

LA GESTIONE DELLE MALATTIE EMORRAGICHE IN ODONTOSTOMATOLOGIA

Dott. Francesco RIVA

L'emorragia L'emorragia è uno dei fattori che maggiormente contribuisce alla morbilità ed alla mortalità operatoria e post-operatoria. Il chirurgo ha oggi a disposizione molteplici tecnologie per ottenere l'emostasi. In questi ultimi venti anni l'evoluzione della tecnologia ha offerto al chirurgo importanti ausili per affrontare intraoperatoriamente l'emorragia. Gli emostatici tissutali rappresentano una delle evoluzioni tecnologiche che ha a disposizione oggi il chirurgo. Premesso che il chirurgo non deve affidare l'emostasi a null'altro se non ad una corretta tecnica chirurgica e ad un preciso controllo della coagulazione mediante legature o a procedure convenzionali di coagulazione, è innegabile che ci sono situazioni in cui gli emostatici tissutali possono essere di grosso aiuto. L'interesse verso tali presidi ha ottenuto negli ultimi anni una crescita esponenziale, soddisfacendo la necessità di ottenere una emostasi più facile e allo stesso tempo sicura. L'emostasi è un processo fisiologico che previene o interrompe la perdita di sangue dallo spazio endovascolare ed è riparativo delle lesioni dei vasi sanguigni al fine di ripristinare la funzionalità dei tessuti lesi. L'endotelio vasale è la parte più interna del vaso sanguigno, a diretto contatto con il sangue. L'interruzione della sua integrità è alla base dello scatenamento del processo emostatico tendente a ripararne la lesione. La normale sequenza di eventi che conduce alla coagulazione prende dunque avvio da un trauma a carico del vaso, che va incontro a costrizione riflessa per ridurre il flusso ematico (fase vasomotoria). Le piastrine aderiscono alla matrice sottoendoteliale del vaso leso (fase piastrinica) e l'aggregazione piastrinica e la formazione del coagulo di fibrina iniziano simultaneamente. La fase più importante dell'emostasi è la formazione del coagulo di fibrina stabile che blocca definitivamente l'emorragia e prepara il campo per la rigenerazione tissutale e la ripresa del tessuto leso. La fibrina, che ancora il trombo piastrinico emostatico, si forma dal fibrinogeno plasmatico solubile grazie all'azione della trombina, potente enzima proteasico. Il reticolo fibrinico è poi stabilizzato da legami crociati o ponti covalenti mediati dal Fattore XIII. La trombina si forma dal suo precursore inattivo (zimogeno) plasmatico, la protrombina, per azione del fattore X attivato (Xa) e del suo cofattore, il Fattore Va. A questa sequenza di reazioni viene classicamente dato il nome di "via comune" della coagulazione. A sua volta il Fattore X può essere attivato attraverso la via "estrinseca" (del fattore tissutale), oppure attraverso la via "intrinseca" (dell'attivazione da contatto). La prima via è avviata dal complesso del fattore tissutale con il Fattore VIIa. La seconda comporta una serie (o cascata) di reazioni zimogeno-proteasi che iniziano con l'attivazione da contatto del Fattore XII a XIIIa. Nella pratica chirurgica può profilarsi l'eventualità di dover risolvere un sanguinamento intraoperatorio. L'emorragia è infatti tra i maggiori responsabili della morbilità e mortalità operatoria e postoperatoria. In determinate situazioni, il controllo del sanguinamento intraoperatorio diventa particolarmente impegnativo, tanto più se coinvolge organi parenchimatosi (fegato, milza) o se la sede del sanguinamento è di difficile accesso, come in corso di chirurgia laparoscopica. Le emorragie ed i sanguinamenti che si verificano in ambito chirurgico possono essere provocati da un qualsiasi difetto emostatico, ma generalmente sono imputabili ad una inefficace emostasi locale. I procedimenti utilizzati routinariamente in chirurgia a scopo emostatico sono classificabili in: 1) chimici: alcol, cianocrilati e cellulose; 2) meccanici: compressioni, legature/suture, clips, staples, cellulose, bisturi, ultrasuoni e water-jet; 3) termici: laser, microonde, infrarossi, crioterapia e radiofrequenza. Tuttavia, questi sistemi potrebbero non essere sufficienti per ottenere una buona emostasi provocando, al tempo stesso, danni tissutali. La ricerca di materiali che accelerino l'emostasi a livello dei tessuti lesi, in corso di intervento chirurgico, può, a tal proposito, rappresentare un efficace rimedio per limitare le perdite ematiche perioperatorie e, di conseguenza, ridurre la morbilità indotta dall'accumulo di sangue o di altri fluidi nei tessuti limitrofi. I biomateriali rappresentano oggi la risposta a questa problematica. Essi infatti riparano i tessuti lesionati e contemporaneamente arrestano il sanguinamento. La ricerca di collanti naturali che imitassero i processi fisiologici dell'emostasi, in caso di lesioni tissutali, ha sempre affascinato e stimolato i ricercatori nel corso dei secoli. Nel 1905 Morowitz aveva dimostrato che il meccanismo fondamentale della coagulazione è rappresentato dalla trasformazione del fibrinogeno in fibrina ad opera della trombina; ma fu solo negli anni '40, grazie agli studi sperimentali di Young e Medawar sull'uso della fibrina, del fibrinogeno e della trombina per l'anastomosi di nervi periferici e il fissaggio di innesti cutanei in alternativa alla sutura, che le proprietà

