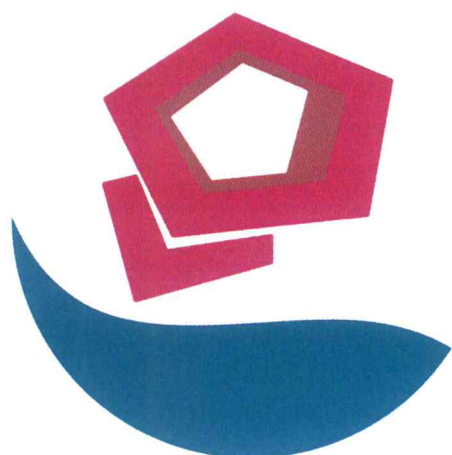


*Ancona, giovedì 04 aprile 2019 Sala Pino Ricci, Piazza Cavour
n. 23 An. Ore 16,30.*

*IV Commissione: Assemblea Legislativa Regione Marche.
Audizione Coi-Aiog Centro Adriatico concernente “Piano Socio-
Sanitario regionale 2019-2021. Il cittadino, l'integrazione,
l'accessibilità e la sostenibilità”*



C.O.I.-A.I.O.G.
centro adriatico

*APSCenacolo Odontostomatologico Italiano COI-AIOG Centro
Adriatico Via Conca 43 Torrette Ancona tel. 071 2186168 mail:
filolanda349@gmail.com*

Sig. Presidente, sig.re e sig.ri Componenti la IV commissione, desidero esprimere i miei più sinceri ringraziamenti per l'ospitalità rivolta alla COI Centro Adriatico che ci consente di illustrare, ci si augura al meglio, il ns. contributo in termini sia di approfondimento per il P.S.S.R. 2019-2021, che nell'ottica di una adeguata consapevolezza, da parte della Regione Marche, dell'importanza oramai assunta dall'odontoiatria e odontoiatria specialistica, in virtù del lavoro svolto in questi anni.

A nostro avviso, principio vitale di un sistema di cui siamo fieri appartenere, come peraltro ribadito durante la varie riunioni presso il Servizio Salute, da ultimo quella del 25 gennaio c.a in cui il dibattito si è incentrato sui commi 525 e 536 della legge di bilancio 2019 finalizzato ad un ulteriore approfondimento e relativo reclamo di una ulteriore modifica dei requisiti di autorizzazione per le strutture sanitarie nella nostra regione, in uno alla richiesta, allo stesso, di inoltrare a questa Commissione le modifiche proposte quale emendamento del Servizio Salute anche qui con l'auspicio di considerare l'ufficio la sede naturale di discussione.

Pur avendo il piacere di annoverare già la conoscenza di alcuni Membri di questa Commissione, io sono Filippo Bambara Coordinatore responsabile dei Comitati tecnici della COI Centro Adriatico e mi accompagnano il Presidente dr. Luigi Luchetta e la dott.ssa Botoser Georgeta responsabile dei soci/Utenti.

Preliminarmente ritengo doveroso esprimere, in esito ad una sommaria lettura del Piano Socio Sanitario , il nostro disappunto in uno alle non poche perplessità in ordine alla mancata considerazione delle nostre reiterate richieste finalizzate ad una maggiore attenzione della branca in parola, la cui assenza di programmazione sta mettendo in seria crisi il requisito di eccellenza che con tanti sacrifici gli operatori marchigiani del settore si erano saputi conquistare.

A mero titolo informativo, soggiungo che un cavo orale malato o una cattiva masticazione sono, senza tema di smentita, alla base di diverse patologie, anche gravi, la cui risoluzione, in termini di costi sociali di gestione, risultano superiori di quelli rispetto alla mera presa in carico dell'Utente per la dovuta prevenzione orale.

In tal senso mi viene in mente, una per tutte, l'importanza del morso e le conseguenze posturali che possono condizionare la vita di relazione e compromettere lo sviluppo psico-fisico di un soggetto e così via, insomma l'occlusione è il pilastro della postura che è la base della salute.

Tra l'altro giova evidenziare che i baluardi fondanti ripetutamente richiamati, nel piano Socio Sanitario Regione Marche e nel documento istruttorio allegato, non possono prescindere dall'art. 1, art. 2 e art. 8 bis , del D.Lgs 502/92 ovvero dal concetto di: **“PROGRAMMAZIONE”** che deve necessariamente considerare i criteri previsti al capitolo 5.4 **“Adeguamento strutturale e Tecnologico”** del piano Socio-Sanitario in parola, con la dovuta attenzione, aggiungo, all'adeguamento professionale..

