



ODONTOIATRIA: SISTEMI REGIONALI A CONFRONTO

Roma, settembre 2014

Tra democrazia e burocrazia

Non tutti sanno che la parola “burocrazia” fu coniata da Vincent de Gournay, economista francese del Settecento. Infatti, De Gournay, in una lettera del 1764, proponeva di integrare le tre forme di governo identificate dal filosofo greco Aristotele (monarchia, aristocrazia, democrazia) con una quarta da lui definita “burocrazia”, intesa come governo degli uffici e dell’Amministrazione pubblica.

Max Weber, addirittura sosteneva che l’avvento della burocrazia fosse strettamente connesso allo sviluppo della democrazia di massa in quanto il raggiungimento dell’effettiva democrazia poteva aversi allorquando il suddito diventasse cittadino, avendo quale principio ispiratore l’eguaglianza, di fronte alla legge, di tutti i cittadini.

Per questo Weber, sostenendo la necessità per lo Stato di avere un apparato composto da funzionari che avessero l’unico vincolo di fedeltà verso lo stesso ufficio cui erano preposti e che garantissero trattamenti uguali e imparziali, teorizzò che solo il sistema burocratico potesse riuscire in questo disegno.

L’evoluzione della burocrazia ha però distorto i buoni propositi che ne hanno favorito la nascita.

Oggi, l’apparato burocratico non rappresenta un ausilio allo sviluppo della democrazia bensì un freno.

Gli ultimi “suggerimenti” che la Banca Mondiale ha dato all’Italia per far ripartire la nostra economia si incentrano su due interventi specifici a favore delle imprese: la riduzione della pressione fiscale e il consistente calo di peso delle procedure burocratiche. La stessa Banca Mondiale ha calcolato che, in un anno, un’impresa in Italia impiega 269 ore di lavoro amministrativo per effettuare 15 pagamenti, che pesano per il 65,8% sul suo profitto.

Il numero e la complessità delle pratiche amministrative, la certezza di chiusura di un procedimento amministrativo in tempi certi, i costi necessari per sostenere le attività burocratiche rappresentano un forte deterrente per gli investitori esteri ma frenano, in maniera determinante, anche lo slancio degli imprenditori italiani.

L’inefficienza della Pubblica amministrazione non si ripercuote solo sul grado di soddisfazione del cittadino utente, ma influenza ogni ambito della vita sociale

ed economica del Paese, ostacolandone la crescita e creando un enorme svantaggio competitivo.

I dati diffusi dal Rapporto “PROMO PA 2013”, realizzato dall’omonima Fondazione, ci mostrano un quadro sconcertante. Infatti, secondo gli studi effettuati, in media le micro e piccole imprese impiegano 30,2 giornate/uomo l’anno per gli adempimenti burocratici; dato, in costante aumento, considerato che nel 2011 il rapporto era pari a 28 giornate/uomo. Se si analizza poi il dato negli specifici comparti, emerge che il settore dei servizi è quello maggiormente colpito (circa 33 giornate/uomo), mentre rimane stabile nel commercio (26). Se si includono anche i costi esterni, quindi consulenze e parcelle di professionisti, si arriva a un costo per la burocrazia pari quasi a 12mila euro l’anno per azienda, con un’incidenza sul fatturato aziendale pari al 7,5%. Moltiplicando tale costo per il totale delle micro e piccole imprese presenti in Italia, l’onere complessivo imputabile alla forte burocratizzazione della Pa è quantificabile in 10,8 miliardi di euro (circa lo 0,8% del Pil).

Come accennato poc’anzi, la sburocratizzazione della Pubblica amministrazione è considerata, a ragione, uno dei fattori decisivi affinché il nostro Paese possa uscire dalla crisi e agganciare la ripresa. I tentativi riformatori fatti negli ultimi decenni, pur avendo lo scopo di rendere più agile e accessibile il rapporto fra cittadini e Pubblica amministrazione, hanno sortito effetti diametralmente opposti.

Le numerose, incomplete e malfunzionanti, riforme della Pa che si sono succedute, partivano dal preconcetto che negli anni Ottanta del secolo scorso la legislazione pubblica fosse pubblicistica, anacronistica, autoritaria, centralistica e che il “terremoto” del 1992 con la fine dei partiti tradizionali fosse dovuto in buona misura all’eccessiva discrezionalità e decisività della politica sul sistema pubblico.

Un esempio è la cosiddetta “riforma Bassanini” a Costituzione invariata con la quale si è accresciuto notevolmente il peso dominante dei funzionari pubblici a scapito della politica, creando così delle vere e proprie centrali di potere autonomo e autoreferenziale, totalmente sconnesse dalle esigenze dei cittadini e degli imprenditori.

Ad aggravare la già delicata situazione è intervenuta, nel 2001, la riforma del Titolo V della Costituzione, ideata male e votata in fretta da un governo alla scadenza elettorale, che aveva come obiettivo la riduzione delle distanze fra il cittadino, sia esso privato o impresa, e la Pubblica amministrazione, ma che ha, di fatto, centuplicato i centri di potere burocratico acuendo in tal modo le già ampie differenze fra le varie regioni del Paese.

Federico Orlando, deputato dell'Ulivo in quella legislatura, a tal proposito scrisse: «Nemmeno ci accorgevamo (...) che sulle rovine dell'ex Stato unitario fu costruito un caotico regionalismo ai limiti del federalismo». Nel furore della ricerca del federalismo quale panacea di tutti i mali nostrani, la riforma – oggi appare chiaro a tutti gli attori politici – ha destabilizzato i rapporti tra Amministrazione statale e Amministrazioni autonome.

Il susseguirsi di veti incrociati e l'aumento esponenziale del Contenzioso costituzionale sull'attribuzione di poteri hanno determinato un'instabilità dell'ordinamento che certo non ha favorito la crescita. A questo va aggiunta una diminuzione dei controlli centrali sui vari centri di spesa. Insomma, si cercava l'autonomia delle Regioni e ci si è imbattuti nella loro irresponsabilità.

La presenza di un apparato iperburocratizzato nel nostro Paese ha acuito gli effetti della crisi economica che ha colpito negli ultimi anni i paesi industrializzati e anche il nostro. L'eccesso normativo, la confusione e la scarsa certezza dell'applicazione delle leggi stesse, i passaggi cavillosi che il cittadino e l'impresa devono subire per accedere ai servizi o avviare un'attività generano infatti un sistema paralizzato nel quale i processi economici vengono penalizzati.

Certamente una delle direttive da seguire è quella di abbattere le competenze regionali e superare lo scellerato meccanismo delineato dall'attuale art. 117 della Costituzione concernente le cosiddette funzioni concorrenti. Queste hanno purtroppo moltiplicato i poteri di veto e i ricorsi in Corte Costituzionale, con un aumento spropositato dei ricorsi in tribunale e un complessivo aggravio per il sistema giudiziario. Deve essere chiaro che fare impresa in queste condizioni rasenta l'impossibilità e questo ha come conseguenza l'aumento della disoccupazione e soprattutto una perdita di ricchezza, senza prospettive future.

Lo strumento previsto per risolvere le controversie, ossia la Conferenza di servizi, si è dimostrato un organismo decisionale dotato di un'immobilità unica e non ha prodotto altro che un'amplificazione dei livelli burocratici, con il solo risultato di mettere in fuga le imprese. Basti pensare che dal 2002 ad oggi, le sentenze della Consulta che affrontano i conflitti di competenze fra Stato e Regioni sono circa 1.700 rappresentando circa il 40% di tutte le sentenze della Corte.

Conseguenza di questo processo disorganizzato è il lievitare dei costi a livelli decisamente superiori rispetto a quelli raggiunti da una delle voci di spesa sulle quali si è maggiormente concentrato il dibattito pubblico, ossia le indennità e i rimborsi dati alla classe politica.

È certamente utile porre un freno, indicando dei tetti di spesa, ai rimborsi e alle indennità, ma la vera sfida è porre fine ad una forma di federalismo incompiuto che ha caratterizzato la riforma del Titolo V e che ha prodotto:

- l'ampliamento e la proliferazione delle norme in vigore;
- l'aumento esponenziale delle cosiddette tasse locali e del prelievo fiscale su imprese e cittadini.

Oltre agli effetti ormai evidenti della riforma, e generalmente riconosciuti come infausti, va preso in considerazione il danno da "mancato guadagno e mancata crescita" dovuto all'eccesso di burocratizzazione prodotta.

Il settore che ha più risentito di scelte legislative incomplete ed errate è stato quello sanitario.

Il nuovo Titolo V affida infatti alla legislazione concorrente di Stato e Regioni la "tutela della salute". Ciò, come accennato poc'anzi, ha prodotto enormi diseguaglianze fra i vari sistemi regionali sia per i cittadini sia per i professionisti operanti nel settore, ponendosi in palese contraddizione con quanto espressamente previsto sia dall'art. 32 della Costituzione sia con quanto previsto dalle norme relative all'incentivazione dell'azione privata anche in tema di servizi essenziali (art. 118 Cost.).

Purtroppo, ad oggi, la maggior parte delle Regioni non hanno adempiuto ai loro doveri istituzionali, a scapito soprattutto dei diritti delle persone siano essi malati, cittadini o operatori.

Anzi v'è stato un proliferare di procedure amministrative diverse da Regione e Regione che hanno reso l'esercizio effettivo della professione sanitaria un vero percorso ad ostacoli a discapito non solo dei professionisti del settore, ma anche e soprattutto degli utenti.

Un caso di studio è rappresentato dalla Regione Lazio dove il combinato disposto delle riforme di cui sopra, unito ad un'estrema e spesso miope burocratizzazione, ha prodotto una situazione paradossale in tema di autorizzazioni necessarie per l'apertura di uno studio professionale o di un poliambulatorio.

All'interno del già disastroso sistema sanitario la categoria professionale che ha subito di più le scelte irrazionali dell'Ente Regione è quello degli odontoiatri. Infatti, anche se i dentisti appartengono dal punto di vista giuridico alla categoria professionale dei medici, un odontoiatra che vuole aprire uno studio dentistico deve affrontare un iter burocratico molto più intricato e complicato rispetto a quello di un medico.

Per comprendere appieno la situazione in cui sono costretti ad operare gli odontoiatri del Lazio, è opportuno ricostruire brevemente l'evolversi della normativa nazionale e il suo errato recepimento regionale.

