

Attualità e prospettive future in protesi rimovibile

Lucia Reggio

Approccio tridimensionale al sistema canalare

Francesco Guido Mangano

Scanner intraorali ed impronta full-arch su impianti

Grazia Tommasato

GBR: innovazione delle tecniche con digital workflow

Alessandro Pezzana

Il composito, funzione ed estetica nel settore anteriore

“Un ottimista è colui che vede opportunità nelle difficoltà”, quindi, nonostante l’annullamento del Congresso Nazionale di ANDI con i Giovani previsto in presenza a Napoli, la Commissione Culturale che fa capo a Virginio Bobba ha tradotto l’evento in un corso on line sincrono dove tutti i giovani discenti, comodamente da casa propria, avranno la possibilità di calarsi in un mondo virtuale e sedersi in prima fila in un teatro telematico.

L’idea affascinante e senza dubbio al passo con i tempi, permetterà di ritrovarci in un ambiente nuovo, sicuro, e capace di accendere la curiosità di tutti.

Sabato 21 novembre, in questa cornice tecnologica, si svolgerà quindi il “Il Congresso Nazionale di ANDI con i Giovani” dal titolo accattivante “Education for Innovation”.

Il titolo viene dalla convinzione che in un momento così difficile, dove la ripartenza è necessaria, pur piena di incognite, sia ancor più necessario puntare sulla cultura coniugata e divulgata tramite un prodotto innovativo e dinamico.

Chi meglio di un giovane di ANDI che in questi anni ha mostrato la grande voglia di essere gruppo e colonna per il futuro della professione, oltre che abile attore del mondo telematico e informatico, poteva esserne il primo fruitore?

Il Congresso si svilupperà nell’arco di una mattinata dove saranno presenti importanti relatori e giovani già affermati nel modo scientifico-culturale, che si alterneranno sul palco virtuale con brevi relazioni, fresche e dinamiche, con la possibilità per i colleghi on-line di porre domande e interagire approfondendo i temi trattati.

È iniziato il conto alla rovescia per questo nuovo appuntamento targato ANDI con i Giovani, un gruppo che in questi anni di Presidenza di Carlo Ghirlanda e sotto la sapiente guida di Sabrina Santaniello e di Andrea Senna si è moltiplicato nei numeri e nelle idee, creando le fondamenta per un futuro dell’Associazione sempre più preparato e consapevole della sfida che ci aspetta.

“Un evento nato per offrire ai neolaureati e agli studenti iscritti ad ANDI, la possibilità di organizzare, localmente, un congresso provinciale a loro dedicato con il supporto di ANDI Nazionale -sottolinea Sabrina Santaniello - promuovendo una sempre maggiore collaborazione e partecipazione tra i giovani di tutte le sedi ANDI con i Giovani italiane. Tra le importanti novità la creazione del “Comitato di promozione del Congresso”, costituito interamente dai giovani coordinatori delle sedi di ANDI con i Giovani di alcune tra le principali sedi provinciali. Un ringraziamento a nome di tutto il comparto giovanile di ANDI al Segretario culturale Virginio Bobba e al Responsabile Scientifico Marco Colombo per il lavoro svolto e per aver individuato temi e relatori di grande spessore scientifico”.

Un progetto ambizioso, che avrà sempre come obiettivo la possibilità per il discente di tornare al proprio lavoro affrontando la clinica in modo predicibile e riproducibile.

Dunque, vietato mancare a un evento che segnerà positivamente il mondo della cultura e il mondo di ANDI. Non perdiamo l’occasione per poter dire in futuro: io c’ero! { ■ }

Il ruolo dell'odontoiatra nella gestione dei disturbi respiratori in sonno

Virginio Bobba



Alessandro Corrado Casu



Evangelista Giovanni Mancini



I Disturbi Respiratori in Sonno comprendono una serie di condizioni patologiche caratterizzate da una combinazione di alcune o di tutte le seguenti circostanze: russamento, ipoventilazione e sindrome da aumentata resistenza delle vie aeree superiori (URAS), apnea ostruttiva notturna (OSA) che comporta episodi ripetitivi di blocco completo delle vie aeree superiori e apnea notturna centrale (CSA). Se ne è parlato diffusamente nella giornata del 19 settembre u.s. nel corso del webinar "L'ODONTOIATRA E I DISTURBI RESPIRATORI IN SONNO - *Un modello multidisciplinare dalla diagnosi alla terapia*", che si è tenuto in diretta sulla piattaforma ANDI Brain e inserito nel progetto accreditato ECM, ANDI e-ducation Live. Il convegno ha inteso dare informazioni clinicamente utili per l'odontoiatra e mettere a confronto diverse aree tematiche e specializzazioni mediche quali: pneumologia, neurologia, otorinolaringoiatria, pediatria, chirurgia maxillo-facciale e, naturalmente, odontoiatria.

Tutti questi disturbi sono in grado di alterare la normale ventilazione, l'ossigenazione e la qualità del sonno.

La prevalenza di OSA nella popolazione adulta è circa il 13% degli uomini e il 6% delle donne⁽⁵⁾, mentre quella in area pediatrica generale va dall'1,2% al 5,7%.⁽²⁾ Questi dati epidemiologici ci lasciano facilmente presagire che la maggior parte dei dentisti incontrerà pazienti affetti da queste alterazioni.

Una nota storica: è stato solo nel 1996 che l'American Medical Association (AMA) ha riconosciuto la medicina del sonno come specialità in ambito clinico. Il coinvolgimento dell'odontoiatria nel campo della medicina del sonno si è verificato ufficialmente nel 1991, con l'istituzione della cosiddetta Sleep Disorders Dental Society, ora



nota come American Academy of Dental Sleep Medicine (AADSM).⁽¹⁶⁾

Fisiopatologia

L'interruzione e l'alterazione dei normali cicli di sonno e respirazione dovuti all'OSA, comportano sostanzialmente la riduzione dei livelli di ossigenazione ematica in grado di innescare una cascata di eventi che causano stress ossidativo, alterazioni metaboliche, danni dell'endotelio vasale e conseguente infiammazione tissutale.

È questa risposta infiammatoria sistemica che è stata correlata a un aumentato rischio di insulino-resistenza, di dislipidemia e altre alterazioni metaboliche.⁽²⁻⁴⁾

Le OSA in età pediatrica possono comportare modificazioni cognitive e comportamentali, disturbi dell'umore, anomalie della crescita somatica; sono riportate anche complicanze cardiovascolari, esordienti con ipertensione⁽²⁾

Le situazioni di OSA non trattate in età pediatrica possono inoltre progredire nell'età adulta comportando l'aumento di rischio di diabete, malattia coronarica, insufficienza cardiaca congestizia, infarto del miocardio, ipertensione, aritmia cardiaca, ictus e morte cardiaca improvvisa.⁽⁵⁻⁶⁾

Fattori di rischio

In età evolutiva i principali fattori di rischio predisponenti all'OSA sono rappresentati da ipertrofia adeno-tonsillare, allergie respiratorie e asma, obesità e dismorfosi craniofacciali.⁽²⁻³⁻⁷⁻⁸⁾

L'ipertrofia adeno-tonsillare ha dimostrato di essere la causa primaria dell'OSA nei bambini⁽²⁾ e questo è in correlazione con il periodo in cui i tessuti linfoidei sono sottoposti a ipertrofia significativa,⁽⁹⁾ tra i 2 e gli 8 anni.⁽¹⁰⁾

L'adeno-tonsillectomia è il trattamento principale e più efficace per questa condizione⁽¹¹⁾, tuttavia, la persistenza

dell'OSA dopo l'intervento chirurgico è stata attribuita al fatto che questi pazienti potrebbero avere caratteristiche craniofacciali preesistenti e che contribuiscono alla ridotta dimensione delle vie aeree superiori.⁽⁶⁾

Sia nei bambini che negli adulti, l'obesità ha dimostrato di essere un fattore di rischio chiave nell'OSA, la cui prevalenza è stimata fino al 45% in soggetti gravemente sovrappeso.⁽¹²⁾ In effetti, una riduzione del 10% della massa corporea ha comprovato di migliorare il numero di eventi OSA del 25%.⁽¹⁴⁻¹³⁾

In generale, sia per i bambini che per gli adulti, l'OSA si presenta come una complessa interazione tra fattori anatomici e non anatomici. Quelli anatomici si riferiscono alle anomalie strutturali craniofacciali e all'obesità, mentre quelli non anatomici includono fenomeni come la funzione muscolare del dilatatore faringeo, pressioni di chiusura critiche faringee e dislocazione rostrale notturna dei fluidi.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Accertamenti radiografici

I soggetti affetti da OSA generalmente presentano retrognatismo mascellare e mandibolare, ridotto spazio delle vie aeree superiori, post-rotazione mandibolare e una posizione bassa dello ioide.⁽¹⁸⁻²⁾

Si ritiene che la maxilla retro-posizionata e/o, soprattutto, la mandibola si traducano in una posizione della lingua più posteriore, portando, quindi, a una riduzione dello spazio delle vie aeree faringee e una conseguente riduzione del flusso d'aria durante il sonno. Nei soggetti "long face" la mandibola viene nuovamente posizionata verso il basso e all'indietro, con conseguente riduzione dello spazio delle vie aeree faringee. Avere queste caratteristiche craniofacciali predisponenti, tuttavia, non significa necessariamente che questi individui abbiano o sviluppino in futuro OSA.



La maggior parte degli studi ha tentato di utilizzare radiografie, come i cefalogrammi laterali e/o le scansioni di TC cone beam (CBCT) per valutare la posizione scheletrica e le dimensioni dello spazio delle vie aeree posteriori; tuttavia, non sono state stabilite relazioni chiare causa-effetto tra tali risultati di imaging e le OSA, dato che ci sono molti altri fattori che influenzano il loro sviluppo. Le radiografie vengono di solito eseguite in posizione verticale con i denti nella massima intercuspidação rispetto alla posizione supina, laterale o prona, con o senza la testa girata e con i denti di solito divaricati come è la condizione normale durante il sonno.

Le valutazioni radiografiche non sono in grado di valutare il tono o la conformità o la elasticità dei tessuti molli peri-orofaringei (cioè, pareti faringee laterali, lingua e palato molle). Inoltre, le radiografie non tengono conto di fattori come l'obesità, la relativa distribuzione del grasso nella regione cervicale e il modo in cui gli individui respirano realmente. Questo è uno dei motivi per cui l'OSA non può essere diagnosticata semplicemente combinando un questionario, un esame clinico e una cefalometria o una scansione CBCT. Qualsiasi sospetto di Disturbo Respiratorio in Sonno, a seguito di un esame clinico di screening, deve essere confermato dalla polisonnografia notturna e da valutazione specialistica multidisciplinare.

Terapie ortodontiche e OSA

Si ritiene che a seguito dell'estrazione di quattro premolari, la retrazione dei denti anteriori superiori e inferiori riduca lo spazio orale per la lingua, forzandola posteriormente e determinando una diminuzione dello spazio delle vie aeree orofaringee predisponendo o causando OSA.

Sulla base degli attuali studi disponibili, i cambiamenti morfologici prodotti dal trattamento ortodontico come

la retrazione degli incisivi, a seguito di estrazioni di denti premolari, non hanno alcun effetto sullo spazio delle vie aeree orofaringee. ⁽²⁵⁻²⁷⁾

Un'altra convinzione è che un mascellare superiore contratto possa essere un fattore di rischio morfologico craniofaciale predisponente per l'OSA. Gli studi hanno dimostrato un miglioramento della dimensione delle vie aeree e una riduzione della resistenza nasale a seguito dell'espansione mascellare. Tuttavia altri studi hanno provato, in alcuni casi, il ritorno ai valori di pre-espansione. Purtroppo, molti clinici interpretano i risultati degli studi favorevoli agli effetti dell'espansione come una sorta di profilassi medica.