collanti della fibrina vennero puntualizzate (2-3). La scoperta del fattore XIII di stabilizzazione della coagulazione (Laki e Lorand 1948) ed il suo isolamento da parte di Loewy nel 1961 diedero nuovo impulso all'idea di utilizzare il fibrinogeno quale collante naturale. Trascorse tuttavia un'altro decennio prima che venisse realizzata una colla di fibrina umana trattata con moderni mezzi di crioprecipitazione e liofilizzazione e di vederla utilizzare con successo da Matras e Kudema per la sutura di nervi periferici prima su animali da esperimento (1972) e poi sull'uomo (1975). In quello stesso periodo venivano sintetizzati nuovi materiali definiti cianoacrilati dal notevole potere collante ma con il grave limite di essere poco elastici, non riassorbibili se non addirittura istotossici; pertanto furono quasi subito abbandonati. La colla di fibrina, invece, ha visto ampliarsi nel tempo il campo delle sue applicazioni in virtù dei fondamentali requisiti di totale biocompatibilità e di atossicità. Per biocompatibilità si intende la capacità di un biomateriale di interagire favorevolmente con il tessuto con cui viene a contatto. Oltre a valutare la biocompatibilità, è necessario stabilire la resistenza del materiale al processo di degradazione, gli effetti che esso ha sui tessuti, la sicurezza biologica, le caratteristiche chimico-fisiche e le proprietà meccaniche, nonché la sterilità, l'assenza di capacità immunogena e di reazioni da corpo estraneo. I biomateriali possono essere di origine biologica (emoderivati come le colle di fibrina), naturale (collagene, osso, cute) o sintetica (polimeri di varie sostanze con composizione chimica e configurazione fisica differenti). Attualmente i biomateriali vengono impiegati in chirurgia per sostituire i tessuti, farne aderire lembi e favorirne la cicatrizzazione, come sigillanti (il sigillante è utilizzato per prevenire la fuoriuscita di liquidi, gas o solidi; lo si può applicare sulle superfici tissutali asciutte o clampate per creare una barriera al flusso ematico) ed emostatici (un emostatico viene utilizzato per bloccare l'emorragia; lo si può applicare direttamente sul punto dell'emorragia ed agisce in presenza di sangue che scorre attivamente). I biomateriali, rispondendo alle caratteristiche basilari di biorisorbimento, biodegradazione e biofunzionalità, una volta inseriti nell'organismo sono in grado di assolvere alla loro determinata funzione garantendo nello stesso tempo la naturale dissoluzione attraverso attività biologiche; ovviamente, differenti indicazioni orienteranno la scelta di specifici biomateriali con determinate caratteristiche. Prima di esporre nei dettagli i mezzi di supporto farmacologico per l'emostasi chirurgica è opportuno esporre il concetto generale di questi prodotti. Essi sono costituiti da vari tipi di combinazione di agenti dotati delle seguenti azioni: materiale "collante", destinato ad assicurare l'emostasi e a "sigillare" la breccia tissutale, materiale "di riempimento", destinato ad occupare spazio: concettualmente si tratta di un effetto di "tamponamento", materiale di "impalcatura" che ha lo scopo di solidarizzare il tessuto leso, mantenere il materiale collante a contatto con la ferita ed impedirne la dispersione, permettere la azione di "sigillo" della breccia tissutale, fornire uno "scheletro" per il processo di riparazione tissutale. I Collanti/Adesivi sono utilizzati al fine di unire organi, strutture e tessuti. Il materiale "collante" comprende colle sintetiche e materiale di origine biologica; la colla biologicamente più efficace è la fibrina, prodotto finale della coagulazione del sangue. La fibrina è un mezzo eccellente per ottenere l'emostasi chirurgica in quanto ha una forte azione adesiva, un forte potere emostatico (=> formazione del coagulo), innesca la coagulazione endogena ed il suo uso sfrutta meccanismi del tutto fisiologici. Per funzionare, la fibrina deve formarsi in loco, e pertanto occorre somministrarne i precursori. I Collanti/Adesivi sono disponibili in gocce o in spray e sono preparati miscelando i componenti o riscaldando le soluzioni congelate; la formulazione spray ha anche un buon effetto sigillante. Il Materiale di "riempimento" è formato da polisaccaridi, quali cellulosa o simili, che "riempiono" il difetto tissutale in cui avviene il sanguinamento e svolgono anche una (debole) azione di stimolo alla coagulazione. Il Materiale "di impalcatura" per eccellenza è costituito dal collagene, di solito sotto forma di spugne. Il collagene è la proteina più importante del tessuto connettivo ed una delle proteine più abbondanti dell'organismo: forma circa 30% della massa proteica totale. Il collagene è secreto dai fibroblasti ed ha nell'organismo proprio una funzione di "sostegno": è pertanto ideale come "impalcatura". Il collagene inoltre è fortemente proemostatico in quanto attiva direttamente le piastrine, che vi aderiscono e si aggregano fra di loro. Dopo questa premessa di carattere generale riteniamo opportuno parlare delle diverse formulazioni farmacologiche in commercio; distinguiamo due categorie di prodotti, classificati dalla legislazione sanitaria in dispositivi medici e specialità medicinali. Si definisce

