

## Regolamento Contrattuale

La Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP), nell'intento di contribuire a migliorare la salute orale della popolazione italiana, ha elaborato un modello organizzativo dello studio dentistico che supporta sicurezza e qualità nelle prestazioni di chirurgia parodontale e implantare.

L'adozione del modello organizzativo SIdP prevede l'implementazione su tutti i pazienti di un protocollo chirurgico che guida l'odontoiatra e l'intera squadra clinica al controllo di 35 elementi che contribuiscono alla qualità e sicurezza delle cure di chirurgia parodontale e implantare.

Il protocollo non copre le imprescindibili valutazioni diagnostiche che, sulla base della specifica situazione clinica, dell'evidenza scientifica, delle capacità del singolo odontoiatra e della scala di valori del singolo paziente, portano alla valutazione delle indicazioni e alla decisione di eseguire o no un intervento.

L'impegno ad applicare il protocollo SIdP non rende un clinico esperto o una struttura idonea alla chirurgia parodontale e implantare e non sostituisce un livello adeguato di formazione e competenza del clinico e la disponibilità di un'infrastruttura adeguata. Testimonia un impegno a organizzarsi in modo corretto per eseguire questo tipo di prestazioni.

Il recesso dal presente accordo di adesione e la cancellazione dalla lista degli Aderenti al Progetto può essere attivato per comportamento non consono, uso improprio delle informazioni e delle procedure o la mancata applicazione dei protocolli sottoscritti.

Il sottoscritto Prof./Dott. [nome e cognome]

regolarmente abilitato all'esercizio della professione di Odontoiatra, iscritto numero [inserisci numero] all'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di [provincia]

si impegna a adottare il modello organizzativo SIdP per la chirurgia parodontale e implantare e a applicare il protocollo operativo SIdP (checklist) come descritto nel manuale di riferimento tecnico (istruzioni checklist) su tutti i propri pazienti che necessitano di chirurgia parodontale e implantare.

[luogo], [data in automatico il giorno dell'adesione] FIRMA \_\_\_\_\_