



Al sig. Presidente
AIOC-FISSN
Dott. Luigi Luchetta

Oggetto: Parere sulla D.G.R. n.716 del 13 maggio 2024: **“ISTITUZIONE RETE ODONTOIATRICA REGIONALE”**.

Egregio Sig. Presidente,
In relazione al compito assegnato si rappresenta quanto in appresso:

Da una attenta lettura della Delibera in oggetto, relativa a **“ISTITUZIONE RETE ODONTOIATRICA REGIONALE”**, giunge agevole agli Organi Direzionali Tecnici di Controllo AIOC, di fronte a questo stato di cose così come composte nella D.G.R. n. 716/24 da assimilare, usando un eufemismo, ai “fuochi pirotecnici” o “alla casa del grande fratello”.

In ogni caso, detto ciò, non si sa se di fronte a ciò rimanere sorpresi o sconcertati – propenderei per la seconda - perché un siffatta deliberazione, **“inaudita altera parte”**, può solo essere frutto di una precisa azione di qualcuno che ancora nostalgico dell’appartenenza a qualche corporazione o, come si dice oggi, lobby, ha ritenuto di variegare, nel totale spregio della rinomata D.G.R. n. 315/2018, il principio morale finalizzato al corroborare la **sostenibilità**, l’appropriatezza, la qualità, la quantità e l’**economicità** di servizi e prestazioni con strumenti innovativi e di ampio respiro.

A questo riguardo il riferimento è al punto 4.4 del P.S.S Marche 2020/2022 **“Rafforzamento dell’equità del sistema”**, dove è previsto nell’ambito della continuità secondo le finalità indicate nella D.G.R. n. 315/2018, **ad invarianza di oneri a carico del SSR**, la tutela della salute odontoiatrica, **la riorganizzazione** sul territorio di reti cliniche **pubbliche e strutture private accreditate e con rapporto contrattuale con il SSR**, **progetti innovativi e di ampio respiro**, coerentemente al D.Lgs 502/1992, di cui agli artt. 8 bis, 8 octies, 9 e 9 bis , **coordinate dalla Direzione Generale ASUR Marche** (oggi AST).

Da questo contesto giunge meritevole ancora una volta dar vita a norme, oramai sviscerate che hanno contrassegnato, con la “riforma Ter”, la cd. **“aziendalizzazione del sistema sanitario”**.

Al riguardo non si può omettere di menzionare tutto il lavoro svolto, sin dal 1999 tra il Servizio Salute Regione Marche (Zuccatelli, Di Stanislao, Maffei, Gardini, Luzi etc.) e i rappresentanti di categoria delle strutture private (Bambara, Bacalini, Luchetta, Cori, etc.), vedasi verbali e corposa corrispondenza epistolare intercorsa nel rispetto agli articoli di seguito menzionati che giocoforza bisogna ancora una volta, per i meno accorti, riprodurre.



*Art. 8 bis del decreto L.gs 502/1992 (Autorizzazione, accreditamento, Accordi contrattuali), comma 3: "La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, dell'accREDITAMENTO Istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie".

***Art. 8-quater (Accreditamento istituzionale)**

1. L'accREDITAMENTO istituzionale e' rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accREDITAMENTO ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

***Art. 8-quinquies (Accordi contrattuali)**

1. Le regioni, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- a) individuazione delle **responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;**
- b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
- c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;
- d) **criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.**

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, **la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi,** definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

- a) gli obiettivi
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);
- e) **il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies.**

***Art. 8-octies (Controlli)**

1. La regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un 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.

2. **Per quanto riguarda le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale,** la definizione degli accordi entro i termini stabiliti dalla regione e il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresentano elemento di verifica per la conferma degli incarichi al direttore generale, ai direttori di dipartimento e del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendenti dalle aziende interessate.

* D.Lgs 4 marzo 2014, n. 38

art. 7 (Punto di contatto nazionale per l'assistenza sanitaria transfrontaliera) Comma 6: "..... elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute....",



Comma 7: "Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano trasmettono al Punto di Contatto Nazionale, su richiesta, le informazioni di cui al presente articolo e all'articolo 6, comma 2, nonché tutte le altre informazioni e i dati necessari per le finalità ivi previste, anche per via telematica".

comma 8: "Il Ministero della salute attiva le necessarie procedure volte ad assicurare che le informazioni di cui al presente articolo siano facilmente accessibili e siano rese disponibili per via elettronica sul portale del Ministero della salute e in formati accessibili alle persone con disabilità".

i dati forniti dall'elaborato in parola attestano senza vergogna, un incomprensibile aumento della spesa pubblica in assenza di beneficio al rafforzamento dell'equità del sistema, del reale fabbisogno, di una seria programmazione, di un credibile abbattimento delle liste di attesa e di una notevole ed inspiegabile decrescita del numero di prestazioni erogate dalle aziende pubbliche.