Per questi motivi riteniamo fondamentale che oggi, oltre a discutere il P.S.S.R., dovremmo necessariamente spendere qualche minuto sulle attività riconducibili alla branca da noi rappresentata, l'odontoiatria e protesi dentaria e l'odontoiatria specialistica, al fine di incardinare correttamente in questo tavolo, che vede la presenza dei Sigg.ri Consiglieri rappresentanti dei vari partiti politici, quel confronto di pensiero finalizzato a delineare una odontoiatria e la sua specialistica, mi si passi il termine, futuristica, quale, ad esempio, l'evoluzione della chirurgia orale guidata , la chirurgia orale robotica e così via, con l'augurio e la speranza di ottenere dalla politica nazionale, unitamente alla IV Commissione Marche, un adeguato livello di attenzione e visibilità.

Pertanto, il mio intervento si svilupperà partendo dalla periodizzazione del sostrato normativo, sino alle più recenti norme, che regolano l'odontoiatria e l'odontoiatria specialistica per passare poi alla bozza del piano Socio - Sanitario regione Marche che ha come punti: “Il Cittadino, L'Integrazione, L'Accessibilità e la Sostenibilità” .

Come a tutti noto, la direttiva 19/2001/CE ha posto finalmente ordine al riconoscimento delle qualifiche professionali, tra cui anche la branca dell'odontoiatria e protesi dentaria e l'odontoiatria specialistica, recepita dallo Stato Italiano con d.lgs n.277/2003: la concreta applicazione di questo coacervo legislativo ha posto fine al *dentista tuttologo* dando attuazione a quanto statuisce l'art. 35, della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, vale a dire livellare in alto la protezione della salute umana. In Italia, tuttavia, l'avvento delle catene odontoiatriche ha mutato il sistema di erogazione delle prestazioni odontoiatriche, senza però la dovuta evidenziazione della qualificazione soggettiva, in termini di possesso di titoli, per erogare, nel caso d'interesse, a nome, per conto e a carico del terzo pagante/garante (Stato Europeo di provenienza dell'Utente, SSN, SSR e Fondi Integrativi nazionali ed europei), le prestazioni contemplate nella Chirurgia orale nonché, la qualificazione della struttura, di cura o sanitaria, censita con il “Codice STS 11”, laddove si erogano prestazioni, in regime di accreditamento istituzionale, per gli Enti terzi paganti.

Quindi si è tralasciato di disciplinare in questo senso le norme fondamentali a garanzia delle responsabilità del terzo pagante per dare spazio invece ad una più accentuata competizione basata sul prezzo, sulla promozione e informazione prevalentemente attraverso l'immagine della struttura, a volte con il coinvolgimento del paziente e delle varie emittenti tv, a nostro avviso, nella Regione Marche, in base ad un “farlocco” e ripetiamo “farlocco” percorso di determinazione del fabbisogno, atto propedeutico all'autorizzazione per la realizzazione e l'esercizio di una

struttura sanitaria per attività odontoiatriche, ribadiamo attività generiche che come tali sono svolte dal dentista tuttologo.

Ciò senza tralasciare che l'autorizzazione all'esercizio è un atto propedeutico alla richiesta di accreditamento istituzionale, quindi la struttura attraverso i professionisti ivi operanti ha titolo quale potenziale erogatore di prestazioni sanitarie per i cittadini Europei, per il S.S.N., per i Fondi Integrativi del S.S.N. ed Europei, il cui iter si appalesa in violazione e nel totale dispregio dell'art. 35 prima citato e della Direttiva 2011/24/UE.

Senza sottacere l'ulteriore (voluta?) anomalia presente nel percorso autorizzativo sui messaggi pubblicitari vale a dire non la problematica relativa al contenuto sulla pubblicità sanitaria quanto la più scomoda tematica relativa al possesso dell'autorizzazione **per fare la pubblicità**, così come previsto, della legge regionale Marche n. 21/2016 (art. 3, comma 1 lettera f) che: *“disciplina, sentiti gli ordini professionali, le procedure per il rilascio dell'autorizzazione per la pubblicità sanitaria”*, nel caso che ci occupa, l'ONMCEO organo sussidiario dello Stato che deve supportare le istituzioni al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e dei cittadini);

Paradossalmente però va sottolineato che la pubblicità in parola, seppur censurabile posto che è **priva dei dati identificativi del Decreto regionale e dell'autorizzazione comunale**, ha aumentato la sensibilità verso l'importanza di “andare dal dentista” e l'attenzione ad una corretta salute orale e con queste le persone che effettuano più di una igiene dentale all'anno, quelle interessate al miglioramento estetico del proprio sorriso, ciò non significa il far venire meno il dovuto controllo degli Enti preposti alla verifica nel rispetto delle leggi e delle regole che statuiscono la soggetta materia.

Vieppiù: questo veicolo pubblicitario ha provocato un aumento

significativo di richieste da parte di Utenti meno abbienti presso le strutture con in essere accordi contrattuali con il SSR, per questo motivo deve essere tenuto in debita considerazione dal Piano Socio Sanitario in termini di odontoiatria sociale definita dai LEA e degli ultimi aggiornamenti LEA emendati con *DPCM 12.01.17.* che hanno visto un sostanziale taglio di prestazioni verso tali soggetti sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C del decreto in parola; vieppiù sono state ritoccate in modo esponenziale le tariffe delle singole prestazioni che vanno a minare i tanto richiamati obiettivi di tutela della salute previsti dalle disposizioni in vigore e dai piani sanitari nazionale e regionali nonché gli *standard* qualitativi in atto nelle singole strutture.

