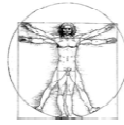


CIPOOOCMF - ANPO



COLLEGIO ITALIANO DEI PRIMARI OSPEDALIERI DI ODONTOIATRIA, ODONTOSTOMATOLOGIA
E CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Associazione Nazionale Primari Ospedalieri

“Curarsi i denti non è un privilegio” ... peccato scoprirlo solo in campagna elettorale

10 gennaio 2018, Quotidianosanità: *“Stop ai ticket, odontoiatria pubblica e messa in sicurezza degli ospedali”. Ecco i programmi per la sanità PD nel nuovo libro di Federico Gelli.*

15 gennaio 2018, Quotidianosanità: *“Cure dentali cenerentola del servizio pubblico. Poche possibilità di assistenza nel Servizio sanitario nazionale e anche molte assicurazioni e fondi negano il dentista. Non resta che pagarsele da soli. I dati Istat”.*

20 gennaio 2018, Quotidianosanità: *“Sì alla proposta di Gelli per un'odontoiatria pubblica, purché non resti un ‘libro dei sogni’”.* Intervista al presidente Cao Giuseppe Renzo.

Il Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Odontoiatria, Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale (CIPOOOCMF) aderenti all' Associazione Nazionale Primari Ospedalieri (ANPO), propone una propria riflessione relativamente all'offerta assistenziale pubblica nel settore della odontoiatria e della chirurgia maxillo facciale.

Analisi del contesto normativo e organizzativo

dell'offerta assistenziale nel settore della odontoiatria e della chirurgia maxillo facciale

Nel **2006** il Ministero della Salute, a conclusione di un **Censimento sull'assistenza odontoiatrica** condotto in collaborazione con il Centro OMS per l'Epidemiologia Orale e l'Odontoiatria di Comunità, indicava che *“obiettivi di politica sanitaria sono sicuramente quelli di implementare e, soprattutto, ottimizzare le risorse disponibili, affinché un sempre maggior numero di cittadini possa accedere all'assistenza pubblica per conservare o ripristinare un buono stato di salute orale”.*

Nel 2011, il Ministro della Salute Prof. Ferruccio Fazio presentando il quaderno del Ministero "Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale" sottolineava l'importanza di "assumere l'impegno di promuovere, su scala nazionale, programmi di prevenzione e cura delle patologie più diffuse della bocca: carie, malattia parodontale, neoplasie. Si tratta di malattie di cui sono noti l'eziologia, la patogenesi, l'evoluzione e, soprattutto, gli alti costi sociali; la prevenzione rappresenta una misura fondamentale in termini di efficacia e di favorevole rapporto costo-benefici. Altro impegno è quello di favorire un maggiore accesso ai servizi odontoiatrici, poiché i dati ISTAT (2005) indicano che il 35,2% della popolazione italiana di età compresa tra i 6 e i 10 anni non viene sottoposto a cure odontostomatologiche o non ha accesso alle stesse; inoltre, circa il 34,5% degli italiani non va dall'odontoiatra, mentre il 48% lo fa una sola volta l'anno.

Quasi la metà della spesa sanitaria privata italiana viene assorbita per l'acquisto di prestazioni odontoiatriche e la percentuale della popolazione italiana che sostiene interamente i costi per queste prestazioni è pari all'85,9%".

Con il fine di agevolare un maggiore accesso alle cure, specie a quel segmento di cittadini in situazione di disagio che, oggi, tendono a rinviare visite e cure odontoiatriche per motivi prettamente economici, la messa a regime dei Fondi integrativi consentirà una maggiore copertura della domanda di prestazioni odontostomatologiche. Il "maggiore accesso alla poltrona odontoiatrica" facilitato dall'applicazione di questo strumento normativo, che il legislatore ha inteso come mezzo per integrare le prestazioni pubbliche, porterà a un incremento della diffusione della "cultura della salute orale", ancora, purtroppo, carente nel nostro Paese."

Utile ricordare che il 60 % della popolazione da 14 a 18 anni risultava, nel 2005, affetta da carie e che le **Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia**, del **settembre 2017**, ci ricordano che **"la prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana ci porta a considerare l'intera popolazione come potenzialmente a rischio di carie e, pertanto, bisognosa di interventi preventivi."**

Tabella 1.1 Incidenza della carie in Italia (dmf/DMF)

	Sani (dmf/DMF = 0)	Affetti (dmf/DMF > 0)
4-5 anni	78,4%	21,6%
6-8 anni	42,7%	57,3%
12 anni	56,9%	43,1%
14-18 anni	40,9%	59,1%
19-25 anni	21,8%	88,2%

DMF, decayed, missing, filled.
Fonte: OMS, 2005.