dispositivo medico qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto utilizzato nell'uomo da solo o in combinazione e dotato di software informatico, fornito dal fabbricante, per il corretto funzionamento. La specialità medicinale è invece un vero e proprio farmaco. Tra i dispositivi medici più utilizzati troviamo : FLOSEAL[®] TISSUFLEECE[®] GENTAFLEECE[®] Tra specialità medicinali la più utilizzate e diffusa è: TISSEEL[®]

I dispositivi medici comprendono un gruppo molto eterogeneo di prodotti costituiti sia da sostanze di origine animale che sintetiche. Il Floseal[®] che contiene trombina e gelatina di origine bovina, è indicato per il controllo del sanguinamento in chirurgia maggiore; esso ha effetto adesivo solo in presenza di sangue e si conserva a temperatura ambiente per 12 ore. Il Tissufleece[®] è una spugna di collagene con effetto emostatico ma non ha proprietà adesive; con l'aggiunta di gentamicina dà vita al Gentafleece[®]. Le più comuni applicazioni cliniche della colla di fibrina sono nel campo della neurochirurgia e della chirurgia toracica e cardiovascolare. Importanti risultati sono inoltre stati ottenuti nel campo della chirurgia addominale in particolare quella epatica e grazie all'utilizzo di kit dedicati, anche in quello della chirurgia laparoscopica. La letteratura riporta inoltre applicazioni specifiche come la funzione sigillante nella confezione di anastomosi digestive a rischio di deiscenza o il trattamento di fistole, eseguito con colla di fibrina ed antibiotico. L'utilizzo per via endoscopica è recente e riguarda il controllo del sanguinamento digestivo alto.