Ancorpiù, il Servizio Sanitario Marche ha saputo vanificare, inaudita altera parte, dalla sera alla mattina, anni di lavoro finalizzato ad ottenere delle tariffe che potessero almeno coprire i costi vivi delle prestazioni.

Ordunque, con riferimento “*all'abstract Sostenibilità*”, quindi la sostenibilità dei costi, abbiamo sempre pensato ed anche affrontato presso il Servizio Salute le problematiche del nomenclatore e relative tariffe LEA nella consapevolezza che le nostre perplessità fossero ben rappresentate agli interlocutori Ministeriali dalla Regione Marche, già ente “benchmark” e come tale deputata a produrre dati finalizzati all'analisi, la programmazione e il controllo del settore degli acquisti dei beni e servizi nel Servizio sanitario nazionale in attuazione all'articolo 1, comma 30, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. In tal senso abbiamo come sempre cercato di dare il nostro contributo ad elaborare il reale costo vivo delle prestazioni per parametrarli alle nuove tariffe contemplate nel *DPCM 12.01.17.*, in attuazione financo delle responsabilità dei Direttori Generali, nel rispetto dei principi di buona amministrazione, in aderenza all'art. 32 comma 1, della L. 27.12.1997 n. 449.

Purtroppo abbiamo registrato, in una delle innumerevoli riunioni presso il Servizio Salute, che a fronte di tale richiesta di conoscere il numero, la

tipologia delle prestazioni LEA erogate ed i costi gestionali della singola prestazione erogata presso:

- le strutture pubbliche e le strutture private accreditate con in essere accordi contrattuali,
- format degli accordi contrattuali con gli odontoiatri aderenti alle sigle sindacali,
- sistema di monitoraggio e controllo di cui all'art. 8-octies d.Lgs 502/1992 in aderenza all'art. 27, comma 3, **dell'Accordo Collettivo Nazionale ai sensi dell'art.8 d.lgs 502/92 che statuisce gli accordi con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta. (osservazioni degli accordi con le sigle sindacali per l'odontoiatria art. 34 L. 449/1997- inquadramento, cessazione rapporti convenzionali etc.).**
- liste di attesa nei presidi pubblici e presso le strutture private con accordi contrattuali
- costo delle prestazioni extra-lea erogate presso i presidi ASUR.

Solo i privati si sono resi disponibili a tale ostensione con imbarazzante silenzio della parte pubblica.

Tra queste, su sette strutture ambulatoriali operanti nella Regione Marche con in essere accordi contrattuali con il S.S.N. di cui 4 associate alla Coi Centro Adriatico hanno gentilmente prodotto i dati degli ultimi 5 anni. Quello che emerge, senza tema di smentita, su dati certificati e tracciati sono i seguenti risultati:

Le 4 strutture, sin dal 2002, sono Accreditate Istituzionalmente alla V classe con Eccellenza (vedasi verifiche e verbali del G.A.R. Gruppo Accreditamento Regione Marche);

Il numero prestazioni di odontoiatria di base e odontoiatria specialistica (Ortodonzia e Chirurgia Orale) erogate annualmente sono pari a circa 18.000 (diciottomila) per un costo medio/prestazione, omnicomprensivo dei costi gestionali pari a € 14,60 - dal Report dei seguenti documenti emerge:

1) validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte = 100% con nessuna contestazione;

- 2) appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza= 100% con nessuna contestazione;
- 3) risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi = 98% con nessuna contestazione.
- 4) liste di attesa pari a **ZERO**.

Questi sono i dati dei 4 ambulatori privati aderenti alla COI Centro Adriatico, tra l'altro, ripetiamo, dati facilmente recuperabili presso il Servizio Salute Regione Marche in attuazione *all'art. 50, comma 11 della legge n. 326/2003* e ASUR zona territoriale 2 in aderenza al “*sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese*”.

Questo è il vero *low cost* di eccellenza nella Regione Marche tracciato e certificato da Enti terzi, che ha inizio nel 2001/2 e che purtroppo oggi, per effetto, al ribasso di oltre il 30%, del nuovo nomenclatore e tariffario dei LEA, è fonte di forte preoccupazione negli operatori del settore soprattutto per poter mantenere i protocolli di eccellenza raggiunti con tanti sacrifici in questi anni.

Questi cari Consiglieri sono i dati di confronto che l'ARS e l'ASUR Marche, in osservanza alla loro funzione istituzionale, dovrebbero tener conto.