L'unica norma, tutt'ora vigente, in materia di apertura di strutture sanitarie è il Testo unico leggi sanitarie n. 1265 del Regio Decreto 1934 (TULSS) dove si statuisce, all'art. 193, che sono soggetti all'autorizzazione preventiva da parte del prefetto/sindaco gli ambulatori medici (intesi come strutture la cui organizzazione prescinde dai singoli medici che vi lavorano) e pertanto sono esclusi da autorizzazioni preventive i gabinetti medici.

I tentativi di riforma del sistema con lo scopo di aprire agli investimenti privati il settore sanitario iniziano negli anni Novanta del secolo scorso con la legge 502/92, voluta dall'allora Ministro Francesco De Lorenzo, che, partendo dal dettato normativo del TULSS, inquadra l'autorizzazione come strumento necessario affinché le strutture pubbliche e quelle private vengano poste sullo stesso piano concorrenziale attraverso un processo di accreditamento e convenzione.

Successivamente, la cosiddetta riforma della Sanità (D.lgs. n 229/99), voluta dall'allora Ministro della Salute, on.le Rosy Bindi, invece di proseguire verso una semplificazione del sistema, aumenta gli oneri a carico dei professionisti che vogliono aprire uno studio dentistico non ponendo distinzioni di alcuna sorta tra studio professionale e ambulatorio.

Infatti, il citato decreto legislativo, all'articolo 8 ter, sancisce che «l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è richiesta per gli studi odontoiatrici, medici, e di altre professioni sanitarie ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la salute del paziente».

Dal 2001 in poi, con l'entrata in vigore della riforma del Titolo V della Costituzione, le Regioni nel promulgare le relative leggi applicative in materia sanitaria, considerando in maniera errata che la professione di odontoiatra fornisce, a prescindere, prestazioni invasive, costrinsero tutti gli studi professionali a subire il girone infernale delle autorizzazioni. La prima Regione che si mosse in tal senso fu la Regione Marche. La stessa Regione subì, a seguito dell'applicazione di questo indirizzo normativo, un numero impressionante di ricorsi che si conclusero con una sentenza della Corte di Cassazione con la quale si decretava l'illegittimità del concetto di "presunzione di invasività" e, di conseguenza, secondo i giudici della Suprema Corte, «gli studi odontoiatrici e medici non necessitano di alcuna autorizzazione».

A seguito della sentenza di cui sopra tutte le Regioni d'Italia si sono adeguate con l'unica eccezione della Regione Lazio che, ultima regione ad applicare l'accordo Stato-Regione all'interno del proprio regolamento, in maniera miope sanciva ed estendeva l'obbligo, per ogni odontoiatra che volesse aprire uno studio dentistico anche se monoprofessionale, a richiedere un complesso sistema di autorizzazioni che prescindeva dal caso concreto.

Pertanto, dal 10/02/2007, con l'entrata in vigore del regolamento Regione Lazio n. 2/07, attuativo della l.r.l. n. 4/2003 in materia di accreditamento e autorizzazione, nella Regione Lazio – in totale violazione con quanto previsto dagli artt. 32 e 41 della nostra legge fondamentale ed in ultimo del cosiddetto Decreto Monti sulle liberalizzazioni – un giovane odontoiatra che volesse aprire uno studio medico doveva seguire un iter iperburocratico ed estremamente farraginoso; nello specifico il professionista doveva:

- aver realizzato la struttura medica, con un importante investimento di capitale;
- richiedere in triplice copia alla Regione l'autorizzazione all'esercizio;
- superare le ispezioni e le verifiche dell'ASL territorialmente competente, una volta accertata la regolarità formale della documentazione presentata.

Solo dopo che l'ASL avesse trasmesso il parere di idoneità dello studio, la Regione avrebbe rilasciato l'autorizzazione.

Non è difficile immaginare l'ingorgo burocratico venutosi a creare e l'altrettanto enorme dispendio in termini di costi economici, tant'è che la Regione Lazio ha lasciato inevase circa il 90% delle richieste pervenute, atteso che lo stesso Ente Regione avrebbe dovuto fornire una risposta entro i 90 giorni.

In questa giungla, la Regione Lazio, nonostante le sentenze emesse da diversi tribunali e dalla stessa Cassazione continuassero a considerare del tutto incostituzionale l'iter burocratico messo in piedi dalla Regione, con il decreto del commissario ad acta, n. 38 del 2012, ha obbligato tutti i professionisti che avevano già inoltrato la richiesta e tutti quelli che avevano aperto studi, a presentare, nuovamente, la documentazione per via telematica. Pertanto era consentita la prosecuzione dell'attività professionale solo se si era in possesso della ricevuta telematica di compiuto invio.

La circostanza esposta ha inciso non solo sulle tasche dei professionisti ma l'impianto burocratico venutosi a creare ha certamente comportato un aumento esponenziale dei costi della sanità, ciò in palese contraddizione con la necessità per la Regione Lazio di rientrare dal deficit finanziario accumulato negli anni. Senza contare l'aggravio per la Regione stessa dovuto alla condanna delle spese

processuali dei numerosi ricorsi inoltrati al TAR per quanto concerne la materia in oggetto. Infatti, le giunte regionali succedutesi – che hanno contribuito in maniera determinante al deficit sanitario – hanno ritenuto, con evidente miopia, di risolvere il problema finanziario con tagli lineari: azioni che hanno avuto il solo risultato di ridurre le garanzie, costituzionalmente garantite ai cittadini, di avere una assistenza sanitaria adeguata. Se invece si fosse intervenuto sul mostro burocratico generato, si sarebbe certamente ridotta la spesa per la sanità con enormi vantaggi sia per i professionisti del settore sia i per cittadini utenti.

La Regione Lazio ha cercato di porre rimedio alla situazione, a dir poco kafkiana, venutasi a creare con la nota di protocollo n. 405928 del 14 luglio 2014, anche e soprattutto sotto la spinta di una consolidata giurisprudenza amministrativa che ha visto l'Ente Regione sempre soccombente nei ricorsi presentati dai professionisti innanzi il Tar Lazio.

Nello specifico, la citata nota interviene semplificando l'iter burocratico necessario all'apertura di uno studio dentistico in 4 specifici settori:

- presenza di consulenti collaboratori negli studi odontoiatrici;
- deroga categoria catastale diversa da A10 o C1;
- verso di apertura della porta di accesso allo studio;
- superamento barriere architettoniche.

Ma si tratta solo di una nota che incide su aspetti tutto sommato di poco conto, lasciando ancora aperte questioni riguardanti il riordino e la semplificazione di tutto il settore.

Sarebbe opportuna, infatti, una legge quadro che riformi l'intero settore semplificando le procedure e snellendo alcuni inutili adempimenti burocratici: ciò che realmente serve al sistema è una rapida inversione di rotta. Basterebbe seguire l'esempio della Regione Lombardia nel campo delle autorizzazioni.

La legge regionale della Lombardia n. 8 del 02/04/2007 ha abolito l'obbligo dell'autorizzazione sanitaria per tutte le attività sanitarie, le quali, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, devono presentare una denuncia di inizio attività alla ASL competente per territorio tramite consegna diretta o raccomandata A/R, in particolare l'autocertificazione del possesso dei requisiti minimi previsti. Le verifiche sono affidate all'ASL territorialmente competente che dovrà provvedere entro sessanta giorni dal ricevimento della denuncia. Ma, al di là della effettiva liberalizzazione del sistema, la Regione Lombardia è intervenuta sulla semplificazione delle procedure amministrative mediante il sistema dell'autocertificazione del possesso di una serie di requisiti, considerando che la maggior parte delle informazioni richieste sono già in possesso della stessa Pubblica amministrazione.

L'attenzione del sistema per le cosiddette *best practices* ha riguardato finanche la modulistica e il conseguente invio: ad esempio, il sistema adottato a livello regionale è basato su domande a risposta semplice, si può rispondere solo in modo affermativo o negativo (sì/no). Nel caso di risposta negativa, in alcuni campi è prevista la possibilità di inserire un numero di giorni entro i quali si ritiene di poter soddisfare il requisito.

Ma, considerando ancora il sistema della Regione Lazio, oltre all'annosa questione in tema di autorizzazioni, questa istituzione regionale è protagonista di una ulteriore anomalia che la differenzia in negativo rispetto alle altre Regioni d'Italia e cioè la possibilità, soprattutto per i giovani professionisti, di poter condividere uno spazio professionale comune gestendo i propri pazienti in maniera indipendente.

Accade infatti, nella Regione Lazio, che se più odontoiatri (anche specializzati in branche diverse) vogliono condividere uno spazio professionale comune, a causa di una interpretazione restrittiva del Codice civile, nel caso adottino un sistema di co-working, siano invece considerati, a prescindere e senza alcun accertamento pratico, strutture sanitarie complesse. Questo significa che i professionisti che condividono una struttura saranno soggetti all'intero sistema di autorizzazioni.

Va da sé che semplificare le procedure e favorire la possibilità, soprattutto per i giovani professionisti, di poter dividere l'ingente costo economico legato all'inizio dell'attività professionale rappresenterebbero un toccasana, in un momento di profonda crisi economica, e invece la Regione Lazio adotta un orientamento diametralmente opposto alzando barriere burocratiche anche là dove la legislazione nazionale e quella regionale non lo impongono.

Anche in questo caso, senza scomodare il sistema sanitario lombardo, basta varcare i confini regionali ed andare nella vicina Toscana per poter godere di un trattamento totalmente diverso.

Infatti, secondo la normativa regionale, in Toscana, più odontoiatri possono condividere spazi e attrezzature; gli unici vincoli sono imposti dall'idoneità dei locali: ad esempio, spazi adeguati per la sala d'attesa in quanto il principio cardine ispiratore della normativa è dato dal fatto che lo studio associato è pur sempre uno studio professionale, in cui prevale l'apporto professionale ed intellettuale dei professionisti associati rispetto ai beni materiali e ai servizi.

Per questo gli studi associati sono equiparati agli studi professionali e pertanto non saranno soggetti alle autorizzazioni richieste per le strutture sanitarie.

I numeri dell'Odontoiatria

L'articolo 32 della Costituzione Italiana sancisce il principio della tutela del diritto alla salute con l'obiettivo di fornire ai cittadini la migliore assistenza sanitaria possibile. Tale principio vale, naturalmente, anche per quanto riguarda il settore odontoiatrico.