Ritardata emostasi e infezioni postchirurgiche - Le dimensioni del problema in Italia

Durante gli interventi chirurgici:

- in caso di perdite ematiche abbondanti aumenta il rischio di infezione tanto da richiedere nuove somministrazioni di antibiotici oltre a quelle pre-intervento;
- in caso di contaminazione o infezione in aree localizzate, gli antibiotici veicolati da carriers possono raggiungere concentrazioni maggiori rispetto a quelle ottenute con trattamento antibiotico sistemico (anche se somministrato per via parentale).

Infezioni ospedaliere in ordine di frequenza:

- Infezioni delle vie urinarie;
- Infezioni delle basse vie respiratorie;
- Infezioni post-chirurgiche 32%;
- 180.000 soggetti CON COMPLICANZE INFETTIVE nel decorso postoperatorio.

Costi delle infezioni

Altre infezioni ospedaliere



Infezioni ferite chirurgiche

Le infezioni delle ferite chirurgiche rappresentano il 50% dei costi* legati alle infezioni ospedaliere

*(allungamento tempo di degenza, spesa extra per farmaci e indagini diagnostiche, spese per reintervento)

Fattori di rischio emorragici

- Stato preoperatorio del paziente
- Tipo d'intervento
- Durata dell'intervento
- Classe di contaminazione della ferita operatoria
- Impianto di un corpo estraneo
- Intervento d'urgenza
- Traumatismo
- Patologie concomitanti (p.es. Diabete, obesità)
- Intervento combinato con un altro (2 campi operatori) o procedure multiple (1 campo)

Pazienti a rischio

- Diabetici
- Immunodepressi
- Con insufficienza vascolare
- Con inoculazione batterica diretta secondaria a traumi e/o interventi chirurgici
- Obesi
- Coagulopatici
- Emofilici

L' Emofilia è una coagulopatia congenita a trasmissione genetica, causata da deficit di Fattore VIII (Emofilia A) o di Fattore IX (Emofilia B).

In base ai livelli plasmatici di attività coagulante del fattore carente è possibile distinguere tre tipi di emofilia (A o B):

Lieve:	attività del FVIII/FIX > 5%
Moderata:	attività del FVIII/FIX \geq 1% e \leq 5%
Grave:	attività del FVIII/FIX < 1%

I pazienti emofilici sono soggetti a frequenti episodi di sanguinamento, ematomi, ematridi, sia spontanei che post-traumatici, la cui frequenza ed entità sono correlate al grado di carenza del fattore.

L'emofilia è tra le coagulopatie congenite la più rilevante sul piano sociale sia per la frequenza con cui si verifica e sia per gli esiti invalidanti che provoca. Fino a pochi anni addietro il trattamento odontoiatrico del paziente emofilico prevedeva l'ospedalizzazione e la messa in atto di un complesso protocollo terapeutico. Negli ultimi anni sono stati messi a punto dei protocolli operativi che consentono l'esecuzione di interventi in regime ambulatoriale.

Presso l'Ospedale George Eastman, per i pazienti emofilici erano previsti almeno 4-5 giorni di ricovero ordinario per la somministrazione controllata dei farmaci in ambiente protetto con una spesa media di degenza di circa € 800 die.