Per converso ci si domanda come si possa sviluppare un serio fabbisogno e un credibile P.S.S. in difetto di:

- dati ed elementi la cui sconoscenza condiziona qualsiasi ipotesi di programmazione sanitaria e dei relativi processi finalizzati

all'appropriatezza qualità quantità ed economicità, **nonché dei reali costi per erogare una prestazione;**

- dati prodotti dalla Regione Marche, quale Regione benchmark, al Ministero della Salute concernenti i costi delle prestazioni di odontoiatria e odontoiatria specialistica;
- come governare le liste di attesa se privi di un tempario o senza una parametrizzazione di una prestazione erogata in regime istituzionale e la stessa in regime intramuraria. (**osservazioni su una recente sentenza**)

Al riguardo e senza alcuna pretesa di sufficienza appare opportuno richiamare in questa sede l'inferenza del cd. Principio di "Accountability" che, nel caso che qui ne occupa, potrebbe essere tradotto semplicemente con "principio di rendicontazione", "responsabilità" o, meglio ancora, "prova della responsabilità" in almeno due accezioni distinte e fondamentali allo stesso tempo:

- il dar conto all'esterno, in particolare al complesso degli stakeholder, in modo esaustivo e comprensibile, del corretto utilizzo delle risorse e della produzione di risultati in linea con gli scopi istituzionali;
- l'esigenza di introdurre logiche e meccanismi di maggiore responsabilizzazione interna relativamente all'impiego di tali risorse e alla produzione dei correlati risultati.

Non si può evidentemente sottacere che l'*accountability* ha assunto un **ruolo centrale anche nell'economia delle amministrazioni pubbliche**: infatti, il problema del "rendere conto a terzi delle scelte operate", si pone ogni volta che si utilizzano risorse "non proprie" per svolgere determinate attività.

La necessità di dar conto a terzi dell'attività svolta, delle risorse impiegate e, appunto, degli obiettivi perseguiti rappresenta oggi una prerogativa tipica delle Pubbliche Amministrazioni, il cui operato appare sempre più come se fosse messo alla prova da parte dei cosiddetti "*stakeholder*".

Proprio con riguardo alle attività tipiche delle Pubbliche Amministrazioni, oggi, si ritiene necessario garantire alla cittadinanza che accede quotidianamente alle procedure amministrative e all'erogazione dei servizi locali una maggiore trasparenza.

La trasparenza costituisce un indicatore fondamentale per valutare i servizi di pubblica utilità e il grado di efficienza di qualsiasi organismo sia impegnato nel fornirli.

L'efficacia di un servizio e la valutazione dello stesso passa necessariamente attraverso la trasparenza delle informazioni fornite, della trasparenza delle procedure per accedervi e delle informazioni fornite in tutte le fasi del procedimento.

Alla luce di ciò, il diritto alla trasparenza diventa fondamentale in un ambito come quello in cui opera la Pubblica Amministrazione in cui, a differenza di quel che accade nel settore privato nel quale in mancanza di informazioni fornite da un operatore ci si può rivolgere ad un altro, il cittadino non avrebbe alternativa e sarebbe costretto a soccombere.

Altro profilo della trasparenza coincide con il diritto all'informazione, all'accesso ai servizi e alla tutela. Senza l'esercizio di questi diritti in modo uniforme e non discrezionale, l'impegno per la trasparenza rischia di non incidere sui comportamenti scorretti, sulla deresponsabilizzazione e sull'uso distorto del servizio pubblico.

In un clima simile si crea, pertanto, una forte sfiducia nell'efficienza dell'azione pubblica oltre ad una sempre più marcata diffidenza in tutte quelle situazioni in cui l'opacità di comportamenti amministrativi crea disagi immotivati e dubbi sui reali interessi in gioco.

Ad ulteriore corollario di quanto detto mi si permetta, da ultimo per questo passaggio, un accenno anche ad un ulteriore pilastro che dovrebbe

sorreggere l'azione amministrativa : la COMPLIANCE ossia sviluppare la capacità di far rispettare le norme sia nel senso di mantenere l'azione pubblica nell'alveo tracciato dalle leggi, sia nel senso di far osservare le regole di comportamento agli operatori della Pubblica Amministrazione.

Quindi, rispetto delle norme sia come garanzia della legittimità dell'azione che come adeguamento dell'azione stessa agli standard qualitativi e di appropriatezza definiti dalle leggi e dai regolamenti o dagli impegni assunti volontariamente per mezzo di linee guida etiche o codici di condotta.

In una espressione, sotto questo profilo, l'*accountability* potrebbe essere definita come “l'obbligo di spiegare e giustificare il proprio comportamento”.