Attuare l'espansione mascellare, affrontando solo i problemi delle vie aeree o l'OSA, quando non vi è un'indicazione ortodontica, non appare giustificato dalle attuali evidenze scientifiche. Questo approccio potrebbe determinare una significativa apertura del morso, scissor bite (iperespansione con morso a forbice) e compensi dento-alveolari sfavorevoli.

Possibilità di trattamento

Nelle forme di OSA severa, il gold standard terapeutico è rappresentato dalla terapia mediante Dispositivi a Ventilazione Meccanica a Pressione Positiva (CPAP), in grado di compensare gli episodi di ipopnea-apnea notturna, legati al collasso delle vie aeree, mediante insufflazione continua di aria attraverso delle mascherine naso-buccali. Nelle forme di OSA lieve e moderata può essere verificata la possibilità di una terapia odontoiatrica mediante la prescrizione dei cosiddetti apparecchi di avanzamento mandibolare (MAD o Oral appliance). Nei casi in cui vi sia l'indicazione all'intervento chirurgico, si possono eseguire operazioni sui siti di vibrazione e di ostruzione: Settopla-



stica, Decongestione dei turbinati nasali, Polipectomia nasosinusale, Adeno-tonsilectomia e Faringoplastica laterale, Faringoplastica anteriore, Avanzamento bi-mascellare, Distrazione mandibolare, Sospensione ioidea e TORS (Trans Oral Robotic Surgery).

Indicazioni “comportamentali”

È importante che gli odontoiatri sottopongano a screening i loro pazienti con segni e sintomi di OSA, utilizzando gli appositi questionari insieme a un esame clinico approfondito ed è, altresì, fondamentale che l'odontoiatra si rivolga agli specialisti medici del sonno per un'ulteriore valutazione e una diagnosi definitiva.

Nasce quindi la necessità di un nuovo approccio multidisciplinare al problema, che veda contemporaneamente impegnato un team di specialisti, al fine di elaborare dei percorsi diagnostici interdisciplinari condivisi, standardizzati e riproducibili, per arrivare a un progetto terapeutico adattato a ogni singolo paziente che potrà essere di tipo chirurgico, di livello 1 e 2, ventilatorio (CPAP) o odontoiatrico (MAD). L'interazione professionale è, dunque, parte integrante del programma diagnostico-terapeutico e vede coinvolti principalmente: l'Otorinolaringoiatra, il Radiologo, l'Anestesista-Rianimatore, lo Pneumologo, il Neurologo, il Cardiologo, l'Ortognatodontista, il Chirurgo Maxillo-Facciale e il Chirurgo bariatrico.

Se adeguatamente formati, gli odontoiatri possono, e devono, partecipare al trattamento dell'OSA con i dispositivi intraorali (MAD), nonché monitorare e gestire i loro effetti collaterali, in funzione del miglior risultato per il paziente. { ■ }

Bibliografia

- American Thoracic Society. Standards and indications for cardiopulmonary sleep studies in children. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996; 153:866–878.
- Marcus CL, Brooks LJ, Ward SD, et al. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics.* 2012; 130 (3):e714–e755.
- Peppard PE, Young T, Barnett JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *Am J Epidemiol.* 2013; 177 (9):1006–1014.
- Kuzniar TJ, Kasibowska-Kuzniar K. Sleep disordered breathing. *Dis Mon.* 2011; 57:394–402.
- Behrents RG, Shelgikar AV, Conley RS, et al. White paper: obstructive sleep apnea and orthodontics. *American Association of Orthodontists;* 2019.
<https://www1.aaoinfo.org/wp-content/uploads/2019/03/sleep-apnea-white-paper-amended-March-2019.pdf>.
- Stark TR, Pozo-Alonso M, Daniels R, Camacho M. Pediatric considerations for dental sleep medicine. *Sleep Med Clin.* 2018; 13(4):531–548.
- Ross KR, Storfer-Isser A, Hart MA, et al. Sleep-disordered breathing is associated with asthma severity in children. *J Pediatr.* 2012;160(5):736–742.
- Nespoli L, Caprioglio A, Brunetti L, Nosetti L. Obstructive sleep apnea syndrome in childhood. *Early Hum Dev.* 2013; 89:S33–S37.
- Scammon RE. The measurement of the body in childhood. In: Harris JA, Jackson DG, Peterson DG, Scammon ER, eds. *The measurement of man.* Minneapolis: University of Minnesota Press; 1930:173–215.
- Papaioannou G, Kambas I, Tsaoussoglou M, Panaghiotopoulou-Gartagani P, Chrousos G, Kaditis AG. Age-dependent changes in the size of adenotonsillar tissue in childhood: implications for sleep-disordered breathing. *J Pediatr.* 2013; 162(2):269–274.
- Brietzke SE, Gallagher D. The effectiveness of tonsillectomy and adenoidectomy in the treatment of pediatric obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome: a metaanalysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;134(6):979–984.
- Romero-Corral A, Caples SM, Lopez-Jimenez F, Somers VK. Interactions between obesity and obstructive sleep apnea. *Chest.* 2010; 137(3):711–719.
- Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 165:1217–1219.
- Younes M. Pathogenesis of obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med.* 2019;40(2):317–330.
- Toh AT, Phua CQ, Loh S. Holistic management of obstructive sleep apnea. *Sleep Med Clin.* 2019; 14:1–11.
- Bailey DR, Attanasio R. The history of sleep medicine. *Dent Clin N Am.* 2012; 56(2):313–317.
- Kandasamy S, Goonewardene MS. Class II malocclusion and sleep disordered breathing. *Semin Orthod.* 2014; 20 (4):316–323.
- Kulnis R, Nelson S, Stohl K, Hans M. Cephalometric assessment of snoring and nonsnoring children. *Chest.* 2000; 118(3):596–603.
- Lowe AA, Ozbek MM, Miyamoto K, Pae EK, Fleetham JA. Cephalometric and demographic characteristics of obstructive sleep apnea: an evaluation with partial least squares analysis. *Angle Orthod.* 1997;67:143–153.
- Pirila-Parkkinen K, Lopponen H, Nieminen P, Tolonen U, Pirttiniemi P. Cephalometric evaluation of children with nocturnal sleep disordered breathing. *Eur J Orthod.* 2010; 32(6):662–671.
- Korayem MM, Witmans M, Maclean J, et al. Craniofacial morphology in pediatric patients with persistent obstructive sleep apnea with or without positive airway pressure therapy: a cross-sectional cephalometric comparison with controls. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2013; 144(1):78–85.
- Huynh NT, Morton PD, Rompre PH, Papadakis A, Remise C. Associations between sleep-disordered breathing symptoms and facial and dental morphometry, assessed with screening examinations. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2011; 140(6):762–770.
- Yucel A, Unlu M, Haktanir A, Acar M, Fidan F. Area changes in different degrees of severity of obstructive sleep apnea syndrome: cephalometric and dynamic CT study. *Am J Neuroradiol.* 2005; 26:2624–2629.
- Bowman SJ, Johnston Jr. LE. Orthodontics and esthetics. *Prog Orthod.* 2007; 8(1):112–129.
- Valiathan M, El H, Hans MG, Palomo MJ. Effects of extraction versus non-extraction treatment on oropharyngeal airway volume. *Angle Orthod.* 2010; 80(6):1068–1074.
- Stefanovic N, El H, Chenin DL, Glisic B, Palomo JM. Three-dimensional pharyngeal airway changes in orthodontic patients treated with and without extractions. *Orthod Craniofac Res.* 2013; 16(2):87–96.
- Larsen AJ, Rindal B, Hatch JP, et al. Evidence supports no relationship between obstructive sleep apnea and premolar extraction: an electronic health records review. *J Clin Sleep Med.* 2015;11(12):1443–1448.

Informazione e orientamento, le analisi del Centro Studi ANDI

Roberto Calandriello
Coordinatore Centro Studi
ANDI



Il Centro Studi ANDI promuove attività relative all'individuazione, all'analisi e alla classificazione statistica dei dati e delle tendenze relativamente alla salute orale dei cittadini italiani e alla professione odontoiatrica nazionale. Studi e indagini vengono effettuati tenendo presente il contesto socio-economico e sanitario del paese, al fine di individuare e valutare gli effetti sul mondo odontoiatrico.

Sono diversi i temi presi in considerazione nel 2019 e fino a settembre 2020, come dettagliato nell'elenco che segue. In quest'ultimo anno, in particolare, l'analisi è stata focalizzata soprattutto sulla effettuazione dell'indagine congiunturale sull'effetto della pandemia Covid sulla professione odontoiatrica).

1. salute orale della popolazione
2. domanda di prestazioni odontoiatriche
3. composizione socio-demografica della professione
4. struttura occupazionale dei dentisti.
5. assetti e forme istituzionali ed organizzative dell'attività professionale
6. produttività dello studio
7. andamento del fatturato, con analisi e confronti con dati esterni
8. andamento delle tariffe
9. rapporti coi terzi paganti
10. modalità di aggregazione degli studi professionali
11. adozione delle nuove tecnologie e costi/benefici
12. spesa odontoiatrica delle famiglie
13. studi di settore e ISA e verifiche di compatibilità delle fonti dati
14. scenari previsionali della spesa odontoiatrica a seguito della pandemia Covid-19
15. Analisi statistiche sperimentali: mobilità territoriale dei cittadini e ricerca del dentista, percezione collettiva del rischio e ricerca del dentista (fonte dati Google)
16. impatto del sentiment collettivo e del clima di fiducia dei consumatori sulla spesa odontoiatrica
17. progettazione ed esecuzione di un sondaggio economico sulle conseguenze della pandemia relativamente agli studi odontoiatrici (la rilevazione dei dati è stata avviata il 1°ottobre)
18. altri approfondimenti in base a richieste specifiche



Tutti gli studi vengono effettuati attraverso la collezione dei dati provenienti dalle fonti statistiche ufficiali nazionali e internazionali e attraverso sondaggi annuali e periodici svolti direttamente su campioni significativi di dentisti e cittadini.

Tra queste attività, si evidenzia l'Analisi Congiunturale che viene realizzata ogni anno, al pari dell'analisi sui diversi profili della spesa odontoiatrica. Altri aspetti più particolari e specifici vengono studiati tramite esplorazioni condotte di volta in volta attraverso sondaggi mirati sulla popolazione. I dati e le elaborazioni vengono poi disaggregati su base territoriale e secondo altre variabili riguardanti la professione e il territorio.

Una delle analisi più attese dagli Odontoiatri è quella relativa alla spesa odontoiatrica delle famiglie italiane. Infatti, dai dati ricavati emergono molti fattori che consentono di orientare le scelte dei professionisti sul breve e medio periodo.

Il primo aspetto che emerge dal lavoro svolto fino a oggi in merito alla spesa odontoiatrica e che avvalorava l'attendibilità dei risultati è relativo alla corrispondenza di massima tra gli incassi dichiarati dai dentisti e l'ammontare delle spese sostenute dichiarato dalle famiglie italiane. In merito a questo bisogna sottolineare che il "contenitore", ovvero la spesa odontoiatrica delle famiglie, non è riconducibile e attribuibile solo agli odontoiatri, ma a tutta la filiera della produzione di prestazioni odontoiatriche (ospedali, poliambulatori, centri dentistici, ecc.), che opera a sua volta secondo varie fattispecie (professionisti, società di persone e società di capitali).