In data 26/10/2006 richiesta alla Direzione Sanitaria OGE l'attivazione di 2 PAC :

- PAC TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE CONTROLLATA DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE

TIPOLOGIA DI PAZIENTI:

Pazienti affetti da emofilia A B grave

- PAC TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE CONTROLLATA DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA

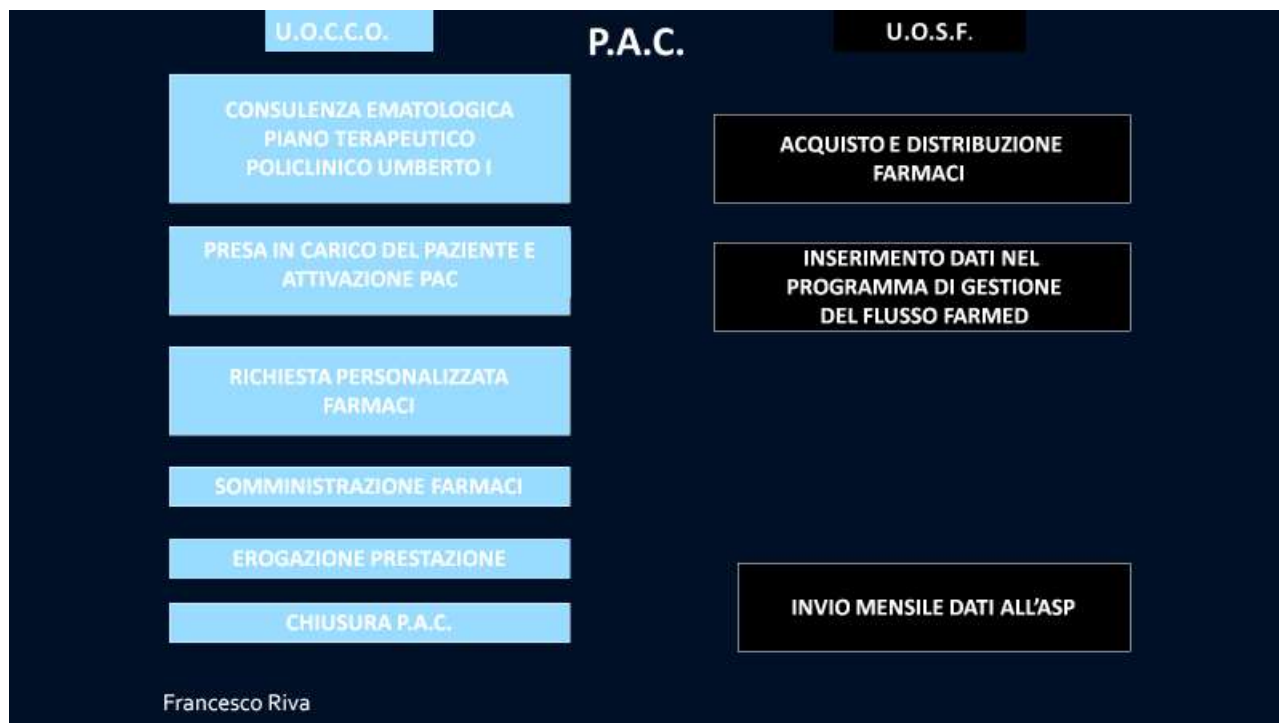
TIPOLOGIA DI PAZIENTI:

Pazienti affetti da piastrinopenia su base autoimmune

Circa un anno dopo abbiamo ottenuto l'attivazione di quanto richiesto:

DISCIPLINE DI RIFERIMENTO

- CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA
- FARMACIA



ANNI 2007-2013

Numero di P.A.C. 81

Giorni di degenza evitati 405

I protocolli operativi per il paziente emofilico si suddividono in:

- protocollo pre intervento chirurgico
- protocollo intervento chirurgico
- protocollo post intervento chirurgico

Protocollo PRE-intervento chirurgico

- Valutazione diagnostica corredata di ortopantomografia
- Sciacqui con clorexidina 0,2% 2 volte/die la settimana prima dell'intervento
- **Igiene orale professionale una settimana prima dell'intervento**
- Evitare l'assunzione di fans la settimana prima dell'intervento se necessario utilizzare paracetamolo o ibuprofene
- Sciacqui di ac. Tranexamico subito prima dell'intervento
- **Trattamento farmacologico specifico**
- Profilassi antibiotica

Profilassi antibiotica:

- Amoxicillina (penicillina)
1g ogni 12 ore per 5 giorni
- Claritromicina (macrolidi)
500 mg ogni 12 ore per 5 giorni

Protocollo intervento chirurgico

Consiste nel creare le condizioni per eseguire l'intervento con un'ottima visibilità del campo operatorio in caso di un sanguinamento eccessivo (collaboratore esperto, luminosità, aspirazione chirurgica). Nelle differenti fasi dell'intervento bisogna porre estrema attenzione nella fase anestetica, nelle manovre chirurgiche e nell'emostasi.