Sicuramente e senza falsa modestia siamo anche pronti a rispondere a possibili detrattori propugnanti una sia pur incongrua accusa di inerzia, risultando bastevole ripercorrere le fasi salienti e la corrispondenza intercorsa con il servizio salute che hanno caratterizzato il nostro percorso contribuendo alla stesura della L.R. 20/2000 e relative D.G. attuative, all'elaborazione e scrittura (2000/1) dei primi protocolli operativi finalizzate alle procedure di accreditamento Istituzionale adottati poi nell'ambito sia del territorio regionale che nazionale, abbiamo prodotto (2004), con la partecipazione degli uffici competenti dell'Assessorato alla Sanità e ASL, una “analisi a campione dei costi per servizi erogati in odontoiatria” denominato “Progetto ALFA” laddove si evidenziavano i costi e le proposte per l'abbattimento della spesa nel comparto in parola al fine di rendere sostenibile la qualità, quantità ed economicità dei LEA.

Certamente altri tempi, ma aggiungo altra collaborazione e permettetemi, altri sistemi, basati sul rispetto e considerazione del partner e del know how di chi opera in prima linea e come tale conoscitore delle problematiche di chi ha bisogno di cure.

Abbiamo, negli ultimi 5 anni, prodotto progetti, a ns. avviso lungimiranti, rivolti prevalentemente ai pazienti maggiormente vulnerabili dando loro la possibilità di usufruire di protesi su impianti totalmente gratuiti.

Abbiamo realizzato nelle Marche uno dei primi Fondi integrativi del S.S.N. (2013) regolarmente iscritto presso il registro dei Fondi, purtroppo oggi congelato, posto che non vi sono regole certe sui requisiti previsti nell'art. 9 del D.Lgs 502/92, regole che ancora oggi sono richiamate nelle nostre osservazioni al Manuale di autorizzazione delle strutture sanitarie nella Regione Marche.

Abbiamo realizzato e presentato un progetto, discusso presso il Servizio Salute laddove si evidenziano le ragioni di convenienza economica del progetto, il miglioramento della qualità e sicurezza dell'assistenza evidenziando altresì la tracciabilità dei processi ed esiti, gli elementi di garanzia e la convenienza quale l'abbattimento totale nell'arco temporale di 5 anni del budget stanziato annualmente dalla Regione Marche per l'odontoiatria e, financo, triplicando le prestazioni attuali.

Progetto che pur avendo trovato consenso presso l'assessorato alla sanità ha visto purtroppo la prevaricazione di altri interessi che nulla hanno a che vedere con la tutela del paziente e le difficoltà di accedere alle cure soprattutto quando gli stessi assurgono alla categoria de **“i nuovi ricchi nella Regione Marche”** per effetto dell'imbarazzante superamento, sia pur di un euro, della fascia ISEE di riferimento e quindi non rientranti nella categoria dei vulnerabili sociali (**vedasi ns. del 25.06.2018 sulla P.D.L. n. 145/18, indirizzata a questa Commissione e p.c. agli Uffici competenti**).

Vani sono stati i nostri reiterati tentativi di audizione presso questa Commissione tendenti ad illustrare la bontà del progetto finalizzato a poter erogare prestazioni gratuite, fino ad una fascia di reddito prestabilita,

ai soggetti prima accennati ponendo come principio la sacrosanta partecipazione dell'Utenza quale centralità nel sistema finalizzata per l'elaborazione di programmi su dati certi dei risultati finali dell'assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei Servizi resi nella Regione Marche.

Purtroppo l'immenso lavoro svolto ha trovato un muro di gomma, incomprensibile da chiedere a me stesso quali sono i (miei) limiti dell'incompetenza e dell'arroganza.

Passo ora ad elencare non senza rammarico le problematiche non affrontate, a ns. sommessso avviso, nel P.S.S.R. Marche 2019-2021:

1) mancato accoglimento dell'opportunità di rivedere il fabbisogno territoriale del comparto dell'odontoiatria e odontoiatria specialistica, di ristabilire il ruolo della Regione sugli obblighi derivanti dalla normativa Europea e nazionale.

2) mancata identificazione del riordino prima accennato quale strumento pilota per tutte le attività erogate negli studi e negli ambulatori finalizzate alla prevenzione con la presa in carico del paziente, alla cura appropriata, di qualità, quantità, economicità attraverso sistemi integrativi previsti negli artt. 9 e 9 bis del D.lgs 502/92.

3) disattesa la possibilità di un maggiore confronto con tutti gli operatori sanitari pubblici e privati, in particolare chi sta in prima fila, per definire linee guida comuni nel comparto odontoiatrico a beneficio dell'Utenza,

4) impossibilità di poter discutere degli analisi dei costi, tra struttura pubblica e privata, baluardo fondante di una programmazione sanitaria;

5) una maggiore trasparenza e controllo sulle prestazioni erogate in regime intramuraria, soprattutto come vengono investite i proventi della struttura;

6) nulla è stato previsto in ordine alle nuove modalità di gestione e soluzioni che non compromettono il SSN, visto anche il momento difficile

di sostenibilità del modello tradizionale di SSN, ad esempio promuovendo forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria sostenibili. Il riferimento è ai “Fondi Integrativi del SSN”, di cui all' art. 9 D.Lgs 502/92” che indica:

le prestazioni aggiuntive erogate da professionisti e **strutture accreditate**, prestazioni erogate dal SSN per la sola quota posta a carico dell'assistiti ; prestazioni socio-sanitarie erogate in forma domiciliare.