Individuata e misurata la spesa delle famiglie, per risalire alla quota di spesa attribuibile ai dentisti, occorre riportarla al numero delle "unità di produzione" (tra cui come sopra detto si annoverano soggetti che non sono identificabili con i singoli dentisti iscritti agli albi professionali), ai territori, alle classi d'età, alle fattispecie secondo cui vengono fornite le prestazioni (ad esempio, le società) al fine di mappare e segmentare il profilo economico del

settore odontoiatrico. La varietà e la numerosità delle "unità di produzione" e le caratteristiche del territorio è un tema cui il centro studi pone attenzione, in quanto ad esso è collegata la dinamica economica secondo cui si producono i fatturati. In questo contesto lo studio della concorrenza è importante. E 'quindi essenziale condurre analisi che possano contribuire ad un'opera di valutazione e previsione e, in definitiva, a scenari di sviluppo della professione.

Congiunturale 2020 sull'anno 2019

L'indagine è stata effettuata prima che il paese e con esso i dentisti e il settore odontoiatrico fosse colpito dalla pandemia Covid 19. I risultati riflettono, quindi, dati che riguardano, per così dire, lo "stato normale" della professione. Mostrano, infatti – insieme a quelli di tutte le congiunturali precedenti – quale era il percorso "normale" della professione, il cui cambiamento era determinato dall'azione di fattori interni alla professione (tra questi la mutazione demografica della categoria, la redditività, i modelli organizzativi emergenti, e simili) e di fattori ambientali esterni (tra cui l'andamento dei mercati professionali, l'ingresso dei terzi paganti, le innovazioni tecnologiche e simili).

La pandemia ha rappresentato, un evento e un momento di censura e discontinuità della cui profondità e ampiezza dell'impatto abbiamo in corso studi ed approfondimenti per una misurazione dei profili e quantità che consentiranno una valutazione del fenomeno al momento del fermo immagine.

Sotto il profilo metodologico, l'indagine del 2019 è simile a quella precedente, e ciò consente la lettura dei dati di trend storici con uno sguardo sul presente e sul recente passato da cui gettare possibili proiezioni sull'orizzonte futuro della nostra Professione. Sono stati introdotti diversi temi innovativi in particolare l'aggregazione professionale e nuove tecnologie.





La struttura si compone di diversi macro temi che prendono in analisi, innanzitutto, la struttura demografica e professionale dei dentisti, le sue modalità di esercizio, la tipologia e la quantità di personale impiegato negli studi.

Altro aspetto significativo riguarda il capitolo dedicato alle risorse tecnologiche.

In questa sezione si riportano i risultati derivanti dall'indagine realizzata in accordo con UNIDI e riguardanti l'apparato tecnologico degli studi odontoiatrici relativamente a tecnologie non tradizionali e relativamente nuove. Ne emerge una stima molto attendibile, sia del numero dei dentisti che dispongono delle tecnologie, che il titolo di possesso e una loro valutazione tecnica in ordine all'impatto che la disponibilità di tali tecnologie ha avuto sull'operatività degli studi.

La modalità di possesso più diffusa per l'acquisto di attrezzature tecnologicamente innovative nuove è il leasing. Sarebbe, quindi, importante un monitoraggio periodico, dato che l'innovazione tecnologica sta entrando in misura massiccia presso tutti gli operatori della sanità

Sono in percentuale maggiore, seppur in misura limitata, i dentisti giovani e gli adulti fino ai 55 anni, quelli che dispongono delle nuove tecnologie. Questo risultato lascia supporre che per i professionisti che vedono avvicinarsi il termine della propria carriera, gli investimenti da fare in attrezzature tecnologiche potrebbero rivelarsi maggiori dei benefici. Va poi considerato che, nonostante gli anni di attività residui possano ancora essere compresi tra 10 e 15, abbiano consolidato modelli, routine e abitudini di lavoro che ormai dominano e che abbiano dunque minore propensione a sperimentare gli eventuali vantaggi delle nuove tecnologie.

È comunque innegabile che tali attrezzature abbiano oggettivi vantaggi e col passare del tempo diverrebbe impegnativo disporne. Di conseguenza sarebbe auspicabile che i dentisti adulti attivassero forme di aggregazione con i dentisti più giovani.

La sezione dedicata agli aspetti economici e finanziari prende in esame l'andamento tariffario, sulla base dei dati storici, attuali e previsti, alla luce dei correttivi imposti dalla pandemia. Molta attenzione viene posta anche agli strumenti utilizzati da dentisti e pazienti per effettuare i pagamenti, con il dettaglio delle preferenze modali emerso dalle survey effettuate.

Assume un aspetto rilevante, proprio in funzione dei cambiamenti post Covid-19 il rapporto tempo/lavoro e la sua incidenza sui fatturati dello studio, così come la componente fiscale e le aspettative lavorative rapportate all'età.

L'analisi affronta in modo dettagliato gli aspetti legati ai rapporti di convenzione e il ruolo dei cosiddetti "terzi paganti" nell'economia degli studi e il diverso impatto che queste dinamiche hanno su base territoriale nelle differenti aree geografiche.

Altrettanto significativo e diversificata l'influenza delle catene commerciali, con le ricadute economiche, sociali e professionali che ne derivano.

Tra i temi di crescente attenzione e interesse quello dell'aggregazione professionale, un macro tema di cui la Congiunturale si occupa per la prima volta. La ragione è dovuta al veloce mutamento del contesto che circonda la professione odontoiatrica e al quale ANDI intende porre la massima attenzione.

Accanto alla classica Analisi Congiunturale, frutto delle elaborazioni statistiche realizzate in epoca pre Covid-19, il Centro Studi ANDI sta realizzando una nuova release che fotografa la situazione, così come appare alla fine di settembre 2020. { ■ }

*A cura del Centro Studi di ANDI Nazionale.
Con la collaborazione del prof. Aldo Piperno e
del dr. Luigi Russo.*

A fronte di una situazione pandemica fortemente evolutiva, con evidenti differenze tra l'Italia e altre nazioni europee, un aggiornamento puntuale emerge dall'intervista con Lamberto Manzoli, Professore di Epidemiologia, Sanità Pubblica, Organizzazione Sanitaria e Igiene; Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara.

Covid-19: l'analisi di Lamberto Manzoli



Dopo la fase più critica e le successive fasi 2 e 3, come interpreta l'attuale evoluzione della pandemia in Italia?

Era inevitabile e atteso che, una volta tornati a una vita più vicina alla normalità i contagi sarebbero tornati a crescere. Anche se avessimo prolungato il lockdown, essendo il coronavirus molto contagioso e diffuso a livello globale, non

Quindi, il dato fondamentale per capire la gravità della situazione non è il numero di nuovi contagi, ma il numero di ricoveri in Terapia Intensiva (che ci informa anche sul grado di saturazione del Servizio Sanitario Nazionale)

avremmo potuto evitare il ritorno, a meno di non bloccare tutte le frontiere per anni. Non fosse altro che per le merci, ciò è ovviamente impossibile.

Detto questo, va considerato che il numero di contagi, di per sé, ha un significato limitato: è un indicatore della diffusione e della probabilità di contrarre il coronavirus, ma non ci dice molto sull'impatto dello stesso in termini di salute. Ciò che conta sono i casi di malattia severa o critica, il cui numero dipende moltissimo dall'età e dalle condizioni di coloro che vengono infettati.

Se anche noi arrivassimo ad avere 30.000 nuovi infetti al giorno, ma questi fossero tutti giovani e sani, è probabile che i casi gravi sarebbero molto pochi, nell'ordine di una o due decine, e ancor meno morti (sino ad oggi, in Italia, nella fascia d'età tra 10 e 19 anni, i morti sono stati zero).

Se invece avessimo anche solo 200 nuovi infetti, ma questi fossero tutti ottantenni, potremmo avere anche 150 casi gravi e 100 decessi.

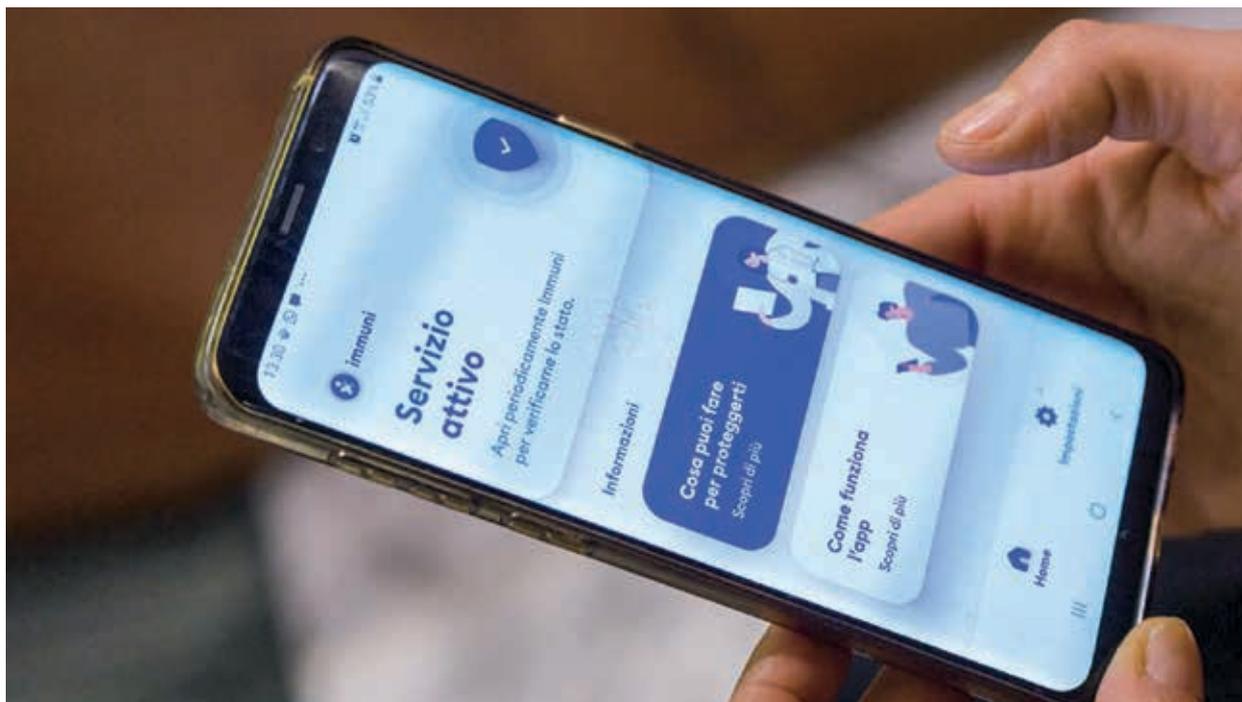
Quindi, il dato fondamentale per capire la gravità della situazione non è il numero di nuovi contagi, ma il numero di ricoveri in Terapia Intensiva (che ci informa anche sul grado di saturazione del Servizio Sanitario Nazionale).

In questo momento, fortunatamente, l'età media dei nuovi infetti si aggira sui 30 anni e, infatti, il numero di casi di malattia grave è basso: in totale, vi sono 222 malati gravi (*ndr: dato al 22.09.2020*). Capisco che l'aggettivo "basso" possa apparire strano, ma in un paese di 60 milioni di abitanti, 222 significa che sono malati gravi meno di 4 italiani ogni milione.