L'anestesia deve essere pericementale intraligamentosa o infiltrativa e singola estrazione, loco-regionale nel caso di estrazioni multiple con utilizzo sempre di carbocaina al 2% e vasocostrittore.

Durante le manovre chirurgiche bisogna effettuare incisioni nette e regolarizzare sempre la cresta alveolare.

Per quanto riguarda l'emostasi, questa deve essere indotta mediante compressione e raffreddamento della zona dell'intervento. Bisogna apporre sempre una sutura appropriata con filo riassorbibile al fine di proteggere il coagulo e garantire una più rapida guarigione della ferita chirurgica. Bisogna utilizzare agenti antifibrinolitici, come l'acido tranexamico in sciacqui e garze imbevute.

PRESIDI PER IL CONTROLLO DELL'EMOSTASI

Arista (Polisaccaride emisferico microporoso)	Prodotto di derivazione vegetale che attiva la cascata emo-coagulativa
Spugne di fibrina	
Spugne di gelatina	
Cellulosa ossidata	
TissuFleece	Promuove adesione e aggregazione piastrinica
GentaFleece	Trattamento delle infezioni della ferita chirurgica

Protocollo POST-intervento chirurgico

- Applicazione di impacco di ghiaccio extraorale per 10 minuti ogni mezz'ora per almeno tre ore
- Applicazione intra-orale con ac. Tranexamico per 5 giorni ogni 6 ore
- Dieta semiliquida e fredda per 2 giorni, tiepida e morbida per i successivi 7 giorni fino al controllo successivo
- Educare il paziente a evitare sostanze che inducono iperemia (es. alcol, tabacco, cibi caldi)
- Utilizzare come analgesico il **paracetamolo**

LA NOSTRA ESPERIENZA PRESSO L'OSPEDALE GEORGE EASTMAN

Il protocollo chirurgico seguito si può schematizzare in questi punti:

- Infusione del farmaco ½ ora prima dell'intervento;
- Anestesia locale per infiltrazione con mepivacaina e vasocostrittore
- Zaffamento alveolare con spugna di gelatina (Gelita-spon) o colla di fibrina scongelata (Tissucol/Tisseel–Baxter);
 - Sutura con filo riassorbibile (Vicryl-Ethicon Inc.);
 - Compressione intermittente con garza imbibita di ac. Tranexamico per 15 min;
 - Sciacqui domiciliari con ac. Tranexamico nei 3 gg successivi l'intervento, per 3 vv al dì;
 - No FANS come terapia antalgica, ma Paracetamolo 1 g al bisogno e profilassi antibiotica con amoxicilina 1g x 2 per 5 gg

I risultati della nostra esperienza ci portano ad affermare che:

- ✘ Non si sono osservate complicazioni di tipo emorragico e infettivo
- ✘ Ogni paziente ha seguito il protocollo ematologico domiciliariamente secondo lo schema preordinato
- ✘ Tutti hanno avuto un decorso post-operatorio simile ad un pz non affetto da disturbi dell'emostasi (edemi post chirurgici, soffiusioni ematiche sottocutanee, lieve trisma ecc)
- ✘ Non si è verificato alcun evento avverso durante la somministrazione dei fattori sostitutivi.