Come evidenziato nel precedente paragrafo, la riforma del Titolo V della Costituzione, in cui rientra anche il suddetto principio della tutela della salute, ha prodotto la nascita e la proliferazione di diverse procedure amministrative da regione a regione colpendo in maniera significativa anche il comparto odontoiatrico.

L'indagine Istat sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari del 2013 evidenzia come la popolazione italiana rinunci sempre più alle cure odontoiatriche, segnando un calo del 30% ma ricorra sempre più spesso ad interventi di tipo protesico.

Gli italiani, dunque, vanno sì dal medico specialista, ma rinunciano, di fatto, al dentista.

L'unico dato in controtendenza è rappresentato dalla diminuzione delle persone che non sono mai state dal dentista.

I dati evidenziano un crescere delle visite mediche specialistiche quasi del 3%, che passa dall'11,9% del 2005 al 14,8% del 2013.

Secondo i calcoli dell'Istat, sono 4,9 milioni, l'8,2% degli italiani dai 3 anni in su, coloro che dichiarano di non essere mai stati dal dentista.

La notizia, per quanto possa sembrare sconcertante, segnala tuttavia una diminuzione rispetto al 2005, quando gli italiani ad affermare di non esser mai stati dal dentista erano l'11,2%.

Le Regioni del Mezzogiorno quali Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia, con punte superiori al 18% nel 2005, rilevano un tangibile calo delle quote di quanti non sono mai andati dal dentista (-60%), anche se mantengono il primato di uniche regioni con doppie cifre, tra il 10,4% della Basilicata e il 14,3% della Sicilia, considerando i tassi standardizzati.

In generale, la quota di quanti non sono mai andati dal dentista, nel Mezzogiorno, è doppia rispetto al Nord e al Centro.

Sempre nel 2013, risulta elevata la percentuale di bambini fino a 14 anni che non ha mai fatto ricorso a visite odontoiatriche (33,3%), in calo rispetto al 2005 del 6,1% (quando si registravano valori pari al 39,4%).

L'Istat sottolinea come solo il 39% dei bambini in età pediatrica, nel 2013, si è sottoposto a una visita odontoiatrica (40,9% nel 2005), il 22,2% lo ha fatto in un arco temporale più ampio (oltre 1 anno e entro i 3 anni precedenti l'intervista); il 5,1% oltre i tre anni.

TABELLA 1**Percentuale di bambini in età pediatrica che si sono sottoposti a visita odontoiatrica**

Anno 2013

Valori percentuali

Spazio temporale	%
Entro 1 anno dall'intervista	40,9
Oltre 1 anno e entro i 3 anni precedenti l'intervista	22,2
Oltre i 3 anni dall'intervista	5,1

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

Il 73,7% dei bambini si lava i denti almeno due volte al giorno, il 23,5%, invece, lo fa solo una volta al giorno; il 2,4% non lo fa nemmeno con frequenza giornaliera, mentre una quota dello 0,8% non li lava mai.

L'Istat fa notare come la prevenzione dell'igiene orale sia strettamente collegata alle condizioni socio-economiche e culturali delle famiglie in cui vivono i bambini.

In famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, nel 70,1% dei casi, lavano i denti più di una volta al giorno, quota che sale al 75,4% tra quelli in famiglie che dichiarano risorse economiche ottime o adeguate.

Come sempre, le disegualianze tra Nord, Centro e Mezzogiorno sono evidenti: nel Centro, si registrano valori del 68,9% contro il 76,2%; nel Nord, invece, 66,9% contro il 73%; nel Mezzogiorno, 67,9% contro il 73,9%.

Tuttavia, le condizioni economiche e socio-culturali, e neppure quelle geografiche da sole, sembrano correttamente interpretare il dato che descriverebbe ancora una volta un Nord consapevole e attento alla prevenzione e alla salute e un Sud arretrato, scarsamente sensibile e sostanzialmente arretrato perché più povero o meno informato sui temi della prevenzione e della cura.

Come sempre, le indagini e i numeri e le percentuali che ne conseguono lasciano aperti ampi spazi all'interpretazione. Nel nostro caso, all'ipotesi che le dichiarazioni degli intervistati non siano state del tutto veritiere a causa della naturale diffidenza che spesso accompagna il rapporto tra intervistato ed intervistatore e, nello stesso tempo, che vi sia la tendenza soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno a considerare "critiche" informazioni tutto sommato "neutre" come quelle sulla salute.

Inoltre, non è da sottovalutare la possibilità che la domanda "quante volte sei stato dal dentista nell'ultimo anno..." possa essere interpretata come un tentativo indiretto di accertamento degli standard di vita, e quindi economici, dell'intervistato.

Infine, è anche possibile che le risposte siano condizionate da una tacita complicità tra cittadino-paziente e cittadino operatore-sanitario, in considerazione del fatto che la visita o l'intervento possano essere effettuati in "nero", alimentando l'economia sommersa che contraddistingue il nostro Paese.

TABELLA 2**Percentuale di chi è andato dal dentista suddivisa per cittadini italiani e residenti stranieri. Per fasce d'età**

Anno 2013

Valori percentuali

Fascia d'età	Cittadini italiani	Residenti stranieri
Da 3-5 anni	15,1	9,1
Da 6-10 anni	46,7	29,2
Da 11-14 anni	52,0	26,8
Da 15-24 anni	44,2	23,6
Da 25-34 anni	44,1	26,7
Da 35-44 anni	44,6	25,6
Da 45-54 anni	44,4	27,6
Da 55-64 anni	38,9	25,5
Da 65 anni e più	25,4	22,5

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Odontoiatria33-Istat.

Non a caso, un focus sulle visite specialistiche evidenzia come le cure odontoiatriche risultino a carico dei cittadini nell'85,7% dei casi, con una lieve riduzione dell'1,7% (nel 2005, infatti, era pari all'87,4%).

Anche nell'età evolutiva, nell'82,3% dei casi, gli italiani si rivolgono alle strutture private, nonostante i programmi pubblici di prevenzione orale promossi per i minori che risultano, probabilmente, poco facilmente accessibili o poco facilmente considerati dai genitori.

Complessivamente, invece, diminuisce il numero dei cittadini che si recano in studio per una visita di controllo o per igiene orale, dal 75,8% del 2005 al 64,9% del 2013 (-10,9%).

Vi è, inoltre, una diminuzione del 7% di quanti si recano per fare estrazioni o otturazioni, dal 19,9% del 2005 al 12,9% del 2013 nel primo caso; dal 43,5% del 2005 al 25,5% del 2013, nel secondo caso (-18%).

La Basilicata e la Calabria sono le Regioni che evidenziano le flessioni maggiori.

Come detto, invece, aumenta la percentuale di italiani che si rivolgono al dentista per protesi, ponti o impianti, dal 12,3% del 2005 al 16,5% del 2013 (+3,2%). In questo caso si tratta di interventi sostanziali dal punto di vista tecnico ed economico più difficilmente occultabili sia da parte dell'operatore sia da parte del paziente.

Crescono in maniera esponenziale, quasi il 5%, i cosiddetti trattamenti estetici come lo sbiancamento (trattamenti che l'Istat ha catalogato come "Altri", per distinguerli da quelli usuali), dall'1,1% del 2005 al 6% del 2013.

SPESA SANITARIA ODONTOIATRICA IN ITALIA E NELLA REGIONE LAZIO

I dati sul Lazio del 2013 evidenziano come la spesa sanitaria pubblica per abitante nel Lazio, a causa dei recenti tagli, sia diminuita del 4%, con una riduzione peculiare tra il 2009 e il 2010 (-2%). A livello nazionale, invece, i livelli rilevati rimangono pressoché invariati.

La politica dei tagli e la conseguente riduzione della spesa sanitaria pubblica hanno portato a una contrazione del numero delle famiglie che si sono rivolte agli specialisti odontoiatrici: il 31% delle famiglie laziali, infatti, si è rivolto a un dentista solo per le cure indispensabili, mentre il 23%, in caso di necessità, ha rinunciato o rimandato (anche a causa della scarsa copertura del Sistema Sanitario Pubblico).

Il 43,6% degli abitanti della Regione Lazio ha pagato per visite e prestazioni odontoiatriche private, contro una media nazionale del 38,6%.

Secondo i dati forniti dal Centro elaborazione dati della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), gli odontoiatri italiani iscritti all'Albo sono 59.324 mentre nel 2012 erano 58.850.

Di questi 59.342, circa 6.377 (pari a 1 ogni 853 abitanti) sono gli odontoiatri operanti nel Lazio; la sola città di Roma vanta all'Albo l'iscrizione di oltre 5.200 dentisti, un numero ben superiore a quello registrato nelle città di Milano (3.783) e Napoli (2.757).

Il numero di nuovi iscritti all'Albo, negli ultimi dieci anni, ha registrato una forte flessione: basti pensare che, solo nel 2013, la Regione Lazio ha visto l'iscrizione all'Albo di soli 81 odontoiatri mentre la Lombardia ha registrato il numero più alto di nuovi iscritti (125).

A trent'anni dal primo laureato in Odontoiatria, gli iscritti all'Albo con la laurea in Medicina, a livello nazionale, risultano in numero maggiore dei laureati in Odontoiatria (32.964 contro 26.360), pur in previsione di un sorpasso nel 2015.

2.792 laureati in Medicina si sono iscritti al solo Albo degli Odontoiatri, mentre i restanti 30.172 hanno mantenuto anche l'iscrizione all'Albo dei Medici.

TABELLA 3**Isritti all'Albo degli Odontoiatri nelle regioni italiane e abitanti. Per densità dentista**

Anno 2013

Valori assoluti

Regione	Dentisti	
	V.A.	Abitanti/dentista
Piemonte	4.434	983
Valle d'Aosta	79	1.603
Liguria	2.123	737
Lombardia	9.742	999
Trentino Alto Adige	832	1.242
Veneto	4.607	1.055
Friuli Venezia Giulia	1.381	882

Regione	Dentisti	
	V.A.	Abitanti/dentista
Emilia Romagna	4.412	986
Marche	1.417	1.088
Toscana	3.973	924
Umbria	950	931
Lazio	6.377	853
Campania	4.825	1.194
Abruzzo	1.648	793
Molise	305	1.024
Puglia	3.505	1.154
Basilicata	419	1.375
Calabria	1.889	1.035
Sicilia	4.020	1.242
Sardegna	1.557	1.051

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati FNOMCeO.