Sempre usando i classici parametri epidemiologici, occorre inoltre tenere presente che, da un lato, anche se arrivasse ad avere 10.000 nuovi infetti al giorno, su 60 milioni di italiani, questi sarebbero meno di 2 nuovi infetti ogni 10.000 abitanti. Se anche, per assurdo, continuassimo ad avere 10.000 nuovi infetti al giorno (un numero mai toccato prima), nonostante mascherine e distanziamento, per un intero anno, arriveremmo ad avere 608 infetti su 10.000 abitanti. In altri termini, in uno scenario disastroso, che perduri per un anno intero, si infetterebbero 6 italiani su 100 (ad oggi, in 7 mesi, si stima si sia infettato il 2,5% degli italiani). Da tutto ciò si può capire come la probabilità di infettarsi, al momento e anche se la situazione peggiorasse nettamente, sia oggettivamente bassa.

Inoltre, va considerato che infettarsi, fortunatamente, non è sinonimo di essere malati, e soprattutto malati gravi. Al momento, stando alla recente indagine di sieroprevalenza Istat, la letalità in Italia è stata stimata intorno al 2% (a livello mondiale attorno al 0,5-1%). Ciò significa che, anche nello scenario disastroso prospettato in precedenza, morirebbe di Covid 1 italiano su 1000.

Se, infine, teniamo presente che l'età media dei deceduti è 80 anni, capiamo come, se si vuole affrontare la questione secondo una prospettiva epidemiologica razionale, la comunicazione dovrebbe essere centrata verso la protezione degli anziani e dei soggetti con patologie pregres-



Inoltre, va considerato che infettarsi, fortunatamente, non è sinonimo di essere malati, e soprattutto malati gravi. Al momento, stando alla recente indagine di sieroprevalenza Istat, la letalità in Italia è stata stimata intorno al 2% (a livello mondiale attorno al 0,5-1%). Ciò significa che, anche nello scenario disastroso prospettato in precedenza, morirebbe di Covid 1 italiano su 1000

se, mentre i giovani dovrebbero essere assicurati. Se gli anziani e i soggetti fragili si proteggono, si ridurrebbe infatti drasticamente la probabilità di essere infettati dai giovani e l'impatto della pandemia si manterrebbe limitato.

L'app Immuni è stata accolta tiepidamente dal pubblico. Sono stati posti numerosi rilievi che vanno dai problemi legati alla privacy all'effettiva efficacia del mezzo. Ritieni che l'utilizzo di un sistema di tracciamento informatico possa rappresentare un effettivo contrasto alla diffusione del virus.

Quello della privacy, francamente, per quanto possa allarmare in una prospettiva futura, al momento sembra essere il problema minore: vi sono problemi relativi all'efficacia della App per la sua funzione principale, ovvero il controllo dell'infezione.

Nella descrizione del funzionamento della App Immuni, secondo quanto stabilito dal Ministero della Salute, è scritto che sono classificati come "contatti a rischio", i con-

tatti a meno di due metri, per almeno 15 minuti. Tuttavia, vi sono problemi sia sulla distanza che sul tempo.

In primo luogo, la tecnologia *bluetooth* non rileva la distanza precisa, ma l'intensità del segnale, che varia in base a dove è posto il telefono (in tasca, o in borsa, l'intensità cala drasticamente). Questo fatto crea un problema molto più grosso di quanto si possa immaginare, perché gli sviluppatori dell'App sono di fronte ad un dilemma: se tarano l'App per i soli segnali intensi, questa non classificherà come "contatti" tutti quei telefoni, anche molto vicini, che però sono nelle borsette o nelle tasche delle persone. Se invece tarano l'App per rilevare anche segnali di intensità bassa, questa classificherà come "contatti" anche telefoni molto lontani, quando invece il telefono si trova all'aperto (dove l'intensità del segnale è massima). Di fatto, nel primo caso si creano molti falsi negativi (ovvero, non si colgono come pericolosi molti contatti veri), nel secondo caso si creano molti falsi positivi (ovvero, si classificano come contatti pericolosi telefoni che erano in realtà lontani, magari dietro una vetrina, in un tavolo lontano di un ristorante, etc.) [<https://www.ilsole24ore.com/>]

Nella descrizione del funzionamento della App Immuni, secondo quanto stabilito dal Ministero della Salute, è scritto che sono classificati come "contatti a rischio", i contatti a meno di due metri, per almeno 15 minuti. Tuttavia, vi sono problemi sia sulla distanza che sul tempo

art/immuni-come-funziona-l-algoritmo-che-misura-rischio-ADeCP9W].

In secondo luogo, tarando la App a 15 minuti, si perdono inevitabilmente tutti i contatti anche intensi che sono durati meno di 15 minuti (ad esempio, il classico caso di un bacio, che dura magari 3 minuti).

Queste problematiche spiegano gli errori che si sono verificati, con il rischio, in prospettiva, di avere migliaia di segnalazioni sbagliate di contatti a rischio, creando allarmi e richieste ingiustificate di migliaia di tamponi (mandando in tilt i laboratori).

Oltre a questi limiti, vi è un'altra criticità importante: coloro che ricevono la segnalazione non sanno chi è il contatto, sono in quel momento sani, e non hanno un canale preferenziale verso i tamponi. Queste persone sono quindi poco propense a sottoporsi al tampone, sapendo che fino all'esito dello stesso dovranno rimanere in quarantena obbligatoria. Di conseguenza, molti di costoro possono optare per non sottoporsi al controllo, riducendo notevolmente l'utilità della App. Al momento, non è stato fornito alcun dato su questo aspetto.

In ultima analisi, uno strumento che, a livello teorico, potrebbe essere molto utile, a livello pratico ha limiti tecnologici importanti, inevitabili, che ne limitano l'efficacia pratica nel controllo della pandemia. L'indagine epidemiologica classica sui contatti, effettuata da operatori sanitari, per quanto faticosa sia, rimane insostituibile.

Aggiungo, per completezza di informazione, che questo tipo di problemi sono comuni a tutte le App di questo tipo, e non sono specifiche della App italiana (che anzi, pare essere una delle migliori). Ad oggi, queste App non sembrano aver avuto un impatto contro la diffusione del virus in nessun paese al mondo.

È allo studio del CTS un piano di forte potenziamento dei tamponi. Potrà essere risolutivo per prevenire focolai di contagio?

Certamente ridurre i tempi per avere i risultati dell'esame diagnostico aiuterà nel controllo dell'infezione e incentiverà le persone con sintomi a sottoporsi al test. Tuttavia, anche io, come la grande maggioranza dei miei Colleghi, sono molto perplesso sulla reale utilità di sottoporre a tampone 400.000 persone al giorno (come è stato proposto), prive di qualunque sintomo o di un motivo valido per considerarli infetti.

Da un lato, il risultato del tampone è utile solo per sapere che in quel momento non sono infetto, e peraltro non

Concordo totalmente con il Collega Prof. Lopalco: possiamo trovare lo stesso la grande maggioranza degli infetti concentrandoci sulle persone a rischio, senza dover considerare tutti come se fossero tali, e mandare presumibilmente in tilt i laboratori analisi. Questo approccio non è giustificato né logicamente né, soprattutto, da un punto di vista di costo-beneficio

del tutto. Anche se sono negativo, potrei aver contratto l'infezione il giorno prima ed essere comunque ancora negativo o più facilmente potrei contrarre l'infezione tre giorni dopo. Di fatto o prevediamo di sottoporre a tampone tutta la popolazione ogni settimana (con costi abnormi, e in ogni caso 400.000 al giorno non basterebbero) o non ha alcun senso.

Dall'altro lato, sottoporre la popolazione a questo numero di tamponi ogni giorno significa arrivare, in

15 giorni, ad aver sottoposto a tampone 6 milioni di italiani. I costi sono comunque enormi, e non sono giustificati dai numeri della pandemia. Concordo totalmente con il Collega Prof. Lopalco: possiamo trovare lo stesso la grande maggioranza degli infetti concentrandoci sulle persone a rischio, senza dover considerare tutti come se fossero tali, e mandare presumibilmente in tilt i laboratori analisi. Questo approccio non è giustificato né logicamente né, soprattutto, da un punto di vista di costo-beneficio.

È certamente auspicabile, invece, ridurre i tempi per avere l'esito del tampone, così come introdurre dei test alternativi, rapidi, quali quelli sulla saliva, che potrebbero rappresentare una vera svolta, e che si prevede siano finalmente in arrivo in tempi brevi.

Quale scenario si potrebbe delineare con l'arrivo dell'influenza stagionale e come sarà possibile distinguerla dal Covid-19?

Tutto sta al buon senso e alla capacità di giudizio degli operatori sanitari e della popolazione. Se prevarrà il panico è facile prevedere un disastro. L'influenza ha esattamente gli stessi sintomi del Covid ed è impossibile distinguerla nelle fasi iniziali. Per cui, nei giorni di picco, quando vi possono essere anche 100.000 nuovi casi di influenza, avremo 100.000 persone che ogni giorno si rivolgono alle ASL per effettuare tamponi, in aggiunta ai 100.000 giornalieri che si effettuano già oggi, e tutti i loro contatti in quarantena in attesa dell'esito. E il peggio è che non circola di certo solo l'influenza. Vi sono tante altre malattie infettive che causano febbre, tosse e raffreddore, e che sono anche più frequenti dell'influenza (rhinovirus, virus parainfluenzali, virus respiratori sinciziali, e tutti gli altri coronavirus comuni).

Se si opta per effettuare un tampone a tutti i bambini con il primo segno di malattia, anche un banale raffreddore, in pochi giorni i laboratori saranno completamente saturati, i tempi di attesa per gli esami esploderanno, vi saranno milioni di contatti in quarantena, e sarà impossibile per gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale

effettuare il *contact tracing* in tempi e modi adeguati.

Inevitabilmente, occorrerà selezionare le persone a maggior rischio, considerando in primo luogo l'età e le condizioni di salute, ed il secondo luogo l'entità dei sintomi. Se un bambino altrimenti sano ha un raffreddore e 37° di febbre, contattiamo il medico e aspettiamo prima di allarmarci, considerando i numeri di cui sopra è statisticamente molto più probabile che abbia contratto un altro patogeno piuttosto che il coronavirus.