Le conclusioni sono che:

- ✘ Una terapia sostitutiva personalizzata in associazione ad un protocollo chirurgico di controllo dell'emostasi locale annullano il rischio emorragico
- ✘ La collaborazione fra il Centro Emofilia di riferimento e l'odontostomatologo è di fondamentale importanza nella gestione del paziente emofilico
- ✘ L'autoinfusione ed il trattamento ambulatoriale riducono i costi di gestione dei pazienti evitando l'ospedalizzazione
- ✘ La compliance del paziente è decisamente aumentata

A seguito di una sinergia tra il dipartimento di Biotecnologie Cellulari ed Ematologia Università La Sapienza e l'Ospedale George Eastman sono state iniziate cure su questi pazienti seguendo protocolli standard ed è stato osservato che il paziente emofilico presentava problematiche particolari con difficoltà nella gestione medica e terapeutica, per cui sinergicamente sono stati attivati dei sistemi PAC (PRESTAZIONI AMBULATORIALI COMPLESSE) in modo da trattare questi pz ambulatorialmente, senza ricorrere al regime di ricovero. Per cui conseguentemente si è giunti a proporre la creazione di un network odontoiatrico pubblico a livello nazionale condiviso dalla Conferenza Stato Regioni e coordinato dalla Regione Lazio e dalla FEDEMO.

Sono state create delle linee guida per il **medico**:

1. Sviluppare una sinergia fra Centri Emofilia e Specialisti dedicati.
2. In caso di trattamento odontoiatrico di paziente emofilico, avvalersi di una collaborazione con i Centri Odontoiatrici specializzati.
3. Attuare protocolli di prevenzione e profilassi delle lesioni cariose nei pazienti in età pediatrica.
4. In caso di interventi odontoiatrici invasivi, utilizzare adeguati protocolli chirurgici di emostasi locale.
5. Tutte le manovre odontoiatriche ad alta invasività devono essere effettuate secondo le direttive dei protocolli ematologici inviati dai Centri Emofilia.
6. In caso di prescrizione di terapia antalgica/analgesica è sconsigliata la somministrazione di FANS.
7. Intercettare le forme di malocclusione ad alto rischio di trauma facciale.
8. In caso di trauma dentale di un paziente emofilico, contattare immediatamente il Centro Emofilia di riferimento.

Il **paziente** seguendo un DECALOGO, ridurrà l'incidenza della patologia orale attraverso una corretta alimentazione ed una igiene orale accurata.

1. Portare sempre con se il tesserino (o placca metallica) identificativo per dati anagrafici e patologia ematologica.
2. Portare sempre con se i recapiti telefonici del medico ematologo curante e Centro Emofilia di riferimento.
3. Portare sempre con se i riferimenti del farmaco prescritto dal Centro Emofilia per il controllo dell'emostasi, ed essere ben informati sulle caratteristiche.
4. Effettuare visite periodiche di controllo almeno una volta l'anno.
5. In età pediatrica, durante la dentizione decidua, effettuare controlli semestrali.
6. Sottoporsi ad igiene orale professionale almeno 1 volta/anno.
7. Mantenere quotidianamente un buon livello di igiene orale mediante utilizzo di spazzolino e filo interdentale.
8. In caso di sport a rischio di trauma facciale, utilizzare presidi di sicurezza (caschi, paradenti,...).
9. In caso di trauma dentale accidentale contattare il Centro Odontoiatrico ed Emofilia di riferimento.
10. In caso di frattura del dente conseguentemente a trauma, provare a recuperare il frammento e raggiungere il Centro Odontoiatrico di riferimento.
11. In caso di perdita dell'elemento dentale conseguentemente a trauma, conservare il dente in ambiente umido (latte 4/5°C, soluzione fisiologica, sotto la lingua) dopo averlo lavato, avvertire il Centro Emofilia e recarsi urgentemente al Centro Odontoiatrico di riferimento

Rete odontoiatrica per il trattamento delle coagulopatie congenite

L'Associazione Italiana Centri Emofilia (AICE) e' nata per meglio coordinare su tutto il territorio nazionale le attivita' mediche assistenziali e la ricerca nel campo delle coagulopatie congenite.

Facendo riferimento a tale enunciato si e' pensato di istituire un coordinamento nazionale odontoiatrico per omogenizzare le cure verso i pazienti affetti da coagulopatie congenite, sotto la supervisione dell'AICE.

Il DGR 143/2006 ha introdotto i Pacchetti Ambulatoriali Complessi con la possibilità di infondere farmaci in ambiente ospedaliero protetto.