L'Istat, nel **luglio 2015**, fornisce, nel documento **“Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia”** alcuni dati, riferiti all'anno 2013, espliciti sull'andamento dell'assistenza odontoiatrica:

“Le cure odontoiatriche hanno subito una flessione negli anni della crisi economica. La quota di popolazione che durante l'anno si è rivolta al dentista o all'ortodontista è pari al 37,9% nel 2013, dal 39,3% del 2005. Risulta invece in aumento, dal 24,0% al 29,2%, la percentuale di persone che hanno dilazionato le visite in un arco temporale più lungo, da 1 a 3 anni.

Si riduce il numero di trattamenti effettuati: le persone che si sono sottoposte ad un solo tipo di trattamento nell'anno sono il 70,7% (49,3% nel 2005).

Diminuisce il ricorso ai dentisti che esercitano la libera professione (la percentuale passa dal 34,7% nel 2005 al 32,3%), mentre rimane molto contenuta la quota coperta dal settore pubblico o convenzionato, pari al 5% e stabile rispetto al 2005.

Nel 2013, il 12% delle persone di 14 anni e più ha rinunciato, nei 12 mesi precedenti, a una visita odontoiatrica o a trattamenti per motivi economici. Sul totale di chi rinuncia alle visite, i motivi economici incidono per l'85,2%.

Lo svantaggio del Mezzogiorno è molto evidente: solo il 27,7% della popolazione di 3 anni e più ha fatto ricorso alle cure odontoiatriche (rispetto alla media nazionale Del 37,9%; inoltre è più alta la quota di chi rinuncia per motivi economici (14,5% rispetto al 12,0% osservato a livello nazionale).

Anche per le visite per prevenzione o per la pulizia dei denti professionale, la quota di persone rilevata nel Meridione (16,1%) è la metà di quella del Nord (30,7%), mentre è doppia rispetto al Nord la percentuale di coloro che non sono mai stati da un dentista (12,1% contro 6,2%).

Per tutti gli indicatori di accesso alle cure e della salute orale permangono le diseguaglianze sociali. (www.istat.it/it/archivio/164054).”

Nel **gennaio 2016**, a fronte della pubblicazione del cosiddetto **“Decreto appropriatezza”** (Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale) il Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Odontoiatria, Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale (CIPOOOCMF) interviene, con un articolo pubblicato da Odontoiatria 33, sottolineando che il citato decreto non prevede, nei livelli essenziali di assistenza, quelle prestazioni raccomandate dalle *Linee guida ministeriali* e necessarie per l'attivazione di specifici programmi a favore della popolazione in età evolutiva (0-14 anni) così come previsti dai LEA.

Tale mancanza non si giustifica non solo in termini di appropriatezza ma neanche dal punto di vista della sostenibilità economica posto che, come sottolineato dalle Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva del novembre

2013, “è verosimile, ipotizzare che nel prossimo futuro, applicando sul territorio nazionale un programma di prevenzione strutturato, coordinato e basato su Linee Guida Nazionali, l'offerta terapeutica del SSN si riveli adeguata, in virtù della riduzione della prevalenza di carie che ne risulterà (Petti, 2010). Tale programma di prevenzione orale, inoltre, consentirebbe al pediatra e all'odontoiatria di lavorare congiuntamente per lo stesso obiettivo comunitario nazionale, di indubbio grande impatto socio/sanitario”.

Nel **marzo 2016 Laura Strohmenger**, coordinatrice del Centro di epidemiologia orale e odontoiatria di comunità dell'**Organizzazione mondiale della sanità** e membro del **Gruppo tecnico sull'odontoiatria** operante presso il Segretariato generale del Ministero, in una lettera aperta a Beatrice Lorenzin, Ministro della salute dall'aprile 2013, scriveva : "*Viviamo in un Paese che non solo non investe in odontoiatria pubblica, ma non investe nemmeno in odontoiatria preventiva. Un capitolo negletto da decenni, uno "scandalo" di fronte al quale l'unico modo per chiedere scusa ai cittadini sarebbe quello di lanciare un percorso di prevenzione obbligatorio e gratuito: nei reparti nascita, nelle scuole dell'infanzia, coinvolgendo i medici, i pediatri e gli odontoiatri del servizio sanitario pubblico*".