Ovviamente, il vaccino antinfluenzale potrà essere un valido supporto per evitare lo scenario peggiore, ma non potrà risolvere tutti i problemi. Il vaccino ha, in media, un'efficacia del 50%, per cui anche la metà dei vaccinati potrebbero avere un'influenza, e tutti i vaccinati potranno comunque contrarre tutte le altre malattie cui si è accennato in precedenza, che provocano sintomi identici al Covid. Di conseguenza, anche se riuscissimo a far vaccinare il 100% della popolazione, la metà dei vaccinati - 30 milioni - potrebbero comunque aver contratto l'influenza, e 60 milioni potrebbero aver contratto una delle altre patologie

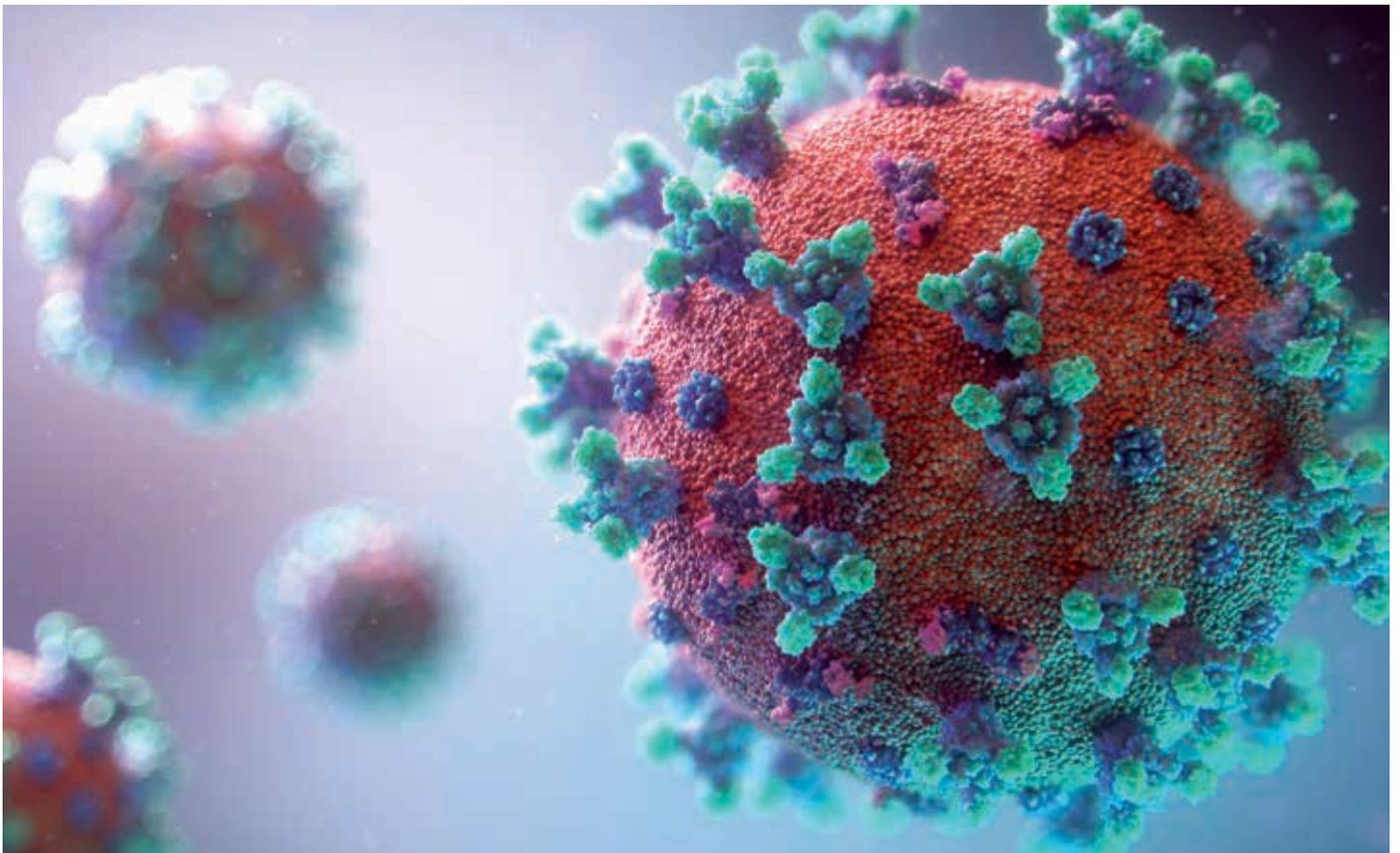
Ovviamente, il vaccino antinfluenzale potrà essere un valido supporto per evitare lo scenario peggiore, ma non potrà risolvere tutti i problemi. Il vaccino ha, in media, un'efficacia del 50%, per cui anche la metà dei vaccinati potrebbero avere un'influenza, e tutti i vaccinati potranno comunque contrarre tutte le altre malattie cui si è accennato in precedenza, che provocano sintomi identici al Covid

respiratorie. In altri termini, nessun Medico che sappia fare il suo lavoro potrebbe mai escludere che, anche nelle persone vaccinate, sintomi quali febbre, tosse o raffreddore siano dovuti a patologie diverse dal coronavirus. Purtroppo, per quanto il vaccino sia certamente utile per ridurre il numero di persone con sintomi simili al Covid, la sua utilità per la diagnosi differenziale è inevitabilmente bassa. { ■ }

Redazione Andinforma



SCANSIONAMI



ANDI e Mentadent insieme nel segno della prevenzione dentale per tutti

Fulvio Guarneri
Presidente Unilever Italia



Il Mese della Prevenzione Dentale, una straordinaria iniziativa di alto valore sociale rivolta a promuovere la salute ed il benessere delle persone, compie 40 anni: un traguardo importante per un progetto con pochi eguali in Italia reso possibile da una partnership ormai consolidata tra Mentadent, brand storico di Unilever, nato in Italia nel 1977 e ANDI, realtà di eccellenza nel mondo medico italiano per tradizioni, rappresentatività e competenza.

Quest'anno il Mese della Prevenzione Dentale si arricchisce di nuovi contenuti e punta a raggiungere una platea ancora più ampia nel segno dell'inclusione, ponendo al centro del progetto tutti coloro che sono in difficoltà in termini di prevenzione e salute. Mentadent e ANDI hanno infatti condiviso la necessità di offrire una prevenzione efficace davvero a tutti, con una particolare attenzione alle categorie più deboli della società, obiettivo ancora più significativo in un momento storico difficile come quello che tutti stiamo attraversando. Per raggiungere questo grande traguardo siamo certi di trovare una sponda sicura nei professionisti ANDI che da 40 anni sono artefici del successo del Mese della Prevenzione Dentale, testimoniato da oltre 1 milione di visite effettuate, migliaia di ore di consulenza odontoiatrica, kit informativi consegnati a tantissime famiglie.

Il Mese della Prevenzione Dentale è uno dei numerosi progetti che Unilever realizza, attraverso tutti i propri brand, per dare concreta attuazione all'“Unilever Sustainable Living Plan - ULSP”, il modello di crescita che mette al centro la sostenibilità a 360° come principale elemento di sviluppo. Le iniziative portate avanti da Mentadent, così come i suoi prodotti, hanno infatti lo scopo di contribuire ad uno degli obiettivi centrali dell'USLP: aiutare più di 1 miliardo di persone a migliorare le proprie condizioni di salute e il proprio benessere entro il 2020.

Mentadent, oggi leader in Italia dell'igiene orale con un'ampia gamma di soluzioni adatte ad ogni specifica esigenza della persona, crede infatti fortemente nell'importanza della prevenzione a tutte le età ed il motto “prevenire è meglio che curare”, diventato ormai un'espressione di uso comune, rappresenta perfettamente il nostro modo di operare basato sull'importanza di agire in anticipo per preservare la salute orale, fondamentale per il benessere generale della persona.



Il 16 ottobre 1976, nella allora "AMDI" la cui Presidenza nazionale era tenuta dal Prof. Cesare Pini, si istituì la prima Commissione di Prevenzione Stomatologica, della quale fecero parte il Prof. Carlo Guastamacchia, i Dottori Ricci, Pizzirani, Bergese e Lukacs.

I componenti di quella commissione e i dirigenti nazionali di AMDI erano ben consapevoli dello stato di salute oro dentale in quel tempo presente in Italia, e fu quindi naturale lo sviluppo di un progetto di prevenzione oro dentale rivolto alla intera popolazione italiana.

In poco tempo nacque quindi l'idea del Mese della Prevenzione, che l'alleanza fra MENTADENT e AMDI ha poi trasformato nella più importante iniziativa di prevenzione oro dentale nel nostro Paese. Noi sappiamo bene che lo slogan "Prevenire è meglio che curare" fu inventato per il primo Mese della Prevenzione, e tanta è stata la sua efficacia che oggi quella "nostra" affermazione è diventata linguaggio comune.

Il Mese della Prevenzione festeggia nel 2020 il suo 40° anniversario: in quaranta anni non solo abbiamo migliora-

to lo stato di salute della bocca e dei denti degli Italiani, ma soprattutto abbiamo introdotto e diffuso nella popolazione conoscenze e virtuose modalità di comportamento per il rispetto di quegli organi del corpo rappresentati dalla bocca, dai suoi tessuti e dai denti.

È stato un percorso esaltante, ogni anno rinnovato con nuovi strumenti e differenti modalità di diffusione dei concetti di prevenzione per ogni fascia di età.

In occasione del quarantesimo anniversario del MdP, nonostante la difficile situazione legata alla pandemia da Coronavirus, ANDI e MENTADENT vogliono ribadire il comune impegno verso i cittadini italiani, con nuove attività e soluzioni di diffusione del messaggio di prevenzione oro dentale che spaziano dai social media a concrete iniziative di odontoiatria solidale, per impedire disuguaglianze rispetto alla salute della bocca e dei denti.

Carlo Ghirlanda
Presidente Nazionale ANDI

Continuare a diffondere la cultura della prevenzione è dunque imperativo per un'azienda come Unilever che da oltre 50 anni è con passione al fianco delle famiglie italiane in tanti ambiti della vita, non solo contribuendo a soddisfare piccole e grandi necessità attraverso i propri brand, ma anche creando progetti di grande impatto per la società attraverso partnership di successo con realtà autorevoli come ANDI.

L'idea di mettere l'inclusione al centro del 40° Mese della Prevenzione Dentale è la testimonianza di quanto Mentadent e ANDI continuano a credere con rinnovato impegno e passione in questa bellissima iniziativa, consapevoli che nessuna prevenzione potrà essere realmente efficace se non è in grado di coinvolgere davvero tutti. { ■ }



Violenza domestica in aumento durante il lockdown. Il ruolo del dentista sentinella ANDI

“La violenza sulle donne non si arresta, anzi è in aumento come confermano gli ultimi dati del Viminale con il 70% dei 149 omicidi commessi in ambito familiare che ha avuto donne come vittime: un valore che è arrivato a 75,9% durante il periodo di lockdown - dichiara Sabrina Santaniello, Presidente ANDI Roma, Segretario ANDI Nazionale, ideatrice e responsabile per ANDI Nazionale del progetto “Dentista sentinella contro la violenza di genere e sui minori”.

“Si tratta di una realtà più volte denunciata, tuttavia non sempre le istituzioni riescono a intervenire con tempestività. Noi dentisti, grazie al “rapporto fiduciario medico-paziente”, durante la nostra attività libero-professionale, possiamo intercettare casi di prepotenze e maltrattamenti familiari, riscontrando già nelle lesioni della bocca e dei denti segnali di sopraffazioni, e agire per impedire che questi possano poi trasformarsi in situazioni ancora più complesse da gestire o dal tragico epilogo.

Negli ultimi due anni sono stati oltre 3.500 i dentisti che hanno preso parte al corso di formazione a distanza (FAD) realizzato ed erogato da ANDI ai professionisti su questo tema, un dato che conferma l’apprezzamento per un progetto, quello di ANDI, che non solo non si è fermato durante il lockdown, ma continua ad essere promosso e sviluppato attraverso la Fondazione ANDI Onlus, braccio operativo dell’Associazione Nazionale Dentisti sulle tematiche sociali nel territorio.”

“In questi ultimi mesi - conclude Santaniello - abbiamo assistito ad un grande paradosso: nonostante l’aumento dei casi, come certificano i dati del Viminale sui femminicidi, sono diminuite le denunce. ANDI Nazionale proseguirà quindi con la formazione degli operatori sanitari, sostenendo in ogni modo tutte le iniziative necessarie contro questo grave fenomeno”.