Nel 2007 abbiamo realizzato il PAC Terapeutico per la somministrazione controllata di fattori della coagulazione.

Sono stati abbattuti i costi sanitari:

- Non è stato più necessario impegnare un posto letto per 5 giorni intervenendo sui costi diretti.
- Sono stati interessati anche i costi indiretti in quanto il paziente, dopo l'infusione del farmaco, può svolgere la sua normale attività lavorativa.

- Nel momento in cui il paziente emofilico esegue la prevenzione degli ematriti con infusione di farmaci, noi possiamo effettuare interventi non invasivi (Detartraggio) senza dover infondere sostituti.

Sono stati abbattuti i costi sanitari:

- Non è stato più necessario impegnare un posto letto per 5 giorni intervenendo sui costi diretti.
- Sono stati interessati anche i costi indiretti in quanto il paziente, dopo l'infusione del farmaco, può svolgere la sua normale attività lavorativa.
- Nel momento in cui il paziente emofilico esegue la prevenzione degli ematriti con infusione di farmaci, noi possiamo effettuare interventi non invasivi (Detartraggio) senza dover infondere sostituti.

Il progetto è partito nel 2013 in Regione Lazio su indicazione di Rodolfo Lena, Presidente della Commissione Politiche Sociali e Salute della Regione Lazio, in collaborazione con Fedemo e AEL , in cui è stato esposto il Decalogo per il medico e per il paziente. In tale occasione e' stato presentato in collaborazione con Fedemo un opuscolo "Io e Ottavio ... E la salute dei denti"

Nel 2014 e' stata presentata presso la Regione Lazio una proposta di legge a nome del Presidente Rodolfo Lena per la razionalizzazione e il miglioramento delle prestazioni odontoiatriche e chirurgia maxillo facciale, "Un Patto Sociale per l'Odontoiatria: il modello Lazio". Il nostro obiettivo e' stato creare una sorta di carta d'identita' della bocca di ciascun paziente, in modo da favorire diagnosi tempestive, garanzie delle cure e percorsi di prevenzione come ad esempio nella diagnosi precoce dei tumori del cavo orale.

13, 14 e 15 novembre 2014, sotto l'egida del Ministro Beatrice Lorenzin, si sono svolti gli Open Days di odontoiatria, che hanno offerto gratuitamente più di 1.500 visite e interventi chirurgici nei centri italiani aderenti all'iniziativa.

I risultati hanno confermato il disagio sociale, evidente in questi ultimi anni, che ha portato ad un calo delle visite odontoiatriche su scala nazionale di circa il 40%. Il progetto e' quello di organizzare una rete pubblica che possa dare risposte, nel rispetto della normativa vigente, a tutti i cittadini che necessitano di assistenza specialistica, specie ai piu' deboli.

L'8 giugno 2016, a Reggio Calabria, e' stato realizzato il primo ambulatorio odontoiatrico interamente dedicato ai pazienti affetti da coagulopatie congenite: Presidio Ospedaliero "Morelli". Alla presenza del Direttore Generale Frank Benedetto e del Direttore Sanitario Italia Rosa Albanese.

La collaborazione tra il Centro emofilia di Reggio Calabria e il Servizio di odontoiatria ha dato la possibilita' ai pazienti affetti da coagulopatie di accedere ad un percorso di cura ambulatoriale, senza ricorrere al ricovero. L'iniziativa rientra nel progetto "Il sorriso fa buon sangue", realizzato dall'Associazione Emofilici di Reggio Calabria Onlus.

Orlando 2016

Al WFH 2016 WORLD CONGRESS si e' parlato di questo progetto assieme al Professor Giuseppe Mazza, del College University di Londra e Consigliere di Fedemo.

Oggi ci riuniamo, presso Policlinico Umberto I, assieme al Professor Giovanni Di Minno, Presidente dell'AICE.

Prospettive future 2016/2017

Apertura dell'Ambulatorio Odontoiatrico:

a Monopoli (Regione Puglia)

e a Termoli (Regione Molise)