Dal sito web di **Enrico Gherlone** è possibile cogliere il pensiero di un altro membro del citato **Gruppo tecnico sull'odontoiatria**: “... *A seguito della ridotta offerta, con gli anni si è assistito ad un consolidamento dell'assistenza privata (95% delle prestazioni erogate), con tariffe che hanno precluso l'accesso al servizio odontoiatrico, specie per le fasce sociali più deboli e disagiate. Analogamente riferibile alla limitata offerta pubblica è la mancanza di un'ottica di prevenzione che dovrebbe, invece, caratterizzare, come avviene in altri Paesi, l'intero sistema. Una corretta prevenzione ridurrebbe l'impegno delle cospicue risorse finanziarie necessarie per la terapia e la riabilitazione e dunque, costituirebbe un risparmio in termini economici per le famiglie e la comunità*”. ([http://www.gherlone.it/attività politico-professionale.html](http://www.gherlone.it/attività_politico-professionale.html))

Il **13 gennaio 2018 Doctor 33** titola: “*Il premier Gentiloni firma i nuovi Lea. Ecco le principali novità ma nessuna sull'odontoiatria rispetto al testo iniziale. Sulla carta rimangono tutte le prestazioni ma sono sempre meno i cittadini che potranno accedervi gratuitamente e poi c'è l'incognita Regioni e tempi di attesa*”.

È la conferma di quanto riportato da **Odontoiatria 33** il **6 marzo 2015**: “*Nuovi LEA odontoiatrici, sarà sempre più difficile accedervi. Per il sottosegretario De Filippo: ci sono altre priorità*”.

Quotidianosanità il **15 gennaio 2018** titola: “Cure dentali cenerentola del servizio pubblico. Poche possibilità di assistenza nel Servizio sanitario nazionale e anche molte assicurazioni e fondi negano il dentista. Non resta che pagarsele da soli. I dati Istat”. Nel testo dell’articolo: “Piatto forte di molti programmi elettorali, le cure dentali sono spesso vittime della crisi. E chi ha problemi di denti e non vuole trascurarli è costretto a rivolgersi comunque al settore privato e pagare di tasca propria. Spesso senza rimborsi perché la maggioranza di assicurazioni e fondi integrativi non coprono questo tipo di assistenza. Il dato lo ha fornito l’Istat in occasione del rapporto sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell’UE”.

Considerazioni e proposte

Nonostante le osservazioni espresse da due autorevoli rappresentanti del mondo odontoiatrico presso il Ministero, nel **gennaio 2017** viene emanato il DPCM sui nuovi LEA, ritenuto, dal Ministro, “*un passaggio storico per la sanità italiana*” ...

non certo per l’odontoiatria pubblica!

Evidentemente **l’odontoiatria non appartiene alla sanità italiana** posto che i nuovi LEA sono peggiorativi rispetto ai precedenti livelli di assistenza approvati nel 2001: in particolare, vengono a mancare gli impianti, l’ortodonzia è prevista solo per sei mesi, non è chiara la possibilità di applicazione di protesi fissa.

L’aver trascurato nei nuovi LEA **l’opportunità di un intervento migliorativo sull’odontoiatria pubblica** è particolarmente grave posto che sono noti i dati epidemiologici che da sempre caratterizzano la popolazione pediatrica italiana come è altrettanto noto a tutti il quadro di disomogeneità di applicazione dei LEA a livello nazionale. Questo ultimo dato è documentato da una recente ricerca, del 2016, condotta a livello nazionale dal CIPOOOCMF.

Al Ministro e ai Componenti il Gruppo tecnico sull’odontoiatria del Ministero ci sembra di poter dire che non è sufficiente pubblicare le *Linee guida* ma forse è necessario un intervento realistico che definisca il **ruolo dell’odontoiatria pubblica** superando, in molti ambiti, la fase di enunciazione di “principi”, traducendo il livello speculativo (*pensare/programmare*) in piani operativi di prevenzione e di erogazione di assistenza di qualità (*fare*).

Il CIPOOOCMF ha fornito il proprio contributo al Ministero non solo con le citate *Osservazioni al decreto appropriatezza* (2016) ma anche con altri diversi documenti (nel 2014 *Ambiti di competenza in Chirurgia Orale*, nel 2015 *Tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva* e nel 2016 *Integrazione Ospedale Territorio*) tutti di interesse nel formulare osservazioni per una possibile governance dell'odontoiatria pubblica.

Ora si avvicina il momento del voto e l'odontoiatria pubblica torna alla ribalta.