TABELLA 4

Iscritti all'Albo dei Medici nelle regioni italiane e abitanti. Per densità medico

Anno 2013

Valori assoluti

Regione	Medici	
	V.A.	Abitanti/medico
Piemonte	24.290	179
Valle d'Aosta	623	203
Liguria	12.402	126
Lombardia	55.060	177
Trentino Alto Adige	4.938	209
Veneto	24.363	199
Friuli Venezia Giulia	7.347	166
Emilia Romagna	28.647	152
Marche	8.758	176
Toscana	25.128	146
Umbria	6.296	140
Lazio	44.067	125
Campania	37.451	154
Abruzzo	9.892	138
Molise	2.131	147
Puglia	23.221	174
Basilicata	3.106	186
Calabria	14.923	131
Sicilia	35.181	142
Sardegna	12.380	132

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati FNOMCeO.

Secondo le elaborazioni dell'Aio il numero di nuovi iscritti, al 21 gennaio 2013, è di 954 unità; il dato riferito agli iscritti di sesso maschile è superiore a quello rilevato per le donne (la differenza è di 206 unità).

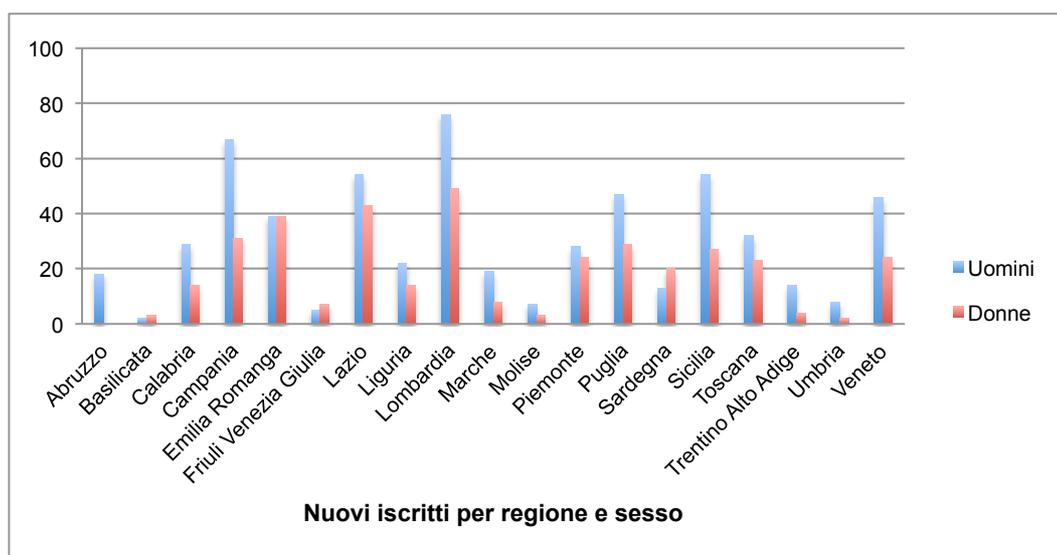
Com'è evidenziato nel grafico successivo, fra le regioni italiane per numero di nuovi iscritti uomini spiccano la Campania (67), la Lombardia (76), il Lazio (54) e la Sicilia (54); le regioni con la maggiore presenza di nuovi iscritti di sesso femminile, invece, sono la Lombardia (49), il Lazio (43), l'Emilia Romagna (39) e la Campania (31).

GRAFICO 1

Nuovi iscritti per regione e sesso

Al 21 gennaio 2013

Valori assoluti



Fonte: Elaborazione AIO.

Dalla tabella seguente emerge che il numero degli odontoiatri, dal 2004 a oggi, è aumentato di ben 15.110 unità (10.231 è il valore dei nuovi odontoiatri iscritti all'Albo di sesso maschile; 4.879 il valore delle nuove iscrizioni rilevate invece per la componente di sesso femminile).

Scende, invece, il numero dei cancellati di sesso femminile, passati dai 146 del 2004 ai 69 del 2013; il numero dei cancellati di sesso maschile, dopo il picco del 2012 (460), sembra lentamente tornare, con 389 cancellazioni, ai valori del 2004 (327).

TABELLA 5**Incremento annuale odontoiatri (puri + doppi iscritti) suddivisi per nuovi iscritti e cancellati, per sesso**

Anni 2004-2013

Valori assoluti e percentuali

Anno	Odontoiatri maschi	Odontoiatri femmine	Totale odontoiatri	Differenza odontoiatri	% odontoiatri	Nuovi iscritti maschi	Nuovi iscritti femmine	Cancellati maschi	Cancellati femmine
2004	34.367	9.847	44.214	0	0,0	964	514	327	146
2005	39.228	11.072	50.300	6.086	13,76	1115	561	278	70
2006	41.329	11.840	53.169	2.869	5,70	843	528	225	51
2007	42.200	12.395	54.595	1.426	2,68	700	499	273	61
2008	42.919	12.894	55.813	1.218	2,23	621	462	297	65
2009	43.348	13.361	56.709	896	1,61	614	497	311	66
2010	43.735	13.763	57.498	789	1,39	582	441	334	61
2011	44.096	14.147	58.243	745	1,30	610	428	404	89
2012	44.400	14.450	58.850	607	1,04	570	364	460	102
2013	44.598	14.726	59.324	474	0,81	580	374	389	69

Fonte: Elaborazione AIO.

Analizzando, invece, il panorama comunitario europeo¹, possiamo notare come il nostro Paese faccia registrare la presenza più alta d'iscritti sia all'Albo degli Odontoiatri, 56.492 nel 2010 (tabella 6) e 58.592 nel 2013 (tabella 3) sia all'Albo dei Medici, 371.450 nel 2010 (tabella 7) e 379.804 nel 2013 (tabella 4) risultando in valori assoluti secondo soltanto a quello registrato in Germania (che conta 64.972 dentisti e 439.090 medici).

Seguono la Francia (43.146 e 212.132), il Regno Unito (32.189 e 168.156), mentre tra i paesi del cosiddetto "turismo sanitario" la Romania fa registrare valori rispettivamente di 12.959 dentisti e 53.414 medici, mentre in Ungheria i valori sono di 5.257 e 28.686.

L'Italia, inoltre, detiene il "primato" di nazione con l'incidenza più elevata di medici (ben 614,3 ogni 100mila abitanti, a fronte di un valore medio europeo pari a 429,3), collocandosi al terzo posto anche per l'incidenza del numero dei dentisti.

¹ Dati aggiornati su dentisti e medici nei paesi europei saranno pubblicati da Eurostat entro la fine dell'anno in corso. Saranno consultabili direttamente dal sito Internet dell'European Statistics.

TABELLA 6**Dentisti nei paesi europei**

Anno 2010

Valori assoluti (incidenza su 100.000 abitanti)

Paese	Dentisti	
	V.A.	Dentisti x 100mila ab.
Francia	43.146	66,5
Germania	64.972	79,5
Italia	56.492	93,4
Regno Unito	32.189	51,7
Romania	12.959	60,4
Spagna	27.826	60,4
Ungheria	5.257	52,6

N.B. I valori presenti in tabella fanno riferimento all'ultimo censimento disponibile.

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Eurostat.

TABELLA 7**Medici nei paesi europei**

Anno 2010

Valori assoluti (incidenza su 100.000 abitanti)

Paese	Medici	
	Valore assoluto	Medici x 100mila ab.
Francia	212.132	328,1
Germania	439.090	536,8
Italia	371.450	614,3
Regno Unito	168.856	272,2
Romania	53.414	248,9
Spagna	223.484	486,0
Ungheria	28.686	286,4

N.B. I valori presenti in tabella fanno riferimento all'ultimo censimento disponibile.

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Eurostat.

I FRANCHISING ODONTOIATRICI

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito, in maniera sempre più massiccia, al proliferare di catene odontoiatriche in franchising, come Vitaldent, OdontoSalute, DentalCenter, ItalDent e CareDent, tutte attive nelle principali città italiane.

Con il risultato di una forte attenuazione della figura e del ruolo tradizionali del dentista che, come il medico di fiducia, accompagnava la famiglia media italiana. Poiché la normativa consente a società di capitali di operare in questo come in altri settori della sanità, stiamo assistendo a una progressiva e massiccia "invasione" favorita da insistenti campagne di marketing e di pubblicità con le quali si offrono servizi a costi sempre più contenuti e formule di pagamento apparentemente più vantaggiose.

L'entrata delle società di capitali in tale settore ha trasformato la sanità in un business, gestito da investitori privati che spesso nulla hanno in comune con l'odontoiatria o la medicina.

Da tempo, infatti, stanno aumentando in tutto il Paese network odontoiatrici, ovvero catene commerciali che attraverso il franchising aprono strutture che offrono spesso prestazioni a prezzi stracciati.

Si tratta di un fenomeno già visto negli Stati Uniti, dove un ruolo fondamentale nella prevenzione odontoiatrica è giocato dalla promozione esterna, sotto forma di marketing mirato.

Questo significa che, in futuro, anche in Italia ci sarà il bisogno di inserire la promozione esterna come una nuova voce nella lista dei costi fissi di uno studio odontoiatrico (in Italia, la legge ha posto un limite per tale spesa, pari al 5% del reddito dell'anno precedente).

Da un'inchiesta sui dentisti condotta da Altroconsumo nell'aprile 2013, dal titolo *Quanto costa un sorriso sano*, si evince che, sulle sette prestazioni base (prima visita, pulizia dei denti, otturazione, devitalizzazione, corona, ponte e impianto), svolte in 145 studi dentistici di 6 città (Bari, Bologna, Milano, Napoli, Roma e Torino) e dato il confronto dei prezzi medi, le catene in franchising sono in media molto più convenienti per la pulizia dei denti, l'otturazione e la devitalizzazione, mentre per quanto riguarda i lavori più complessi (ponte e impianti), i prezzi si avvicinano a quelli degli studi privati.

Per quanto riguarda, invece, la prima visita, nelle strutture in franchising è sempre gratuita contro una media nazionale del 61% degli studi.

In relazione al confronto dei prezzi medi, all'interno delle città, Napoli risulta la meno cara; Roma si colloca al secondo posto fra le meno care con un +8%, mentre Bologna e Milano risultano essere le città più care (rispettivamente +21% e +16%).