“Durante il lockdown in Italia, come in tutto il mondo, sono aumentate le richieste di aiuto da parte delle vittime di violenza” - conferma Gabriella Ciabattini Cioni, Vicepresidente della Fondazione ANDI Onlus, responsabile della Commissione Pari Opportunità e Politiche di Genere, Vicepresidente di ANDI Firenze – segno inequivocabile del peggioramento della situazione per le donne, vittime in gabbia con il proprio aguzzino.

In questo contesto, il numero verde 1522, istituito dal dipartimento Pari Opportunità e gestito da Telefono Rosa, è stato di grande aiuto. Lo dimostrano i dati nazionali diffusi di recente da ISTAT che ha esaminato i report del 1522 (attraverso le telefonate ricevute e attraverso la nuova APP dedicata) e i dati delle Forze di Polizia. In breve, confrontando con i dati degli anni precedenti, la



Sabrina Santaniello



Gabriella Ciabattini Cioni





richiesta di soccorso è aumentata in pieno lockdown vertiginosamente dal 22 marzo. Inquadrandolo il profilo delle vittime e il luogo dell'evento, si scopre che le violenze sono avvenute prevalentemente all'interno della propria casa (triplicando da 1318 nel 2017 a 3965 nel 2020), nel 96% sono state perpetrate su donne di età varia ma in particolare tra i 35 e 44 anni, che nel 46% dei casi hanno un titolo di studio medio alto e che nel 39% dei casi hanno un lavoro. Sono prevalentemente coniugate (44%), ma anche single (39%), e nel 92,4% sono vittime di un uomo. I dati della Polizia evidenziano un contesto paradossale in cui i reati in generale sono fortemente diminuiti (sicuramente a causa del "confinamento") ma le telefonate per chiedere aiuto sono aumentate e questo ci dimostra il grandissimo disagio in cui si trovano moltissime donne. Denunciare per loro non è stato facile sia per pressioni nel contesto familiare (27,4%), sia per paura generica (14,8%), per paura della reazione dell'uomo violento (13,7%) o spesso per non avere un posto dove andare (6,9%), tanto è vero che molte vittime sono tornate irragionevolmente dal maltrattante".

In considerazione di tutto ciò, ANDI come è potuta intervenire?

"L'azione di ANDI e della Fondazione ANDI Onlus non si è arrestata né di fronte al Covid-19, né davanti a questi dati che ci hanno fortemente preoccupato.

È stata proprio questa la spinta per organizzare un evento sul web, con scopo informativo, per far luce e rendere consapevoli le tante vittime indifese, adesso pure segregate. L'8 di aprile ho infatti partecipato come relatrice, su invito dell'associazione "Gli stati generali delle donne", ad un'intervista-dibattito sul progetto ANDI "Odontoiatri Sentinelle contro la violenza di genere e sui minori" che tanta curiosità ha destato. Non tutti immaginano che proprio i dentisti abbiano spesso il difficile compito di confrontarsi con una diagnosi difficile quanto drammatica. L'ampio dibattito che ne è scaturito ha reso efficace il chiarimento su molti aspetti che potevano essere ancora controversi."

Dottorssa Ciabattini, quali sono i progetti futuri della Fondazione e della Commissione Politiche di Genere e Pari Opportunità in questo ambito per i prossimi mesi?

"In progetto c'è una sempre maggiore operatività, sia sul campo, con l'informazione ai soci che non si è mai fermata, sia sui nostri media associativi nazionali, regionali e provinciali (ANDI Firenze). Stiamo anche cercando di organizzare altre occasioni di performance come già abbiamo potuto fare l'anno scorso. Pensiamo alle città dove abbiamo partecipato al "Muro delle bambole" con la sua ideatrice, Jo Squillo (Milano, Brescia, Genova, Venezia e Roma,) e all'idea di provare a creare nuovi Muro delle bambole in altre città che si vogliono mettersi in gioco, per esempio Firenze dove per il 25 novembre, in concomitanza con la Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne 2020, vorremmo creare questo evento, anche con l'aiuto del Comune, già nostro alleato. Pensiamo all'idea di creare una collaborazione con la scuola, da cui bisogna sempre partire quando vogliamo profondamente rinnovare la mentalità. Pensiamo all'idea di creare una collaborazione con nuove Associazioni che si occupano di violenza su donne e minori e, ovviamente, rinnovando le nostre collaborazioni già in essere con l'Associazione "Doppia difesa Onlus", con cui è stato firmato un protocollo d'intesa; con "Codice Rosa", la cui ideatrice Vittoria Doretti ha partecipato alla nostra FAD; con "Gli stati generali delle donne" e con "Kairos" che l'anno scorso debuttarono con un interessante spettacolo al quale partecipammo con idee e proposte concrete. Stiamo pensando dunque di realizzare qualcosa di originale, delle performance in tutte le province che vorranno attivarsi. Potremo quindi, come detta lo spirito della nostra Fondazione ANDI Onlus, contribuire alla cultura del rispetto, (quante donne uccise, quante vittime di maltrattamenti!) e all'impegno nel sociale. Poiché questo è fenomeno trasversale, dal quale non è facile liberarsi, perché vive ancora di retaggi antichi quanto antico è l'uomo. Se saremo tutti uniti sarà possibile lanciare più alto il nostro grido di appello al rispetto, contro la discriminazione e la sopraffazione." { ■ }

Amalgama: non è ancora detta l'ultima parola

Marco Landi
Presidente Council of
European Dentists



Quando si affronta la vicenda dell'amalgama e del suo possibile bando, è sempre opportuno fare il riassunto delle puntate precedenti.

Come molti ricorderanno, per poter implementare la Convenzione di Minamata sul Mercurio firmata dalle Nazioni Unite, l'Unione Europea ha adottato nel maggio 2017 il cosiddetto Regolamento sul Mercurio (2017/852/EU).

Questo regolamento prevedeva due passaggi importanti: la redazione da parte di tutti gli Stati Membri di un "piano di azione nazionale" entro il 1° luglio 2019 che indicasse le modalità di graduale riduzione ("phase-down") dell'uso dell'amalgama dentale e, contemporaneamente, l'impegno da parte della Commissione Europea a condurre uno studio che valutasse la fattibilità dell'eliminazione definitiva ("phase-out") dell'amalgama entro il 2030 e che tenesse conto dei piani di azione nazionali.

Questo processo si è concluso nelle scorse settimane, nonostante le difficoltà create dall'emergenza Covid-19, con la pubblicazione dei due report finali dello studio di fattibilità, il primo redatto da una azienda di consulenza (Deloitte) cui la Commissione si era rivolta per effettuare

le analisi "tecniche" necessarie e il secondo prodotto dalla Commissione stessa e contenente le conclusioni "politiche" scaturite dall'esame del report di Deloitte.

Il Council of European Dentists ha sempre seguito l'evoluzione delle decisioni sull'amalgama, intervenendo più volte negli anni passati per contrastare il bando totale dell'uso dell'amalgama, fornendo dati clinici e tecnici, redigendo documenti per la Commissione e difendendo il principio fondamentale della libertà decisionale del dentista che, nel solo interesse della salute del paziente, deve essere messo nella condizione di poter scegliere in particolari casi la possibilità di utilizzare ancora l'amalgama come materiale che fornisce il miglior risultato clinico nel tempo.

Risoluzioni sul tema dell'amalgama sono state approvate dal CED all'unanimità dei Paesi e Associazioni rappresentate (al momento 31 Paesi per 33 Associazioni nazionali) sin dal 2010, fino all'ultimo aggiornamento dello scorso novembre 2019.

La posizione responsabile e non pregiudiziale dei dentisti europei è sempre stata legata all'implementazione a livello nazionale di efficaci politiche di prevenzione, le uniche in grado di portare ad una riduzione dell'utilizzo di tutti i materiali dell'odontoiatria conservativa, inclusa l'amalgama. La differente velocità di miglioramento della salute orale nei Paesi dell'Unione Europea dipende da diversi fattori, primi fra tutti il differente livello di patologia esistente, in particolare nelle comunità più svantaggiate, e l'entità degli investimenti dei Governi nazionali in tema di misure di prevenzione e di programmi di promozione della salute generale e orale in particolare.

L'allontanamento di un possibile "phase-out" al 2030, quando si discuteva di un possibile bando immediato, è stato il più concreto successo dell'azione politica del CED, ma come vedremo non il solo.

L'argomento principale a favore di una maggiore prudenza nell'eliminazione dell'amalgama dal mercato è stato sicuramente l'incertezza rispetto all'effettivo impatto dei materiali alternativi (compositi e vetroionomerici su tutti) sulla sicurezza ambientale e del paziente.

Ovviamente la produzione, utilizzo e smaltimento dei residui di amalgama deve seguire le indicazioni del regolamento europeo per la massima riduzione dell'impatto ambientale del mercurio, a cominciare dai separatori di amalgama in almeno uno dei riuniti presenti in studio, norme che comunque sarebbero state implementate per la fase di transizione a prescindere dalla data di phase-out.

Tornando alla pubblicazione dei due report, avvenuta lo scorso 17 agosto, il loro contenuto è stato subito analizzato dagli esperti del Gruppo di Lavoro del CED Materiali Dentali e Dispositivi Medici (WGDMMMD), cui partecipano in rappresentanza di ANDI il Prof. Alessandro Pala e il collega Carlo Maggiar, che ha manifestato soddisfazione per l'inserimento nel rapporto Deloitte delle posizioni espres-



se dal CED, in particolare i due ultimi paragrafi recitano testualmente: *“...Se dovesse essere preso in considerazione un generale “phase-out,” sarebbe importante (1) capire meglio se si rendono necessarie delle eccezioni al divieto generale di utilizzo per tenere in considerazione i pazienti con particolari esigenze cliniche e (2) valutare se possono essere richiesti interventi complementari per ridurre il rischio di sostituire l’amalgama con materiali da otturazione che contengano sostanze tossiche”*

In un altro passaggio Deloitte evidenzia come gli sforzi per prevenire la carie dentaria debbano continuare parallelamente al phase-out dell’amalgama, che dunque è confermato come soluzione finale, e la prevenzione in generale è una delle misure principali evidenziate nei piani di azione nazionali per ridurre efficacemente il numero sia delle otturazioni in amalgama, sia dei restauri con materiali privi di mercurio.

Tuttavia Deloitte si basa, secondo gli esperti del CED, su dati non corretti e talvolta obsoleti. In particolare non sono realistici i costi per il paziente nel passaggio dall’amalgama a materiali alternativi, non sono corretti i dati sul volume di amalgama ancora utilizzato in Europa (solo 14 Paesi sembrano essere stati presi in considerazione) e non sono pienamente valutati i rischi ambientali dei materiali alternativi

Allo stesso tempo il report della Commissione, comunque basato sullo studio di Deloitte, risulta ancora più insoddisfacente per non aver riportato le positive conclusioni di Deloitte al proprio interno, limitandosi ad un riassunto che non fornisce nuove informazioni e non cita gli attuali limiti della ricerca sulla sicurezza dei materiali alternativi né tantomeno evidenzia la necessità della prevenzione.

Il CED sta valutando le possibili azioni necessarie a ribadire le posizioni dei dentisti europei, cominciando da un documento che identifichi nel dettaglio le criticità dei due report, completato da una valutazione delle implicazioni legali delle affermazioni in essi contenute. Quanto prodotto dovrà servire come documento di lavoro per gli incontri che verranno richiesti con le due Direzioni Generali della Commissione che sono coinvolte nel processo, DG SANTE per la parte sanitaria e DG ENVI per quanto riguarda le politiche ambientali.