La palese (im)produttività di queste aziende denota "latu sensu" in termini di costo/benefici, uno stato penoso e fallimentare del sistema aziendale odontoiatrico pubblico in uno al persistere in maniera su questo percorso con risultati inopinabili.

Tutto ciò non è più accettabile dall' AIOC-F.I.S.S.N.

In relazione ai punti che precedono appare necessario, in via sintetica, richiamare le varie norme tuttora vigenti, che hanno caratterizzato negli anni l'eccellenza marchigiana delle strutture odontoiatriche private contrattualizzate, con il rischio ora di ritornare, in un certo senso, ai tempi dei **"cavadenti itineranti"**

Con L. 409/1985: "viene istituita la professione sanitaria di odontoiatra che viene esercitata da coloro che sono in possesso del diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentaria e della relativa abilitazione all'esercizio professionale, conseguita a seguito del superamento di apposito esame di Stato".

"Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche" punto.

Formano oggetto di dentista specialista i diplomi, certificati ed altri titoli di cui all'allegato V della L. 409/1985 (Decreto interministeriale 04/02/2015 "Riordino delle scuole di specializzazione").

La legge volutamente non poteva né può prevedere la figura dell'odontoiatra **"tuttologo"**.

In termini fattuali si ripercorre alcuni avvenimenti che hanno caratterizzato e interessato questa Regione:

Ordinanza del Tribunale di Ancona (R.G. 101698/07):

il Giudice designato **ordinava:**

- “alle convenute e ai preposti e competenti organi della (P.A.) la specifica e l’individuazione dei costi (anche di gestione) e delle liste di attesa per le prestazioni relative alla branca 017 erogate dalle strutture pubbliche, come pure dell’attività libero professionale intramuraria di cui alla legge 03/08/07 n. 120”.
- “In via meramente gradata: ordina agli stessi soggetti sopra indicati la specifica ed indicazione degli **ambulatori specialistici** (esistenti nella Regione Marche) **pubblici e privati, che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici organizzativi e professionali previsti dal DPR 14/01/1997. e dal D.Lgs 277/03** anche ai sensi dell’art. 7, comma 6 del D.Lgs 165/01 e ss.mm., **ovvero quelle strutture in grado di erogare quelle prestazioni di odontoiatria specialistica (ortodonzia, chirurgia odontostomatologica)** individuate nell’allegato 3 di cui al D.M. 12/09/2000 relativo allo sviluppo e organizzazione delle attività di Day Surgery nella Regione Marche , **liste e procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale**”.

Stralcio del documento elaborato dalla Dott.ssa Maria Rita Paolini - Servizio Salute Regione Marche:

- Global budget erogato dalla Regione Marche per il comparto odontostomatologico è pari a circa 11.000000 (**undicimilioni**) di euro annuali, emerge, senza tema di smentita, che il Gap differenziale dei costi per la singola prestazione erogata dalle strutture pubbliche e la stessa prestazione erogata dal privato accreditato è pari a **10 contro 1, non si tiene conto dei costi gestionali della singola prestazione erogata nelle strutture pubbliche mentre per le strutture private è onnicomprensivo.**

- Mozione n. 708 “*Riorganizzazione sul territorio di reti cliniche, pubbliche e strutture private contrattualizzate con il SSR, coordinate dalla D.G. ASUR MARCHE*”, approvata all’unanimità, dall’Assemblea Legislativa Regione Marche nella seduta del 9 luglio 2020, n. 169.

- Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio **2017** (*definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - con particolare riferimento ai commi 1, 2, 3 e 8 stesso articolo*), si circoscrive all’art. 16, comma 5, le **prestazioni ambulatoriali** di assistenza odontoiatrica **limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell’allegato 4C.**

L’allegato 4 C del DPCM individua due distinte tipologie di vulnerabilità:

- **vulnerabilità sanitaria – tabella 1-condizioni di vulnerabilità sanitaria-** (DGR n. 315/2018)
- **vulnerabilità sociale – Facsimile modello vulnerabilità sociale-** (DGR n. 315/2018).