L'immagine accattivante del franchising, spesso, nasconde realtà ben più preoccupanti, come dentisti abusivi al lavoro, giovani odontoiatri neolaureati e privi di esperienza, preventivi realizzati da commerciali e non da medici.

Inoltre, si rileva sempre più consistente la probabilità di cadere nella trappola dei piani di cura finanziati da un istituto di credito e pagati in anticipo alla struttura, senza alcuna certezza per il paziente.

Negli ultimi tempi, poi, il mercato del franchising odontoiatrico ha attirato anche l'attenzione della criminalità organizzata, come nel caso di Terni dove, nel Giugno 2014, in seguito a indagini condotte dal Comando Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS), è emerso che affiliati alla 'ndrangheta, al fine di riciclare denaro sporco, hanno investito in tale campo, puntando su un nome di punta di questo settore.

Le informazioni disponibili, sia pure ancora non ufficiali, segnalano nelle diverse regioni italiane, soprattutto in quelle del Nord, una nuova e sensibile attenzione della criminalità organizzata ad un settore che viene considerato particolarmente attraente e possibile fonte di nuovi investimenti e nuovi guadagni.

Su un altro fronte, in alcuni ospedali pubblici viene offerto un servizio di odontoiatria in regime privato che non punta solo sul prezzo ma sulla qualità.

I costi sono in media più alti di quelli rilevati negli studi privati; in tali strutture, la prima visita si paga sempre, mentre i prezzi delle altre prestazioni sono in linea con quelli degli altri studi odontoiatrici privati.

Di norma, chi sceglie di andare in una struttura universitaria reputa che la qualità delle prestazioni sia elevata, sia sotto il profilo della preparazione di chi vi lavora, sia dal punto di vista della qualità dei materiali impiegati.

Tra le cliniche universitarie più rinomate si possono citare il San Raffaele di Milano, la Clinica Odontoiatrica Università degli Studi de L'Aquila e gli Ospedali San Giovanni Calibita Fatebenefratelli e "George Eastman" di Roma.

IL TURISMO ODONTOIATRICO

Nonostante la ricchezza dell'offerta, la perdurante congiuntura economica sfavorevole ha indotto un considerevole numero di italiani a cercare all'estero soluzioni più vantaggiose.

Ha così preso vita il cosiddetto "turismo sanitario", principalmente orientato verso i paesi dell'Est Europa recentemente acquisiti all'Unione europea, favorito anche dai voli low-cost e dai bassi costi di ospitalità e soggiorno.

Sono circa 30.000 gli italiani (stima Eurispes, 2013) che scelgono ogni anno di andare all'estero per problemi dentali. Gli Stati scelti sono, perlopiù, Croazia, Romania, Ungheria e Albania, paesi che riescono a offrire prestazioni a basso costo grazie al minor costo del lavoro, al minor peso dei costi fissi (come, ad esempio, le strutture in cui sono ospitati i centri) e a regimi fiscali meno restrittivi di quello italiano.

Altre volte, invece, l'ottimizzazione dei costi è legata – purtroppo – alla scarsa professionalità e al mancato rispetto delle procedure mediche, o che le tempistiche di lavoro siano molto più brevi rispetto ai tempi necessari.

Un sondaggio condotto dall'Ispo, nel maggio 2012, ha evidenziato che l'81% del totale del campione intervistato non è interessato ad accedere alle cure dentali offerte in altri paesi, mentre il 15% potrebbe prendere in considerazione di farsi curare all'estero.

Tra gli italiani che si sono recati all'estero (sono il 4%), la metà non ripeterebbe l'esperienza. Ciò perché si sono verificati numerosi casi di "assistenza da rientro", necessaria, poiché un consistente numero di italiani, una volta rientrati in patria, hanno sofferto di strascichi per l'intervento fatto all'estero, scoprendo che gran parte del lavoro andava ripetuto.

Spesso, però, i dentisti italiani che dovrebbero porre riparo ai danni procurati dai colleghi stranieri rifiutano di intervenire per il timore di diventare legalmente responsabili dei danni provocati in origine.

Sul versante giudiziario, il cittadino italiano che decidesse di intentare azioni legali nei confronti di un professionista straniero che opera in un paese estero, si troverebbe di fronte a serie difficoltà, soprattutto perché è difficile che la vertenza segua un iter rapido, arrivando presto a conclusione, a causa della burocrazia e dei diversi sistemi di legge che dilatano sensibilmente i tempi di gestione e risoluzione della controversia che ha quindi esiti incerti e lontani.

I DANNI DELLA RIFORMA DEL TITOLO V

Come abbiamo visto, dal 2001 in poi, con la già citata modifica del Titolo V della Costituzione, lo Stato Italiano ha limitato l'assistenza odontoiatrica alle fasce più deboli della popolazione italiana, lasciando alle Regioni il "dovere" di garantire i minimi livelli di assistenza (Lea).

Il risultato di questa scelta politica è stato l'emergere, nel nostro Paese, di un eccessivo dislivello qualitativo fra Regione e Regione, poiché vi sono Regioni che hanno impiegato risorse proprie per garantire e offrire prestazioni più ampie rispetto a quelle previste dai Lea, come il Friuli Venezia Giulia, e altre dove, a stento, viene garantito il livello minimo.

In assenza, dunque, di una sanità pubblica che si faccia carico della salute odontoiatrica dei suoi fruitori, il modo migliore per tutelare la propria igiene dentale resta una sana e corretta igiene orale legata a visite di controllo frequenti.

Un suggerimento, infine, potrebbe essere quello di aumentare la detraibilità delle spese odontoiatriche a un livello maggiore di quanto oggi garantito (il 19%, oltre i 129,11 euro).

Le Regioni, inoltre, potrebbero usare le proprie risorse per ampliare le prestazioni offerte con il pagamento del solo ticket.

Modelli virtuosi di deburocratizzazione nella regolamentazione delle strutture odontoiatriche: Regioni a confronto

Il dibattito sul tema della semplificazione amministrativa nel nostro Paese ha assunto da tempo un ruolo centrale nella programmazione economica dei diversi governi.

Eppure le politiche che l'Italia ha messo in campo negli ultimi decenni sul fronte delle imprese sembrano paradossalmente evidenziare una controproducente ostilità nei confronti della crescita delle imprese stesse. Secondo le ultime stime dell'Antitrust, al 2013, il complesso della burocrazia infatti pesa in termini di spesa su di esse circa 61 miliardi di euro l'anno. La sola riduzione dei costi derivati dagli adempimenti richiesti alle imprese dalle Amministrazioni centrali e locali del 25%, comporterebbe un aumento del Pil dell'1,7%. Se non bastasse, è stato calcolato che i costi per dare vita ad una start up in Italia ammontano a 2.673 euro, un investimento di più del 400% rispetto al dato medio registrato in Europa (399 euro).

Inoltre, sebbene le piccole e medie imprese rappresentino il 95% delle imprese stabilite in Italia, il diritto che regola il lavoro, le procedure di apertura e di gestione è plasmato sulla realtà delle grandi imprese e quindi pone a carico delle Pmi vincoli formalistici e adempimenti burocratici per queste insostenibili.

Una regolamentazione troppo rigida e poco coerente con il tessuto produttivo, dunque, può scoraggiare l'impresa alla creazione di nuova occupazione, poiché non consente un'organizzazione flessibile del lavoro, esigenza tipica del settore terziario. In aggiunta a ciò l'adesione ad iter iperburocratizzati insieme a all'aggravio economico burocratico addebitabile a ritardi, disservizi e inefficienze della PA compromettono inevitabilmente l'esistenza stessa dell'impresa.

Solo per fare un esempio, recentemente la CIA (Confederazione Italiana Agricoltura) ha denunciato attraverso un dettagliato studio, che il "mostro" della burocrazia in 10 anni ha divorato 100mila imprese agricole, costrette a chiudere per il peso opprimente dei tremendi costi e della farraginosità dei rapporti con la Pubblica amministrazione. Un dazio che all'agricoltura costa oltre 7 miliardi l'anno. Un "carico asfissiante" che costringe ogni imprenditore agricolo a produrre nei 365 giorni materiale burocratico cartaceo che, messo in fila, supera i 4 chilometri e ha un peso che sfiora i 25 chili.

Se si proponessero gli stessi termini di analisi per gli altri comparti della nostra economia, i risultati sarebbero impressionanti, se non sconcertanti.

La questione della deburocratizzazione del nostro apparato pubblico si scontra anche con il paradosso delle leggi prodotte per snellirne i processi, tant'è che invece di generare una semplificazione del sistema hanno prodotto un fenomeno di inflazione normativa. Questa inflazione normativa avviene perché il più veloce iter regolamentare si è in gran parte sostituito all'iter legislativo con il risultato di favorire un aumento incontrollato dell'utilizzo del primo e, quindi, un incremento del corpo normativo complessivo.

È stato calcolato infatti che dal 2008 al 2013 sono state varate circa 288 norme fiscali che hanno avuto come conseguenza quella di rendere ancora più complicata l'esistenza delle imprese. Si tratta in particolare del 58,7% di tutte le disposizioni di natura tributaria (491) introdotte attraverso 29 differenti provvedimenti. Oltre quattro volte superiore a quello delle 67 semplificazioni adottate nello stesso periodo: insomma ogni norma introdotto al fine di snellire passaggi burocratici troppo articolati ne ha invece prodotti circa 4,3 in più.

In questo scenario, la modifica del Titolo V della Costituzione ha messo ancor più in risalto le differenze esistenti nelle diverse aree del Paese facendo chiaramente emergere l'esistenza di Regioni (poche) virtuose sul fronte del contenimento della burocrazia e Regioni che non riescono invece a snellire procedure troppo complesse e cavillose, non in linea con i tempi dettati dal mercato, che finiscono per gravare sulle imprese.

Lo scenario appena descritto risulta essere estremamente gravoso all'interno del Sistema Sanitario italiano con particolare riferimento alle imprese che offrono servizi per la salute e ai professionisti che vi operano. La difformità normativa tra Regione e Regione, l'eterogeneità dei modelli adottati e delle procedure burocratiche di accreditamento, di controllo e di sicurezza delle strutture, fanno sì che si creino spesso disparità per una stessa categoria di operatori nel contesto di territori differenti. Mentre invece, a rigor di logica, i processi per attenuare le conseguenze di una burocratizzazione opprimente per le imprese dovrebbe prendere semplicemente in considerazione modelli di gestione che hanno nel tempo segnato le buone pratiche di una Regione, e attuarne l'applicazione nelle altre.