Oltre alla usuale azione di monitoraggio dei prossimi passi della Commissione, dell’Europarlamento e del Consiglio Europeo, il CED supporterà con la necessaria documentazione anche l’azione di lobby che dovrà essere portata avanti a livello nazionale dalle singole Associazioni con i ministeri della salute e dell’ambiente. { ■ }

Arresto cardiaco e Covid-19: come fare il primo soccorso in sicurezza



In caso di arresto cardiaco improvviso la rianimazione cardio polmonare (RCP) può davvero fare la differenza tra la vita e la morte. Lo sa bene la nostra Fondazione ANDI onlus che per questo, nel 2014, ha avviato il progetto "Aiutiamo a salvare vite" con lo scopo di formare in tutta Italia sempre più colleghi e personale degli studi odontoiatrici a queste fondamentali manovre d'urgenza

In caso di arresto cardiaco improvviso la rianimazione cardio polmonare (RCP) può davvero fare la differenza tra la vita e la morte. Lo sa bene la nostra Fondazione ANDI onlus che per questo, nel 2014, ha avviato il progetto "Aiutiamo a salvare vite" con lo scopo di formare in tutta Italia sempre più colleghi e personale degli studi odontoiatrici a queste fondamentali manovre d'urgenza. Ma come comportarsi ora che il Coronavirus ha stravolto ogni consuetudine nei contatti umani? Continuare a salvare vite all'epoca del distanziamento sociale è ancora possibile? La risposta è ovviamente sì perché è doveroso che permanga il principio secondo il quale un pronto intervento in caso di arresto cardiaco può determinare un esito favorevole invece di un decesso.

Oggi sono però necessarie alcune cautele per agire in sicurezza e scongiurare il contagio da Covid-19. Quella fondamentale è di eseguire la RCP con le sole compressioni e di non effettuare, invece, la ventilazione bocca-bocca prevista dalla consueta procedura. Resta l'eccezione per bambini e neonati a cui è ancora possibile praticarla. A sancire queste modifiche temporanee, la circolare *Indicazioni nazionali per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle operazioni di primo soccorso*, diffusa nel mese di giugno dal Ministero della Salute.

L'intervento del soccorritore, nel rispetto della normativa e per essere efficace, è quindi articolato in cinque fasi. La prima, imprescindibile, consiste nel chiamare subito i servizi di emergenza e limitare gli astanti e i curiosi. La seconda, prevede di indossare i dispositivi di protezione individuale, in particolare la mascherina per coprirsi bocca e naso, all'occorrenza va bene anche un pezzo di stoffa, e, se possibile, proteggere anche bocca e naso della vittima che si intende soccorrere. A questo punto si esegue la RCP con le sole compressioni. Come da prassi, bisogna spingere con forza e velocemente al centro del torace a una frequenza di 100-120 compressioni e a una profondità di 5-6 centimetri. Non appena disponibile e con le consuete accortezze, è quindi possibile usare il defibrillatore automatico esterno (DAE). Concluso il soccorso, l'ultima fase, prevede un lavaggio accurato delle mani o la disinfezione con un apposito presidio.

Queste, in sintesi, le regole a cui attenersi in caso di necessità e se già si conoscono le manovre di BLS-D (Basic Life Support-Defibrillation). Per chi invece volesse imparare dall'inizio tutte le procedure e seguire uno dei corsi organizzati dalla nostra Fondazione, abbiamo previsto di riiniziare con la pianificazione a pieno regime a partire dal nuovo anno, nel mese di gennaio. Nel caso, però, in cui delle Sezioni provinciali o dei singoli studi avessero la necessità di avviarli prima, potremo organizzarli in piccoli gruppi e in spazi adeguati, con tutte le cautele che il momento impone, non solo nel soccorso. Essere preparati alle emergenze permette di rendere i nostri studi luoghi più sicuri e pronti a rispondere a ogni tipo di imprevisto e alla nostra categoria professionale di essere percepita sempre di più come attenta al benessere e alla salute dei cittadini.

Per organizzare un corso sul proprio territorio e per maggiori informazioni, come sempre, è possibile contattarci via mail all'indirizzo segreteria@fondazioneandi.org oppure telefonicamente allo 02 30461080 { ■ }

Esecuzione della RCP durante il COVID-19

Anche durante la pandemia di COVID-19 è comunque possibile aiutare una vittima di arresto cardiaco improvviso (SCA). Agite in sicurezza e aiutate a salvare una vita eseguendo la RCP con le sole compressioni.

Fase 1



Chiamare i servizi di emergenza.

Fase 2



Coprire bocca e naso con una mascherina facciale o un pezzo di stoffa e, se possibile, coprire anche bocca e naso della vittima.

Fase 3



Eseguire la RCP con le sole compressioni. Spingere con forza e velocemente al centro del torace a una frequenza di 100-120 compressioni e una profondità di 5-6 centimetri.

Fase 4



Usare un defibrillatore automatico esterno (DAE) non appena disponibile.

Fase 5



Dopo aver prestato aiuto durante il soccorso, lavare accuratamente le mani o disinfettarle con un disinfettante per mani.



Nuova polizza multirischi per la protezione dello studio Odontoiatrico

Oris Broker ANDI e AIMUW Spa, Agenzia di assicurazione e riassicurazione con sedi a Roma e Milano, propongono una nuova polizza Cattolica Assicurazioni - dedicata ai dentisti associati ANDI - che prevede, a copertura dello studio dentistico, le garanzie incendio, furto, rapina, apparecchiature elettroniche, eventi naturali, eventi catastrofali, RC del fabbricato.

La polizza sarà acquistabile on-line attraverso la piattaforma informatica "ANDI Brain", collegata con quella di AIMUW.

Chi sottoscriverà la polizza entro il 31 dicembre 2020 beneficerà di un mese di copertura aggiuntivo (13 mesi al costo di 12).

- Il pacchetto base prevede le garanzie incendio, furto, rapina, eventi naturali e apparecchiature elettroniche (del fabbricato e presenti nello studio).
- È anche disponibile la garanzia opzionale catastrofale con la quale lo studio e il suo contenuto saranno protetti da eventi sismici, sovraccarico neve e allagamento.
- Per chi non fosse già titolare di polizza RC professionale Cattolica, è possibile attivare anche la garanzia opzionale RC da proprietà o conduzione dello studio al costo convenzionato di €100,00.

Tra le condizioni e le coperture previste, è importante sottolineare che:

- In caso di sinistro indennizzabile a termini di alcune garanzie della Sezione Incendio, si potrà usufruire di un pronto ed efficace piano di salvataggio e/o bonifica e/o ripristino dei beni e dei fabbricati colpiti da sinistro mediante l'aiuto di una Società specializzata di pronto intervento post sinistro.
- Per gli impianti e computer portatili la garanzia viene estesa ai danni verificatisi durante il trasporto con qualsiasi mezzo, compreso quello a mano, e ai danni verificatisi durante l'utilizzo al di fuori dell'ubicazione indicata in polizza
- In caso di interruzione di attività oltre i 5 giorni – per un evento coperto dalla sezione incendio e catastrofali (se acquistata) – verrà corrisposta un'indennità aggiuntiva nella forma di diaria giornaliera. { ■ }

Prima della sottoscrizione è comunque importante leggere il Set Informativo sul sito www.orisbroker.it e www.cattolica.it



Vi presentiamo il sistema Invisalign Go

Q&A con Angelo Maura
Direttore Generale Italia, General Dentist Channel

D: Allineatori trasparenti rispetto all'apparecchio tradizionale. Quali sono i vantaggi per i pazienti ortodontici adulti?

R: La terapia con allineatori trasparenti presenta molti vantaggi. A differenza degli apparecchi ortodontici, gli aligner possono essere rimossi per mangiare e bere. Sono quasi invisibili - il che significa che difficilmente si può notare che un paziente è in trattamento ortodontico. Infine, gli allineatori sono più comodi di altri apparecchi tradizionali e consentono ai pazienti di condurre la loro vita senza interrompere il loro stile di vita.

In EMEA, oltre 1 milione di pazienti hanno scelto gli allineatori Invisalign rispetto ad altre opzioni.

D: Può illustrarci la storia del sistema Invisalign?

R: Align Technology - un'azienda di dispositivi medici impegnata nella progettazione, produzione e commercializzazione del sistema Invisalign - è stata fondata nel 1997 in California, e da 23 anni guida l'innovazione nell'odontoiatria digitale e lancia nuove soluzioni ortodontiche. In Align crediamo che un sorriso migliore abbia il potere di creare un futuro migliore, quindi creiamo tecnologia e le esperienze digitali per aiutare le persone a migliorare la propria vita. Abbiamo offerto per la prima volta gli allineatori Invisalign agli Odontoiatri in Europa già nel 2001. Nel corso degli anni, abbiamo continuato a sviluppare nuove innovazioni e abbiamo reso la tecnologia ancora più avanzata. Dal 2013, gli allineatori Invisalign sono prodotti utilizzando un materiale brevettato di proprietà di

Align, chiamato SmartTrack, che sposta i denti in modo più preciso e confortevole. Attualmente, il sistema Invisalign è in grado di trattare fino all'80% dei casi ortodontici. Il potenziale è enorme - secondo le nostre stime, ci sono milioni di pazienti nella regione EMEA che potrebbero trarre bene-*

ficie dall'allineamento dentale. Storicamente, il sistema Invisalign è stato utilizzato soprattutto da Odontoiatri specialisti in Ortodonzia. Nel

luglio 2016 abbiamo introdotto il sistema Invisalign Go per consentire ai Dentisti generici di trattare i pazienti con tipi lievi di malocclusione. Nel 2018 abbiamo potenziato la tecnologia esistente per renderla più flessibile. Abbiamo anche ampliato le opzioni di trattamento.

Dopo la sua introduzione in Italia, il sistema Invisalign Go è stato adottato da numerosi Dentisti generici e la sua adozione è in rapida crescita. Siamo felici di vedere molti pazienti ottenere un nuovo sorriso ben allineato, dopo aver completato il nostro trattamento.

D: Il target principale del prodotto Invisalign Go sono i Dentisti generici, giusto?

R: Corretto. Invisalign Go è un prodotto progettato pensando ai Dentisti generici specie in epoca di odontoiatria digitale. La terapia con allineatori dentali trasparenti e la scansione intraorale svolgono un ruolo importante nel processo di digitalizzazione.

Il sistema Invisalign Go è stato progettato in modo che i Dentisti generici possano offrire un'odontoiatria minimamente invasiva e completa. Sulla base dell'analisi dei dati di migliaia di casi di pazienti trattati, abbiamo progettato il sistema in modo da ottenere movimenti dentali che il Dentista, anche se non specializzato in ortodonzia, possa sentirsi confidente di ottenere. I più recenti miglioramenti di Invisalign Go rendono più facile per i Dentisti l'adattamento dei piani di trattamento da essi definiti alle specifiche esigenze individuali dei pazienti, fornendo un trattamento personalizzato, in grado di trattare casi di allineamento pre-protetico e una malocclusione da lieve a moderata. L'importante è la corretta diagnosi, che il Dentista deve sempre eseguire preliminarmente alla cura: l'alleanza ANDI- INVISALIGN ha lo scopo di sottolineare



l'importanza di questo passaggio, offrendo strumenti di approfondimento culturale e strumentale utili a consentire accuratezza diagnostica.

D: Quali sono i principali vantaggi dell'utilizzo di Invisalign Go - nello specifico?