7) assenza di un sistema di reporting da parte dell'ARS in aderenza al supporto previsto in attuazione all'art. 4 della L.R.17 luglio 1996, n. 26, del reale costo della prestazione inclusi i costi di gestione pubblico - privato e sul controllo di qualità previsto dall'art. 30 stessa legge regionale, ovvero: *“l'analisi epidemiologica dei bisogni e della domanda relativa ai servizi sanitari; il controllo periodico della qualità e della quantità delle prestazioni nonché del loro costo”*.

9) assenza di dati su cui discutere ma soprattutto di un leale e costruttivo confronto con L'agenzia Regionale Sanitaria necessario per apportare le dovute miglie e alle criticità e alle priorità.

Concedetemi ancora qualche minuto nel rappresentare i nostri dubbi ovvero: i motivi per cui non sono stati discussi prima del P.S.S. i requisiti di autorizzazione e di accreditamento.

Considerata la complessità della tematica e il tecnicismo che la denota non permette di trattare la materia senza un benché minimo riferimento al dato normativo che la disciplina, a corollario di quelle che sono le nostre perplessità.

Una su tutte, ancor prima, non perché meno importante, dell'invasione delle catene odontoiatriche, low cost senza protocolli a garanzia dei materiali usati, pubblicità sanitaria senza regole, la figura del direttore o responsabile sanitario, etc., riteniamo alla base delle maggiori

cause che negli ultimi anni attanagliano il comparto di odontoiatria e odontoiatria specialistica è il sistema senza controllo dei Fondi sanitari. L'altro aspetto è il timore delle Regioni che la realizzazione dei Fondi Regionali possano indebolire il “monopolio” del S.S.R. questo, a mio avviso non può essere in quanto nel dibattito che in questi ultimi giorni la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati sta discutendo sulla questione della “ Sanità Integrativa” sono assenti i principi e i criteri previsti dalle leggi nazionali e regionali che statuiscono il compito delle Regioni e i requisiti richiesti per l'erogazione di prestazioni per i Fondi Integrativi.

Come noto lo Stato garantisce ai fondi di categoria B di usufruire degli stessi benefici fiscali dei fondi di categoria A, subordinatamente alla condizione che la quota vincolata, pari almeno al 20% delle risorse complessive annuali, sia destinata all'erogazione di prestazioni extraLea integrative a quelle garantite dal SSN (**art. 9 D.Lgs n.502/1992 e art. 51, comma 2, lettera a, del DPR 22 dicembre 1986, n. 917, articolo e DPR ad oggi non modificati**).

Nel corso dei vari incontri presso l'allora Assessorato alla Sanità regione Marche (anni 1998-2000) tendenti alla stesura della L.R. 20/2000, in attuazione alla riforma “Ter”, la filosofia di fondo che ci animava, tradotta in suggerimenti alla stesura degli accreditamenti provvisori /istituzionali, era stata, in primis, individuata in alcuni prerequisiti quali la regolazione del mercato, il monitoraggio dei criteri/standard finalizzati al miglioramento della qualità e il rispetto delle prescrizioni legislative contenute nel D.lgs. n. 507/1993, DPR del 14.01.1997 e D.lgs n.229/1999.

Riepilogando, l'accredimento è il **provvedimento che riconosce** alle strutture e ai professionisti **lo status di soggetto idoneo** ad erogare **prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del S.S.N., ivi comprese quelle rientranti nei fondi integrativi.**

Gli obiettivi dell'accredimento:

APSCenacolo Odontostomatologico Italiano Coi-AIOG Centro Adriatico Via Conca 43 Torrette Ancona tel. 071 2186168 -Coordinatore Responsabile Comitati Tecnici- mail: filolanda349@gmail.com



- assicurare i livelli essenziali ed uniformi di qualità dell'assistenza avvalendosi di soggetti accreditati inseriti in un albo di fornitori del S.S.R.
- potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza avvalendosi dei soggetti accreditati fornitori dei fondi integrativi, inseriti nello stesso albo; (D.G.R.Marche 31 luglio 2001 n. 1889, ancora in vigore).

Nel mese di novembre 2018 la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria “Ufficio II – Anagrafe Fondi Sanitari” del Ministero della Salute ha reso noto le attività dell'Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF), di cui Fondi di tipologia A ovvero: i Fondi Integrativi del S.S.N. in passato chiamati “Fondi DOC” e tipologia B, in passato denominati “Fondi non DOC” (enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale). Questi ultimi, per usufruire benefici fiscali, devono rispettare i criteri e modalità per il calcolo e la verifica della soglia delle risorse vincolate (art. 5 D.M. 27 ottobre 2009) e sono tenuti a certificare a garanzia delle attività erogate ai cittadini, prestazioni integrative rispetto a quelli del SSN tra cui rientrano anche le prestazioni di assistenza odontoiatrica.