MODELLI SANITARI REGIONALI A CONFRONTO: L'ESERCIZIO AMBULATORIALE

L'attuale normativa concernente le autorizzazioni di apertura e di esercizio di un'attività medica in strutture sanitarie ambulatoriali altro non è che una promulgazione rivisitata attraverso modifiche e abrogazioni di taluni contenuti dell'articolo 193 del Testo Unico Leggi Sanitarie R.D.1265/1934, tutt'ora vigente. E questo è sicuramente un primo paradosso, poiché per regolamentare un settore così importante dal punto di vista economico, ma anche sociale, varrebbe forse la pena di ripensare ex novo, attraverso un compendio delle buone pratiche e degli orientamenti che sui diversi territori sono stati adottati producendo funzionalità e snellimento dei procedimenti, una normativa legata ad un periodo storico ed economico assai differente e definire in maniera chiara e univoca per tutte le Regioni la regolamentazione del comparto. Infatti la iper produzione normativa in materia e l'eterogeneità delle indicazioni emerse dalla regolamentazione a livello regionale – cui si è fatto fatica a porre rimedio in tempi cronologicamente ristretti – è solo il frutto di un vuoto normativo a livello nazionale che ha permesso ai singoli Enti di mantenere a lungo procedure cavillose e anacronistiche per l'apertura di questa tipologia di attività.

È di particolare interesse quindi proporre un breve excursus sui differenti iter di recepimento della normativa nazionale e sulle successive modificazioni a livello regionale che hanno caratterizzato il rapporto tra sanità pubblica e professionista privato, con particolare riguardo all'apertura e all'esercizio dell'attività. Per fare questo, sono stati presi ad esempio i modelli di sanità regionale ritenuti particolarmente efficienti (Lombardia ed Emilia Romagna) e, all'opposto, un caso tra quelli indicati come carenti o che presentano disfunzioni (Calabria).

MODELLO LOMBARDO O DEI "QUASI MERCATI"

Tra i modelli organizzativi dei diversi Servizi Sanitari Regionali, quello lombardo viene generalmente indicato come uno degli esempi più virtuosi. In questo senso si fa riferimento alle "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" 31/1997 con la quale ha avuto inizio l'esperimento innovativo di commistione tra assistenza sanitaria pubblica e privata. Nonostante il modello sia attualmente stato messo in discussione, nel quadro di una politica volta al taglio della spesa e all'ottimizzazione dei costi, e si profili la necessità di apportarvi modifiche sulla scorta dell'esperienza maturata negli ultimi decenni, la Regione Lombardia sale al 30esimo posto della classifica europea per competitività del comparto sanitario. A riprova della particolare attenzione posta dall'Ente regionale in direzione di una riorganizzazione più razionale della sanità, la pubblicazione a giugno 2014 del "Libro Bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario" all'interno del quale trovano spazio riflessioni e proposte per una revisione del "modello lombardo".

La riforma del Sistema Sanitario Nazionale dei primi anni Novanta del secolo scorso (D.lgs. 502/92 e 517/93) ha introdotto disposizioni fondamentali per una razionalizzazione del sistema e dei rapporti con gli operatori che sono state solo in parte recepite dagli attuali sistemi regionali:

- distinzione dei ruoli e delle prerogative delle ASL e delle aziende ospedaliere;
- finanziamento basato sul Dgr, un sistema standard di valutazione e classificazione dei costi/risultati;
- libera scelta dei cittadini fra le strutture pubbliche e quelle private,
- valutazione degli standard di qualità e principio di competizione. Eppure non tutte le Regioni hanno deciso di applicare questi elementi, al contrario della Lombardia.

Con la legge regionale 31/1997 la Lombardia avvia il recepimento dei decreti di riordino del Sistema Sanitario Nazionale ed elabora con successive delibere, integrazioni, normative e regolamenti regionali un “modello dei quasi mercati” caratterizzato principalmente da:

- Separazione fra ente finanziatore ed ente erogatore;
- Concorrenza fra erogatori in presenza di un soggetto terzo pagante;
- Libertà di scelta del cittadino fra erogatori
- Viene inoltre ribadito il principio di sussidiarietà solidale tra le persone, le famiglie, gli enti pubblici e i soggetti privati accreditati, che condiziona una serie di decisioni in termini di politiche sanitarie e socio assistenziale» (E. Brenna, Università Cattolica del S. Cuore).

Il modello lombardo prevede che siano di competenza della ASL i servizi di erogazione dell'assistenza distrettuale e di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, come accade anche nel modello più diffuso nelle altre Regioni. Da quest'ultimo, il sistema sanitario della Lombardia si distingue invece nell'ambito dell'assistenza ospedaliera poiché la gestione dei presidi ospedalieri non è affidata alle ASL e l'erogazione delle prestazioni sanitarie è in capo alle Aziende Ospedaliere, agli IRCCS e alle Case di Cura private. Alle ASL è invece delegato il ruolo di finanziamento, di controllo e di programmazione delle prestazioni erogate agli utenti sul territorio e la contrattazione dei volumi e delle tipologie di prestazione con gli erogatori pubblici e privati. Alla Regione spetta il reperimento dei fondi, la gestione e la programmazione delle attività in collaborazione con le ASL e il monitoraggio dei Lea.

La 31/1997 infatti recita «La regione (...) disciplina il servizio sanitario regionale e i servizi socio-assistenziali stabilendo i principi in base ai quali: a) sono determinati gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie; b) viene riordinata la rete delle strutture ospedaliere; c) sono definite le funzioni e i compiti delle Aziende; d) viene promossa e favorita l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali di competenza degli enti locali, fermo restando il finanziamento a carico del fondo sanitario

regionale, ai sensi dell'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario svolte nelle strutture, presidi e servizi assistenziali. In ogni caso non possono gravare sul fondo sanitario regionale oneri diversi da quelli riferiti alle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario. A tali fini è istituito il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate, di seguito denominato "Dipartimento per le A.S.S.I.", quale articolazione organizzativa delle Aziende sanitarie locali, di seguito denominate "ASL"; e) concorrono alla realizzazione della integrazione socio-sanitaria gli enti pubblici, gli enti non profit e i soggetti privati, secondo le specifiche loro peculiarità. È promossa la piena parità di diritti e di doveri fra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale (Il comma è stato modificato dalla lett. a) del primo comma dell'art. 1 della l.r. 16 febbraio 2004, n. 2)».

All'art. 4 viene inoltre disciplinato il rapporto con gli operatori privati: «1. Gli altri soggetti erogatori di prestazioni 1. Sul territorio della regione nessuna struttura pubblica o privata può esercitare attività sanitaria se priva di specifica autorizzazione rilasciata dalla regione o dalla ASL secondo la vigente normativa statale e regionale. 2. Le Istituzioni accreditate pubbliche o private esercenti attività di residenza sanitaria assistenziale, di seguito indicata come R.S.A., possono esercitare attività sanitarie, ove autorizzate dalle funzioni loro attribuite dal vigente ordinamento. L'accredimento è condizione inderogabile affinché siano posti a carico del fondo sanitario regionale gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e di quelli relativi alle prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario. 3. Le strutture accreditate esercenti attività ai sensi dell'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, esercitano la propria attività nell'ambito dell'ASL, cui sono attribuite le relative competenze del settore. 4. La Giunta regionale: a) fissa i criteri ed i requisiti strutturali, gestionali e di qualità richiesti per l'accredimento delle strutture pubbliche e private di riabilitazione extra ospedaliera, esercenti attività ai sensi dell'articolo 26 della legge n. 833/1978, e delle strutture che erogano servizi socio sanitari integrati, d'intesa con la competente commissione consiliare; b) disciplina le modalità per la richiesta di accreditamento da parte delle strutture, per la concessione e l'eventuale revoca dello stesso, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accredimento medesimo; c) accredita le singole strutture e dispone successive eventuali variazioni dell'accredimento; i provvedimenti di accreditamento o di variazione sono comunicati alla competente commissione consiliare entro quindici giorni; d) determina le prestazioni, la remunerazione delle stesse nonché le modalità di pagamento. Le strutture accreditate concorrono, in conformità al principio della piena parità di diritti tra soggetti pubblici e privati, al sistema dei servizi socio-sanitari integrati (10). 5. Le R.S.A. non possono esercitare compiti esclusivi delle strutture ospedaliere. Le attività specialistiche ambulatoriali potranno essere esercitate dalle sole Istituzioni individuate dalla regione come svolgenti prevalenti attività sanitarie. 6. Le tariffe riconosciute alle R.S.A. per le attività sanitarie e di rilievo sanitario debbono essere determinate sulla base di costi

standard prefissati dalla regione. 7. La regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'art. 9 dei decreti di riordino».

In particolare, l'art. 4 ha fornito fino al 2007 la disciplina di base per l'accreditamento e l'avvio dell'attività professionale ambulatoriale alla quale erano sottoposti gli odontoiatri.

In questo contesto, la Regione Lombardia ha avuto un percorso normativo virtuoso rispetto alle altre realtà Regionali poiché è stata in grado di far fronte gradualmente alle lacune e alle disparità prodotte dalle leggi nazionali, intervenendo laddove esse equiparavano l'esercizio della professione di odontoiatra e le autorizzazioni connesse all'avvio dell'attività di studio professionale a realtà complesse quali i presidi ambulatoriali.

Un primo intervento in tal senso è rappresentato dalla riclassificazione dell'attività odontoiatrica monospecialistica (AOM) con deliberazione n. VII/5724 del 27.7.2001 recante "indicazioni per la riclassificazione dell'attività odontoiatrica, degli studi professionali e della chirurgia ambulatoriale" che richiamandosi alla legge regionale 11.07.1997, n. 31 e, in particolare, l'art. 4 c. 1, chiarisce come «l'attuale previsione legislativa regionale riguarda esclusivamente le strutture sanitarie e non gli studi professionali». E ciò anche in adesione ai principi sanciti dal d.g.r. n. 49523 del 7.4.2000 secondo cui si stabilisce di: a) Valorizzare il ruolo professionale svolto da piccole realtà, semplici dal punto di vista organizzativo, ma non per questo di minor efficacia nell'intervento sanitario; b) Riservare l'inevitabile onerosità del regime autorizzativo a quelle strutture per le quali effettivamente l'autorizzazione all'esercizio costituisce maggiore tutela degli assistiti; c) Definire una modalità semplice per combattere l'abusivismo nell'esercizio delle professioni sanitarie».