R: Il prodotto Invisalign Go è stato progettato per trattare i tipi di malocclusione da lieve a moderata, consentendo ai Dentisti generici di trattare un'ampia gamma di casi. Il flusso di lavoro intuitivo ed efficiente di Invisalign Go offre ai Dentisti generici la flessibilità e la guida necessarie per conseguire ottimi risultati clinici. Un altro importante vantaggio del sistema Invisalign Go è che i Dentisti che si sono interessati a questo allineatore hanno aumentato la loro sensibilità ortodontica, e il risultato è stato un aumento del numero di nuovi casi riferiti allo specialista in Ortodonzia e un approccio più interdisciplinare all'odontoiatria. Infine, il prodotto è progettato specificamente per trattare i movimenti più predicibili e fornire ai Dentisti generici la "rete di sicurezza" di cui hanno bisogno quando iniziano a trattare pazienti con allineatori trasparenti.

D: E nei casi in cui il dentista non può curare un paziente?

R: Nel caso in cui un dentista ritenga che il caso sia troppo complesso, può utilizzare la funzione "Riferisci il pazien-

te" per riferire il caso e assegnarlo a un Ortodontista di sua scelta, che sarà poi in grado di fare una nuova valutazione del caso ed eventualmente offrire il giusto piano di trattamento con Invisalign.

D: Che tipo di formazione avete preparato per i medici italiani?

R: Attualmente, a causa della situazione COVID-19, offriamo corsi di formazione in formato virtuale, nell'ambito della nostra Digital Academy. La attività di formazione intrapresa con ANDI è una delle nostre più apprezzate iniziative. Continueremo a pianificare una serie di corsi ed eventi di certificazione quest'anno per garantire ai Dentisti generici di potersi collegare facilmente con noi, oltre a frequentare uno dei nostri corsi che permetterà loro di trattare con il sistema Invisalign Go.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito web di Invisalign Go all'indirizzo www.invisalign-go.it.

** Gli allineatori realizzati con materiale SmartTrack offrono una migliore vestibilità, un miglior comfort e sono più facili da inserire e rimuovere rispetto agli allineatori realizzati in materiale monostrato a 0,030. { ■ }*

OFFERTA RISERVATA

ANDI PROGETTI per servizio incassi elettronici POS

Per ogni **informazione sulla convenzione e per l'adesione**, è possibile rivolgersi alle Succursali presenti sul territorio, agli Agenti Banca Sella o al numero verde 800.295571.



Da compass opportunità e strumenti per i soci ANDI

A fronte di un clima di incertezza per le ridotte prospettive di crescita economica dovute a una situazione pandemica che ha determinato una grande crescita della cassa integrazione e il blocco completo di molti settori, il credito al consumo si è approssiato alla pausa estiva rilevando un calo indicativo del 17%.

I prestiti finalizzati, all'interno dei quali sono conteggiate le cure mediche, sono scesi del -2,5%, dopo un buon +14% di giugno. L'anno 2020 si prevede possa posizionarsi quindi su un -20% verso il 2019.

Ma cosa è successo nell'ambito circoscritto alla collaborazione ANDI/Compass?

Come hanno reagito gli associati che dal 4 maggio hanno progressivamente fatto ritorno alla piena operatività?

Secondo i dati forniti da Compass, gli strumenti messi a disposizione per il credito alle cure odontoiatriche si sono rivelati utili e apprezzati, sia dai professionisti che dai pazienti.

Dopo un marzo, aprile e maggio di forte contrazione, già nel mese di giugno 2020 il valore dei finanziamenti erogati ai pazienti è stato pari allo scorso anno. Per poi crescere del 12% a luglio e al 13% ad agosto.

Nell'ultimo trimestre il numero di associati ANDI che hanno finanziato le cure è salito del 6% rispetto allo scorso anno, segno di una sempre maggior attenzione degli Odontoiatri e della loro Clientela.

Una crescita avvenuta nonostante gli esempi di utilizzo improprio del credito alle cure dati dall'odontoiatria commerciale, il più recente riguarda il caso Dentix, con pazienti lasciati senza cure e con i finanziamenti attivi.

Dunque, è possibile affermare che nell'ambito dell'impostazione "tradizionale" dello studio odontoiatrico, il consolidato rapporto fiduciario tra medico e paziente si riverbera anche sugli strumenti di pagamento, che possono sostenere più agevolmente le cure in un momento di ridotta disponibilità delle famiglie. Strumenti che trasferiscono al professionista la

percezione che fare da banca al paziente può essere più rischioso che in passato, che evidenziano la necessità di mantenere il flusso di cassa dello studio positivo e rappresentano l'opportunità di continuare a proporre interventi più impegnativi.

A sostenere con accresciuta efficacia l'insieme di vantaggi descritti, si è aggiunta per i Soci ANDI la tabella finanziaria promozionale (codice NA2), lanciata nel mese di aprile 2020, che è stata usata nel 13% dei preventivi finanziati. Questa promozione riduce a zero il costo per l'Odontoiatra per finanziamenti fino a 9 mesi e lo riduce notevolmente fino a 24 mesi, con un risparmio di costi per il dentista e maggior accessibilità per il paziente.

Al fine di favorire ulteriormente il rilancio dell'attività degli studi, Compass, in intesa con ANDI, ha deciso di prorogare la scadenza di queste tabelle promozionali fino al 31/12/2020.

Per semplificare la gestione amministrativa delle pratiche, i Soci ANDI convenzionati possono accedere all'istruzione dei finanziamenti direttamente dalla piattaforma ANDI Brain, integrata ora con il sistema Compass. Una modalità che riduce notevolmente i tempi di istruzione e incentiva l'utilizzo dello strumento finanziario rendendolo più duttile e snello. { ■ }



UN SERVIZIO IN PIÙ PER
PRENDERTI CURA DEL SORRISO
DEI TUOI PAZIENTI.

- Finanziamenti Compass fino a **30.000 Euro in 84 mesi** per i tuoi pazienti **per rateizzare le cure e gli interventi odontoiatrici**
- Incasso immediato senza alcun rischio di insolvenze
- **Richiesta di finanziamento semplificata** grazie alla possibilità di generare **preventivi direttamente su Brain**

NOVITÀ

Attiva subito
il servizio Compass!



Ricordati di inserire nella casella "Codice accordo" il **codice ANDI 3067**.




INFORMAZIONI TRASPARENTI

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Servizio finanziario e salvo approvazione di Compass Banca S.p.A. alla richiesta di finanziamento. Per le condizioni economiche e contrattuali si rimanda ai documenti informativi disponibili presso gli studi odontoiatrici associati ANDI che operano in qualità di intermediari del credito convenzionati senza esclusiva con Compass Banca S.p.A.

L'IMPORTANZA DI ESSERE GIOVANE!

Anche per gli studenti del V e VI anno di Medicina e Odontoiatria, iscritti all'Enpam

→ Il primo anno, in FondoSanità è a zero spese!



Grazie a un contributo messo volontariamente a disposizione da Enpam e S.I.Ve.M.P., l'adesione per chi non ha ancora compiuto 35 anni di età, non prevede il pagamento della quota d'iscrizione (26,00€ una tantum) e delle spese di gestione amministrativa. (60,00€) per il primo anno.

COME PAGARE MENO TASSE

Con i contributi *liberi e volontari* ognuno decide quanto e quando versare. I *benefici fiscali* per chi aderisce a FondoSanità sono consistenti poiché i versamenti sono oneri *deducibili* (in capo all'iscritto) per un importo annuale non superiore a **5.164,57€**.

Per i famigliari a carico i versamenti sono deducibili dal reddito IRPEF del "capofamiglia", sempre con il medesimo limite complessivo.

Dal 1° gennaio 2007, la *tassazione* sulle prestazioni (in capitale o rendita) è fissata al **15%** e vi sono ulteriori vantaggi per chi è iscritto da più di 15 anni.

FONDI CHIUSI – FONDI APERTI

FondoSanità (Fondo chiuso riservato ai lavoratori del settore) si fa preferire ai numerosi Fondo "aperti" presenti sul mercato per evidenti e concreti vantaggi:

- **Commissioni di gestione (tra 0,25% e 0,30%)** nettamente inferiori a quelle dei fondi aperti (tra 0,60% e 2%), con sensibili differenze nei rendimenti accumulati e, quindi, nel capitale e nella rendita vitalizia (v. Covip indicatore sintetico dei costi).
- **Nessuna spesa** per pubblicità e nessuna commissione da corrispondere a venditori o agenti.

PERCHE' ADERIRE A FONDOSANITA'

Gli aderenti più *giovani* possono avere *maggiori vantaggi*, per lo storico andamento dei mercati finanziari e per la *capitalizzazione*, quella leva che moltiplica il nostro capitale tanto più quanto più a lungo lo stesso è investito. Per questo motivo si deve **partire presto**, anche con risorse limitate, per avere il massimo dei vantaggi.

Rendimenti 2019:

SCUDO	1,38
PROGRESSIONE	7,76
ESPANSIONE	14,26

N.B.: Considerata l'emergenza Covid-19 si comunica che FondoSanità, sino al 31/10/2020 (salvo proroghe), adatterà la modalità smart working per i dipendenti in servizio garantendo ad ogni modo la funzionalità degli uffici.



FondoSanità

Via Torino 38, 00184 – Roma

Tel.: 06 42150 573/ 574/ 589/ 591 – Fax: 06 42150 587

Email: info@fondosanita.it

Sito web: www.fondosanita.it – Seguici su:  

R.C. PROFESSIONALE ODONTOIATRI

PER LAVORARE IN TUTTA SICUREZZA

La soluzione **RC Professionale Odontoiatri** di Cattolica Assicurazioni dedicata ai **Soci ANDI** offre la tutela della responsabilità civile nell'esercizio dell'attività odontoiatrica con prestazioni esclusive. Sono previste diverse soluzioni per l'attività odontoiatrica con e senza l'implantologia differenziate in base alla tipologia di intervento eseguito.

In più con Cattolica Assicurazioni potrai avere a disposizione:

- un bonus di ingresso per i nuovi assicurati Soci ANDI;
- l'estensione di garanzia ai tessuti periorali, per risarcire i pazienti in caso di danni dovuti da trattamenti di medicina estetica;
- il rimborso del compenso per le prestazioni professionali che hanno dato luogo al sinistro indennizzabile;
- l'estensione alla responsabilità civile del direttore sanitario e/o coordinatore sanitario di area odontoiatrica;
- agevolazioni sul premio per i giovani odontoiatri.

Per maggiori informazioni sulla convenzione vai sul sito www.andi.it o contatta ORIS Broker:
Tel. 02 30 461 010 - Email orisbroker@orisbroker.it

**CONVENZIONE CATTOLICA-ANDI:
UNA TUTELA IN ESCLUSIVA.**



La soluzione
dedicata in esclusiva
a tutti i Soci ANDI



Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.

PRONTI ALLA VITA.

cattolica.it

scarica l'app



CATTOLICA
ASSICURAZIONI

DAL 1896



**Per l'assicurazione
della vostra responsabilità
professionale...**

**e altri rischi sia per
i vostri familiari che
per i vostri collaboratori**

INFO
ORIS BROKER
Via Ripamonti 44 - 20141 Milano
Tel. 02 30461010 - Fax 02 30461002

Per maggiori informazioni e per avere copia delle polizze
potete rivolgervi a:
orisbroker@orisbroker.it
orisbroker@pec.andi.it

 **www.andi.it**