Un dato al riguardo: le risorse impegnate nel 2016 per prestazioni extra LEA sono state pari a 2,3 miliardi di euro riferite a 322 fondi iscritti all'anagrafe con 10,6 milioni di iscritti; come noto, nel comparto odontoiatrico la maggior parte dei fondi, quali terzi paganti e quindi garanti dei propri assicurati, perfezionano convenzioni con gli studi o ambulatori odontoiatrici dove, indirizzano i **propri associati/assicurati.**

Degradando più ancora in dettaglio, merita osservare che per la verifica del possesso dei requisiti previsti dall' art. 9 del D.lgs n. 502/1992 (commi 4 e 5 stesso e D.M. 27 ottobre 2009 (c.d. Decreto Sacconi), anche il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali è intervenuto:

APSCenacolo Odontostomatologico Italiano Coi-AIOG Centro Adriatico Via Conca 43 Torrette Ancona tel. 071 2186168 -Coordinatore Responsabile Comitati Tecnici- mail: filolanda349@gmail.com



“ in modo di evitare possibili elementi confusivi tra la disciplina concernente, enti, casse e società di mutuo soccorso e quella concernete i fondi sanitari integrativi del S.S.N”., istituite o adeguati ai sensi del D.Lgs 20 dicembre 1992, n. 502”, quindi richiamando il più volte citato art. 9 il cui articolato norma la tipologia delle prestazioni aggiuntive e i criteri per l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, di cui il baluardo fondante è il possesso del requisito dell'accreditamento istituzionale da parte delle strutture sanitarie che erogano prestazioni previsti al comma 5, ad eccezione di “prestazioni di medicina non convenzionale ancorché erogate in strutture non accreditate”.

In aderenza alla valutazione di funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e nazionale, la legge regionale Marche n. 21/2016 - art. 2 lettera i – richiama, ai fini dell'accreditamento istituzionale, a garanzia dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché degli eventuali livelli integrativi locali e delle esigenze connesse all'assistenza integrativa, aggiungo, non potrebbe essere altrimenti, l'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 il cui comma 4 definisce l'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale erogate da professionisti e strutture accreditati.

Quindi, il requisito dell'accreditamento istituzionale a garanzia dei LEA , dei livelli integrativi locali e delle esigenze connesse all'assistenza integrativa prevista all'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 , ripetiamo sino alla noia, è requisito “*sine qua non*” per poter erogare prestazioni , nel caso che ci occupa, odontoiatria e odontoiatria specialistica. Ci chiediamo quale verifiche vengono effettuate , dagli enti preposti, alle strutture e ai professionisti sul possesso

dell'accREDITAMENTO istituzionale per poter erogare prestazioni per i Fondi Integrativi?.

Argomenti dalla COI centro Adriatico più volte trattati nelle varie riunioni e in cui si evidenziavano ulteriori aspetti non meno importanti quali, l'inutile pletora degli "intermediari" "faccendieri" "società di servizi" etc, collaboratori con i Fondi Integrativi e compagnie assicurative deputati a individuare, a loro insindacabile giudizio, le strutture, seppur non istituzionalmente accreditate, da convenzionare con il fondo o la compagnia da loro rappresentata.

In tutto questo, che non appare eufemistico definire *Far West interpretativo*, non vi è chi non veda la ricorrenza di possibili derive che ben potrebbero integrare fattispecie variamente riconducibili a circostanze di concorrenza sleale, turbativa di mercato e abuso dominante del mercato i cui profili potrebbero certamente travalicare, a nostro avviso, il labile discrimine che partendo dalla presunta fisiologia di un comportamento deborda in illeciti di colorazione penalistica, evidentemente valutabili dalle competenti Autorità.

Ancorpiù: riteniamo che si stia altresì perpetrando, con l'avallo, più o meno interessato e consapevole, di tutti gli attori, una clamorosa truffa ai danni dello Stato appena si considerano gli indubbi benefici fiscali riconosciuti ai fondi per aver erogato risorse (addirittura per i Fondi B sulla base di una *certificazione* a firma del legale rappresentante sic!), per prestazioni previste nell' art. 9, commi 4 e 5, Dlgs 502/92, in difetto della verifica del prescritto requisito dell'accREDITAMENTO Istituzionale, necessario a garantire, in via principale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni rese. Questa circostanza, qualora concretamente accertata, peraltro si ritiene possa essere fonte di ulteriori responsabilità contabili e amministrative, per così dire concorrenti e da accertare dalla competente

autorità giudiziaria contabile, nei confronti delle persone fisiche e enti a vario titolo intervenuti nel procedimento, quanto meno in termini di *culpa in vigilando* o di concorso.