Viene dunque sancito che:

- gli studi professionali, dove le prestazioni erogate non determinino procedure diagnostiche terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, rientrano in quella tipologia di attività sanitarie per le quali non è previsto il vincolo normativo dell'autorizzazione all'esercizio, ai sensi dell'art. 4 della l.r. 15/99;
- l'attività odontoiatrica esercitata all'interno di realtà organizzative monospecialistiche, non configurabile quale struttura ambulatoriale, viene definita da requisiti propri, identificando così un sistema autorizzativo peculiare e si danno indicazioni in merito alla riclassificazione delle strutture entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento attraverso comunicazione alla ASL competente.

In sostanza è stato previsto per tutte le attività odontoiatriche monospecialistiche legittimamente in esercizio la possibilità di riclassificazione, entro il marzo 2002, per gli ambulatori odontoiatrici già autorizzati e in esercizio.

Con la Legge regionale 8/2007, "Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie", si è giunti all'abolizione dell'obbligo di autorizzazione sanitaria per tutte le attività sanitarie. L'avvio dell'attività è quindi resa possibile tramite denuncia di inizio attività alla ASL competente per territorio con una semplice raccomandata RR o con consegna diretta, nella quale documentare attraverso autocertificazione l'adesione ai requisiti minimi richiesti dalla legge per l'apertura. Il controllo dell'effettiva adesione dell'attività alla normativa, per ciò che concerne i requisiti richiesti e la documentazione inoltrata, deve avvenire entro giorni 60 dalla denuncia e spetta alla ASL competente.

È la stessa Regione Lombardia a chiarire che: «con l'obiettivo di semplificare e sburocratizzare gli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute e di ricondurre le attività di prevenzione esercitate dalle ASL a principi di efficacia e di evidenza scientifica, (la Regione) ha abolito i certificati e le dichiarazioni di cui alle seguenti leggi regionali:

- ✓ L.r. 2 aprile 2007, n. 8: "Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie."
- ✓ L.r. 4 agosto 2003, n. 12: "Norme relative a certificazioni in materia di igiene e sanità pubblica"
- ✓ Circolare n. 33/SAN del 17 novembre 2003: "Indicazioni sull'applicazione della l.r. 4 agosto 2003, n. 12".

Con la legge regionale n. 8/2007 è stato inoltre abolito il "nulla osta" all'esercizio di attività lavorative e depositi. Il nulla osta è sostituito da una dichiarazione di inizio attività produttiva (DIAP), da presentare allo Sportello Unico per le Attività Produttive (SUAP) del Comune interessato; è stato inoltre impostato il relativo flusso informativo verso ASL e ARPA.

Con la DIAP il titolare della nuova attività economica ne descrive le caratteristiche e le modalità di esercizio, e dichiara di conoscere e rispettare tutte le norme ad essa applicabili; la presentazione della DIAP dà titolo all'avvio immediato dell'attività. Con il medesimo strumento della autodichiarazione vengono inoltre segnalate eventuali modifiche ad attività già in corso».

Ciò ha significato che al professionista che intenda aprire uno studio odontoiatrico viene richiesta la compilazione di una modulistica estremamente snella a domanda/risposta chiusa, ha accesso all'utilizzo dell'autocertificazione e può esercitare da subito, non appena inoltrata la dichiarazione di inizio attività senza dover passare attraverso le farraginosità burocratiche legate al nulla osta. Anche per eventuali successive modifiche o ampliamenti dell'attività professionale potranno essere comunicate con l'utilizzo degli stessi strumenti.

Per l'accreditamento il professionista dovrà comunque aderire ai requisiti minimi strutturali e tecnologici fissati dalla normativa e sarà soggetto in questo senso a verifiche e controlli.

Infine il D.P.R. n. 160 del 07 settembre 2010 stabilisce nuove regole per l'invio di una pratica SUAP, da presentarsi esclusivamente in modalità telematica, e quindi non più in forma cartacea (neanche in caso di invio per posta o per fax).

IL MODELLO DELL'EMILIA ROMAGNA: VERSO UN "MERCATO NEGOZIATO"

Il modello di organizzazione sanitaria della Regione Emilia Romagna, che alla stregua di quello lombardo è considerato un'eccellenza, trova il suo fondamento nella legge regionale n. 29 del 2004, "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale", che prevede un rafforzamento delle competenze degli Enti locali per ciò che attiene alla programmazione, alla verifica e al controllo dell'erogazione dei servizi sanitari in un'ottica di "mercato negoziato" in cui l'apporto dei privati è negoziato dagli Enti pubblici territoriali.

Per quanto riguarda l'annosa questione del rapporto fra Pubblica amministrazione e professionisti del settore sanitario, in Emilia Romagna, la preventiva autorizzazione rilasciata dalla Regione e attestante la coerenza con la programmazione regionale, è richiesta solo «per gli studi professionali odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, singoli o associati, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente». (art. 18 comma 3 L.r. n. 4/2008).

Con questo articolo si è cercato di razionalizzare un settore che aveva visto in precedenza il succedersi di provvedimenti adottati dalla giunta regionale che avevano lo scopo di normalizzare il settore dentistico, in quanto l'originaria formulazione non prevedeva distinzione fra studi dentistici e ambulatori (anche se la distinzione fra ambulatorio e studio risulta essere molto esigua. «(...) Puntualizzato che i requisiti e gli aspetti affrontati nel provvedimento ricognitivo (...) riguardano esclusivamente l'espletamento dell'attività in studi odontoiatrici singoli o associati e che, di conseguenza, qualora la stessa venga svolta in sedi rientranti nella categoria degli ambulatori monospecialistici o in quella dei poliambulatori i requisiti a cui fare riferimento sono quelli previsti dall'allegato n. 1 della citata deliberazione n. 327/04, per cui, con il presente provvedimento, la dizione "Ambulatorio/studio odontoiatrico" di cui all'allegato medesimo (AOAU) è da intendersi modificata in "Ambulatorio odontoiatrico (...) (Delibera della Giunta Regionale n. 2520 del 6/12/2004)».

Quindi la giunta regionale, eliminando solo la parola "studio" e mantenendo la dicitura "ambulatorio odontoiatrico" ha cercato di dare soluzione immediata ad un

problema che in altre regioni italiane, in particolare il Lazio, ancora oggi non trova una soluzione definitiva.

In relazione alla differenza tra studio e ambulatorio è la stessa giunta regionale a chiarirne le differenze:

«Per studio odontoiatrico si intende l'ambiente privato e personale in cui l'odontoiatra esercita la propria libera attività professionale, in forma singola o associata, a favore dei clienti».

Ai sensi dell'art. 2232 del Codice Civile «Il prestatore d'opera deve eseguire personalmente l'incarico assunto. Può tuttavia valersi, sotto la propria direzione e responsabilità, di sostituti e ausiliari, se la collaborazione di altri è consentita dal contratto o dagli usi e non è incompatibile con l'oggetto della prestazione». Tale norma consente all'odontoiatra di avvalersi, sotto la propria responsabilità, della collaborazione di colleghi particolarmente esperti in specifici settori (implantologia, ortodonzia, ecc.) senza che ciò configuri la trasformazione di studio in ambulatorio.

Diverso è il caso della presenza, nel medesimo contesto, di un laboratorio odontotecnico. Tale situazione comporta, necessariamente, l'autorizzazione della struttura come ambulatorio, fermo restando che il laboratorio può operare esclusivamente per l'ambulatorio e non deve essere dotato di accesso indipendente.

A differenza di quanto previsto per gli ambulatori, lo studio non assume rilevanza autonoma, in quanto la sua funzione strumentale rispetto al professionista lo lega inescindibilmente allo stesso e alle sue vicende personali. Questa modalità di esercizio è stata tradizionalmente trattata alla stregua delle altre professioni e ha trovato un limite, come per la generalità delle professioni, nella sola normativa eventualmente presente nei regolamenti comunali e/o condominiali" (...). Per completezza di informazione si ritiene opportuno puntualizzare che per ambulatorio odontoiatrico si intende un presidio sanitario aperto al pubblico (con vincolo dei giorni e degli orari di apertura) avente individualità ed organizzazione propria ed autonoma, in cui sono erogate prestazioni a favore di tutti i pazienti richiedenti. Esso presenta le stesse caratteristiche delle case ed istituti di cura e può essere autorizzato anche a nome di chi non sia odontoiatra, purché nello stesso sia garantita la presenza di un odontoiatra con qualifica di direttore sanitario responsabile. In altri termini, nell'ambulatorio si determina una separazione tra attività professionale espletata nell'ambulatorio, come nelle altre più complesse strutture sanitarie, e gestione dell'impresa. Mentre il titolare di quest'ultima è responsabile della predisposizione e del mantenimento del contesto necessario per l'esercizio dell'attività, l'attività professionale e le relative prestazioni, anche se erogate in nome dell'impresa sanitaria, possono far capo solo a personale munito dei titoli professionali previsti che, legato a diverso titolo all'impresa sanitaria, opera nell'ambito della organizzazione a tal fine predisposta. La responsabilità di natura imprenditoriale viene, quindi, ad essere separata rispetto all'attività tecnico-organizzativa, propria del direttore sanitario, ed a quella tecnico-professionale, propria del professionista, con la conseguenza che l'eventuale avvicendamento di tali figure tecniche lascia inalterata nel tempo l'impresa ed

eventualmente anche la sua ragione sociale. Considerazioni analoghe riguardano l'inserimento dell'attività odontoiatrica in un contesto polispecialistico, quale è il poliambulatorio». (Delibera della Giunta regionale n. 2.520 del 06.12.2004).

Pertanto la Regione Emilia Romagna è intervenuta, con un atto di giunta, sin dal 2004, a redimere una vicenda che nella regione Lazio è stato parzialmente risolto solo nel mese di luglio dell'anno 2014.

Così, nello stesso provvedimento, la Regione Emilia Romagna è intervenuta sull'esercizio associato della professione di dentista garantendone il regolare svolgimento senza che i professionisti associati dovessero rispettare l'iter autorizzativo previsto per gli ambulatori.