Il **10 gennaio 2018** il quotidiano on line di informazione sanitaria – *Quotidianosanità* -titola: “*Stop ai ticket, odontoiatria pubblica e messa in sicurezza degli ospedali*”. Ecco i programmi per la sanità PD nel nuovo libro di Gelli. Via tutti i ticket, un forte intervento pubblico in odontoiatria e il lancio di un Piano nazionale per la messa in sicurezza strutture sanitarie. Queste alcune delle proposte contenute in “*Curare tutti. 10 sfide per il diritto alla salute*”, il nuovo libro del responsabile sanità del PD **Federico Gelli**.

Il capitolo “*Curarsi i denti non è un privilegio*” occupa undici delle duecentosei pagine del libro. Di queste undici pagine sei sono utilizzate per spiegare cosa sono i livelli essenziali di assistenza e per elencare le insufficienze dell'assistenza odontoiatrica pubblica.

Vediamo alcuni passaggi del capitolo:

“... intanto riconosciamo che l'odontoiatria è un po' la grande dimenticata del Servizio sanitario nazionale, per colpa dello stesso SSN ma anche di una scelta, secondo me miope, della maggior parte dei professionisti che hanno sempre privilegiato il privato”.

“... credo che siano maturi i tempi per avviare la programmazione di un intervento di natura pubblica nell'odontoiatria, con l'assunzione nel Servizio sanitario nazionale di un numero adeguato di odontoiatri, di tecnici di laboratorio odontotecnico e di altre figure professionali ...”

“... c'è da ripensare il rapporto fra pubblico e privato utilizzando al meglio le risorse dei fondi integrativi e del welfare aziendale ...”.

“ ... nel frattempo, si potranno stabilire tariffe pubbliche prestazionali con gli ambulatori privati, a carico del Servizio sanitario nazionale, per consentire ai cittadini di accedere a tali prestazioni a prezzi calmierati ...”.

“... in un patto di solidarietà e collaborazione con gli odontoiatri privati, si potrebbe sviluppare anche nell'odontoiatria italiana un'attività pro bono rivolta alle categorie più bisognose ...”

“... al fine di conseguire l'abilitazione all'esercizio della professione odontoiatrica rendere obbligatorio una sorta di tirocinio o di servizio sociale da parte dei neolaureati ...”

Per quanti conoscono la realtà e le dinamiche dell'odontoiatria pubblica e dell'odontoiatria privata è molto difficile riconoscersi in quanto proposto da Gelli e pensare che questo possa rappresentare un programma di legislatura per un forte intervento pubblico in odontoiatria.

Ritenere il *welfare aziendale* una possibilità, al pari dei fondi integrativi, significa introdurre una modalità iniqua che relega, ancora una volta, chi esprime solo diritti di tutela di salute ma non ha un lavoro al poco che rimane dell'assistenza pubblica.

Il progetto basato sull'assunzione di odontotecnici, l'individuazione di tariffe calmierate, la disponibilità di volontariato odontoiatrico e addirittura su un tirocinio obbligatorio, sembra essere la premessa per non cambiare nulla.

La citazione dell'*Utopia* di Edoardo Galeano nella prefazione del libro riconduce ad un approccio romantico, quando invece sarebbe necessario chiamare le cose con il loro nome – igienisti dentali e non “*altre figure professionali*” - e pensare seriamente ad un investimento, anche economico, nella prevenzione facendo conciliare diritti ed interessi.

I dati epidemiologici e le evidenze scientifiche chiaramente indicano quali dovrebbero essere le azioni per un approccio universalistico alla tutela della salute orale.

Il Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Odontoiatria, Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale, nel porsi la domanda *l'Odontoiatria pubblica è sostenibile?* ritiene che sarebbe *etico, equo ed appropriato*, e necessariamente *sostenibile*, implementare un *programma di odontoiatria pubblica* nell'ambito della *prevenzione attiva a favore della popolazione in età evolutiva*, attraverso l'adozione di una normativa nazionale e di una regolamentazione di maggior dettaglio al fine di:

- ✓ individuare le modalità organizzative minime essenziali obbligatorie – *modello, strutture, operatori* - in coerenza con Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva;

- ✓ rimuovere il requisito della specializzazione per l'assunzione di dirigenti odontoiatri per favorire l'incremento delle piante organiche delle strutture odontoiatriche;
- ✓ impegnare la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome a individuare le modalità tecniche per il continuo monitoraggio dell'applicazione del dispositivo normativo, nei contesti territoriali, e per la verifica degli effetti prodotti.

Fulvio Campolongo

Segretario nazionale del Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Odontoiatria, Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale aderenti all'Associazione Nazionale Primari Ospedalieri (ANPO)