In tal senso, già nel 2012, avevamo realizzato e prodotto alla Regione Marche il nostro sistema di controllo alle strutture Istituzionalmente Accreditate e con in essere accordi contrattuali con il SSR e Fondi Integrativi, aderenti alla Coi Centro Adriatico Regione Marche, le procedure prevedevano una serie di requisiti unitamente ad un programma dedicato (non sto ad elencare i protocolli, chiunque ne abbia interesse può recuperare i verbali presso il Servizio Salute e le relazioni del GAR durante le visite ispettive).

A tale riguardo ho avuto modo di leggere recentemente alcuni articoli, a firma di autorevoli opinionisti, numerosi commenti su riviste specializzate e forum nel settore odontoiatrico, che propugnano improbabili *soluzioni* per risolvere problemi che già da tempo attanagliano il settore, ma che purtroppo, a mio avviso, sembrano ancora risentire di nostalgiche e anacronistiche interpretazioni, avallate negli anni 2000 e che anch'io ho avuto modo di condividere a suo tempo, salvo poi verificarne il mancato recepimento nelle competenti sedi parlamentari o ministeriali così rimanendo, appunto, solo mere proposte.

Parimenti non si sottace il riferimento a quelle sentenze che all'epoca come si suol dire hanno fatto giurisprudenza ma che tuttavia riguardavano il dentista di "BASE" (art. 34 comma 1 dir. n. 2005/36/CE). Attualmente, piaccia o no, con l'avvento dell'odontoiatria specialistica (chirurgia orale - ortodonzia) in attuazione alla Direttiva 7 settembre 2005 n. 2005/36/CE, recepita dalla Stato Italiano il 30 settembre 2005, n. L 255, dove l'art. 35 statuisce l' odontoiatria specialistica e l'Ente dispensato all'insegnamento teorico/pratico e al rilascio del titolo di formazione, ha modificato, a tutela del paziente quando si erogano prestazioni di chirurgia orale, i requisiti di autorizzazione e di accreditamento.

Sono pertanto fermamente convinto che il comparto dell'odontoiatria e odontoiatria specialistica abbia urgentemente bisogno di regole chiare e uniformi per TUTTI gli operatori del settore; regole che non possono essere condizionate o suggerite dagli opinionisti o da rappresentanti sindacali e ordinistici, ma che si informano e costituiscono unicamente il prodotto dell'applicazione delle **LEGGI** che statuiscono la soggetta materia.

In tal senso, gli Enti regionali in sinergica collaborazione con le commissioni di diretta emanazione, incarnano i veri responsabili, non solo per quanto riguarda la corretta applicazione del sostrato normativo relativo alle autorizzazioni ma soprattutto gli accreditamenti in base ad una programmazione del fabbisogno.

Conclusivamente la Coi Centro Adriatico, consentitemi l'eufemismo, non può apporre il suo sigillo su **un pacco vuoto dell'odontoiatria e odontoiatria specialistica**, a queste condizioni e per le motivazioni oggi esposte questo non è possibile per cui, rimettiamo al mittente la bozza del P.S.S. Regione Marche, richiedendo ancora una volta di valutare le nostre istanze al fine di un possibile inserimento per una seria programmazione del fabbisogno della branca in parola nel Piano socio-sanitario regionale, quale elemento necessario a garantire un processo di normalizzazione **per il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità**, che a nostro avviso, sarà facilmente realizzabile nel momento in cui si deciderà di stimolare una comunità consapevole con l'intento di coinvolgerla in un percorso di responsabilizzazione finalizzato a un bene irrinunciabile che appartiene a tutti noi, **nel rispetto delle leggi e delle regole senza proclami o promesse di cure miracolose privi di fondamento**, attività, cari Consiglieri, che lasciamo ben volentieri, tanto per rimanere in tema, ai "cavadenti itineranti".

Filippo Bambara
Coordinatore Responsabile Comitati Tecnici
COI Centro Adriatico.

Luigi Luchetta
Presidente

Manuale di autorizzazione.

Abbiamo già rappresentato le nostre osservazioni e sollevato le ns. perplessità durante la stesura del manuale: criticità, in parte recepite, da ultimo con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della legge di bilancio 2019, si è reso necessario un altro incontro presso il servizio salute per rivedere alcuni aspetti trattati nei commi 525 e 536 concernenti le comunicazioni informative e del direttore sanitario. In tal senso ci è stato richiesto di citare i riferimenti legislativi per cui oggi produciamo il verbale e stralcio dei requisiti concernenti gli ambulatori/poliambulatori, ambulatori odontoiatrici, ambulatori chirurgici alta complessità e bassa complessità, studi professionali, studi odontoiatrici studi chirurgici, studi igienista dentale, da noi ritenute coerenti con le leggi e le regole che statuiscono la materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di attività sanitarie socio-sanitarie, sulla pubblicità sanitaria e sul ruolo e **specifiche** responsabilità del Direttore Sanitario, per cui si confida, dopo il dovuto approfondimento, nell'accoglimento e conseguente integrazione dei requisiti di autorizzazione, così come proposti dalla COI Centro Adriatico.