A tal riguardo si legge nel provvedimento: «Lo studio associato è del tutto assimilabile allo studio personale in quanto la responsabilità professionale rimane in capo al singolo professionista associato. L'associazione, infatti, in quanto società interna tra i professionisti, è lo strumento di cui gli stessi si avvalgono per condividere gli oneri connessi alla relativa estensione, quali le spese di manutenzione, le retribuzioni del personale di supporto, l'acquisto delle apparecchiature o del materiale di consumo, ecc.

La circostanza, inoltre, che i singoli professionisti esercitano, ognuno autonomamente e singolarmente, l'attività professionale cui sono abilitati esonera lo studio associato dalla necessità di un direttore sanitario. Qualora l'associazione comporti la presenza di professionisti operanti non nella medesima, ma in discipline specialistiche diverse, ci si trova in presenza di uno studio professionale o di un ambulatorio. Ai fini che qui interessano, l'associazione, infatti, presuppone una sostanziale identità delle problematiche inerenti l'esercizio professionale tra i soggetti associati: da ciò discende quanto prima puntualizzato in ordine all'associabilità esclusivamente tra professionisti operanti».

MODELLO BUROCRATICO O DEL COMANDO

Mapelli (2000) parla di *modello burocratico* o *del comando* per identificare i sistemi sanitari nel Mezzogiorno d'Italia in ritardo rispetto alle riforme normative introdotte a livello nazionale. Questo tipo di modello si contrappone a quello lombardo, definito *delle regole*, e a quello nel quale vengono raggruppate le Regioni del Nord-Est denominato *della concertazione e della programmazione negoziata*. Secondo Caroppo e Turati (2007): «Le differenze tra i modelli individuati sembrano essere riconducibili soprattutto ad un'unica dimensione: il diverso grado di concorrenza che le Regioni cercano di introdurre nella produzione dei servizi sanitari al fine di migliorare l'efficienza e contenere la spesa». Un aspetto particolarmente rilevante per affrontare una realtà così complessa è dunque quello che riguarda gli stimoli messi in campo dalle diverse Regioni per la creazione un mercato di concorrenza all'interno del sistema sanitario nel quale

pubblico e privato possano trovare un equilibrio, agevolando così l'abbattimento dei costi.

In un recente articolo, Biselli (2013) raggruppa gli attuali sistemi sanitari regionali in quattro gruppi a riconferma di come la realtà del Mezzogiorno rappresenti un modello poco innovativo rispetto ad altri «che potremmo definire “classico”, in quanto originariamente impiegato da tutte le regioni (tranne la Lombardia). Questo modello prevede che le ASL si occupino di erogare le prestazioni relative all'assistenza distrettuale e all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. L'assistenza ospedaliera, invece, viene garantita o attraverso i presidi ospedalieri a gestione diretta della ASL, o attraverso le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e le Case di Cura private (accreditate e non). L'ASL assume il doppio ruolo di fornitore delle prestazioni ospedaliere attraverso i suoi presidi, e di finanziatrice di tutte le prestazioni ospedaliere erogate a favore dei pazienti che risiedono nel suo territorio (tranne quelle erogate da case di cura non convenzionate). Attualmente questo tipo di organizzazione caratterizza la maggior parte delle regioni italiane (Valle d'Aosta, Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna)».

In merito all'apertura di uno studio medico professionale odontoiatrico, uno dei casi che si possono definire emblematici è quello della Regione Calabria.

La più recente normativa in materia, legge regionale 18 luglio 2008, n. 24 “Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”, all'art. 2 comma 1 lettera c) definisce «studio medico, odontoiatrico o di altre professioni sanitarie: il luogo nel quale un professionista sanitario, regolarmente abilitato ed iscritto all'ordine o albo di competenza, esercita la propria attività professionale in forma singola od associata. Le prestazioni effettuabili presso lo studio si caratterizzano come semplici visite senza l'utilizzo di apparecchi diagnostici complessi e senza azioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente» e al successivo art. 3 alla lettera r) specifica che sono soggetti ad autorizzazione «gli studi medici, odontoiatrici e delle professioni sanitarie ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche che comportino un rischio per la sicurezza e la salute del paziente.

Pertanto, dal dettato normativo, al pari da quanto emerge dalle due Regioni precedentemente esaminate (Lombardia ed Emilia Romagna) sembrerebbe palese che per l'apertura di uno studio odontoiatrico sia in forma singola sia in forma associata non si debba sottostare all'iter burocratico delle autorizzazioni regionali.

Invece, negli ultimi anni, la corretta applicazione della normativa regionale è stata causa di confronto tra professionisti odontoiatri e la Regione Calabria, per il presunto mancato ottemperamento di quanto indicato in merito all'autorizzazione sanitaria e le conseguenti sanzioni.

Come è avvenuto nel Lazio, il problema risiede nella interpretazione restrittiva del contenuto delle legge stessa all'art. 3 comma 3 lettera b) che indica quali strutture non

siano soggette ad autorizzazione regionale, ossia «gli studi medici, odontoiatrici, delle altre professioni sanitarie e quelli che non sono attrezzati ad erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche che comportino un rischio per la sicurezza e la salute del paziente», non chiarendo in maniera esaustiva che cosa effettivamente si intenda per struttura che fornisce prestazioni di chirurgia ambulatoriale o che effettua diagnosi e terapie con rischio per la salute e la sicurezza dei pazienti.

AL SUD UN ESEMPIO VIRTUOSO: LA BASILICATA

Quello che può essere considerato uno dei migliori esempi di sistema oggi vigente ci viene fornito dalla Regione Basilicata che, con l'approvazione dalla legge regionale n. 11 del 2014 "Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n.21 – Norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche" del 26 giugno scorso e pubblicata il primo luglio sul Bollettino ufficiale della Regione, delinea da un lato un sistema di autorizzazioni snello e totalmente deburocratizzato e, dall'altro, garantisce i pazienti in termini di igiene e sicurezza nel momento in cui si affidano alle cure odontoiatriche, favorendo al tempo stesso un corretto orientamento a quei giovani che decidono di intraprendere la professione dell'odontoiatria.

Infatti, la citata legge prevede per l'apertura degli studi monoprofessionali una semplice comunicazione all'Asl competente sul territorio., mentre, per gli studi odontoiatri in franchising è previsto l'obbligo di autorizzazione.

L'importanza e la portata innovativa della legge è data, come evidenziato precedentemente, anche dalla tutela assicurata non solo alla sicurezza dei pazienti, ma anche alla professionalità degli odontoiatri. Ci si orienta in questa maniera a favorire l'inserimento nel mercato del lavoro dei giovani professionisti.

Infatti, nell'attività di diagnosi e terapia, la legge impone la presenza di un odontoiatra vicino al paziente all'interno dello studio. Studi dentistici e laboratori odontotecnici dovranno essere separati fisicamente; gli studi dovranno aderire a requisiti minimi: sala d'attesa, locali "congrui", impianti a norma, almeno un servizio igienico (due se nuovi, con separazione utenti-personale), spazi separati per materiale sporco, pulito, per pulizia, presidi medici, sterilizzazione, stoccaggio rifiuti speciali.

CONCLUSIONI

I "casi di scuola" presi in considerazione, mostrano l'esigenza per l'intero settore sanitario e, in particolare, per gli odontoiatri di dotarsi di una legge quadro di riferimento nazionale che possa uniformare gli adempimenti necessari all'apertura di uno studio odontoiatrico, tenendo conto anche e soprattutto delle *best practices*

sviluppate dalle Regioni più virtuose che meglio hanno saputo regolamentare questo settore.

Il dibattito in corso sulle riforme – che ha visto tra l’altro la proposta di creare un modello a cascata sulle Regioni italiane partendo dai risultati di 3 Regioni benchmark di riferimento per la determinazione dei costi standard ai fini del riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (Umbria, Emilia Romagna e Veneto) – continua a concentrarsi sulla spesa e sui possibili tagli alla sanità. Mentre invece sarebbe altrettanto importante porre attenzione alla creazione di un protocollo unico che renda chiare le competenze degli operatori e le procedure da attuare come soggetti operanti nel sistema della Sanità, soprattutto per quanto riguarda il ruolo dei privati.

Infatti, la razionalizzazione delle procedure e il loro snellimento ridurrebbe sensibilmente i costi a carico della Pubblica Amministrazione e della Sanità, oltre che favorire la libera impresa.

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Altroconsumo, Quanto costa un sorriso sano - Indagine, aprile 2013.

Baroni, P., Così la burocrazia si mangia la crescita, 13 maggio 2014, <http://www.lastampa.it/2014/05/13/economia/cos-la-burocrazia-si-mangia-l-del-pil-ma7uMPV5OpsPHnsOSokhHL/pagina.html>

Biselli, D., I modelli di organizzazione dei Servizi Sanitari Regionali, 27 ottobre 2013, <http://miopharma.blogspot.it/2013/10/i-modelli-di-organizzazione-dei-servizi.html>

Caroppo, M.S. - Gilberto, Turati G., I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo, Vita e Pensiero, Milano, 2007.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502, “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992”, n. 421.

Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, “Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992”

Istat, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013, 24 luglio 2014, Roma.

La sanità sussidiaria, Irer - Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia, 2010.

Legge regionale 11 luglio 1997 n. 31, “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”, Regione Lombardia.

Legge regionale 2 aprile 2007 n. 8, “Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie”, Regione Lombardia.

Legge regionale 19 febbraio 2008 n. 4 , Disciplina degli accertamenti della disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale, Regione Emilia Romagna.

Legge regionale 18 luglio 2008 n. 24 “Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”, Regione Calabria.

Legge regionale 26 giugno 2014 n. 11 “Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n.21 – Norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche”, Regione Basilicata.

Mapelli, V., Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali, in Bernardi L. (a cura di), La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000, Il Mulino, Bologna.

Weber, M., Economia e società, Donzelli, Roma, 2005.

Testo Unico Leggi Sanitarie, Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

www.andi.it

www.cia.it/

http://www.arca.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Sanita%2FDetail&cid=1213679268654&packedargs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue%26menu-to-render%3D1213277444403&pagename=DG_SANWrapper

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/ess_eurostat/introduction

www.giustizia.it/

http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Sanita%2FDetail&cid=1213283271670&pagename=DG_SANWrapper

www.fnomceo.it

www.regione.calabria.it

www.regione.emilia-romagna.it

www.regione.lombardia.it