Il nomenclatore di cui all’allegato 4 del DPCM 12.01.2017 definisce tutte le prestazioni erogabili sia per gli assistiti rientranti nella vulnerabilità sanitaria che nella vulnerabilità sociale erogate **da**



laureati in odontoiatria e protesi dentaria, e prestazioni di specifica competenza eseguite dallo specialista o da professionisti sanitari avente titolo nella specifica branca.

A miglior intelligenza, in relazione ai seguenti principi, la Regione Marche ha introdotto lo specialista in Ortodonzia e l'Ortodontista esclusivista (L. R. n. 20/2000 Manuale di accreditamento Cod. Par. ASOD punti 19 e 20 e Cod. Par. STOD punti 12 e 13).

- **Ortodontista esclusivista:** è il laureato in odontoiatria e protesi dentaria che per poter usufruire del titolo di Ortodontista esclusivista deve dimostrare che si è dedicato per oltre tre anni, seguito da un Tutor con titoli e specialità riconosciute dalle direttive europee, esclusivamente nella branca ortodontica e che abbia operato continuamente presso **strutture pubbliche o private accreditate con in essere accordi contrattuali**; non gli è consentito di usufruire il titolo di specialista Ortodontista.
- L'altra branca specialistica nel comparto **odontostomatologia/parodontologia** è lo specialista in chirurgia orale (D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277 in attuazione della direttiva 2001/19/CE).

In tal senso, gli accordi contrattuali stipulati tra le strutture private accreditate e le precedenti ASUR prevedevano sin dal 2005, a tutela dell'appropriatezza della prestazione, requisiti stringenti quali:

- art. 3, comma 3: *“La struttura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni, delle attività e dei servizi di cui al presente accordo con la dotazione di personale: ...* del ruolo sanitario con titoli e specialità individuate nelle normative UE e Nazionali (all.1)”* ;

- comma 4: *“Questa Zona si riserva il diritto di compiere, in ogni tempo e con comunicazione preventiva, ispezioni e controlli per verificare il mantenimento e il rispetto dei requisiti autorizzativi, di accreditamento e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate di cui ai commi precedenti”*

- prevedevano inoltre il miglioramento continuo della qualità con corsi ECM **e aziendali**. (per quest'ultimi vedasi la formazione, perfezionata attraverso accordi, con prestigiose università d'Oltralpe, con docenti delle stesse, luminari e ricercatori di fama internazionale, previa autorizzazione rilasciata dal Ministro della Salute). Vedasi inoltre le varie notizie di cronaca che descrivevano i definiti interventi effettuati presso strutture aderenti ora all'AIOC e quelli complessi erogate presso Centri Universitari Ospedalieri d'Oltralpe, su interessamento della struttura, del D.S. con la compartecipazione delle ASL locali (Corriere Adriatico: 29 dicembre 1985; 7 marzo 1987; 15 marzo 1988; 27 giugno 1988. La Gazzetta di Ancona: 7 marzo 1987; 15 marzo 1988; 27 giugno 1988; 23 giugno 1990; Resto del Carlino 3 novembre 2000; etc.)

il DPCM del 12/01/2017 nel determinare le distinte tipologie di vulnerabilità sanitaria e sociale , **non pone tuttavia veti, non potrebbe essere altrimenti**, alle strutture ambulatoriali di tipologia (A.O. - A.C.B.C. - A.C.A.C. - Day Surgery) private autorizzate ed accreditate, con in essere accordi contrattuali, quindi **dentro il sistema nell'interesse della collettività e del territorio con la quale**



si idealizza la miglior essenza dell'interesse pubblico, di erogare **tutte** le prestazioni rientranti nella tabella 1 (Nomenclatore valido per le strutture, pubbliche e private, in possesso dei requisiti di cui all'art. 8 bis del D.Lgs 502/1992. Ad eccezione di pazienti classificati di categoria IV e V "ASA score" e della nota **H** del codice e descrizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (cod. 76.2 – 76.99).

Detto ciò, al fine di **copertura risarcitoria**, è compito del Direttore Sanitario, dell'esercente la professione sanitaria e della Struttura privata, in relazione alla responsabilità del proprio operato nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con l' Utente, proporre strutture appropriate. Ancorpiù, tale principio viene applicato anche per gli esercenti la professione sanitaria scelti dal paziente ancorché non dipendenti dalla struttura stessa (art. 7, primo comma, L. n. 24 del 08/03/2017).

Rientrano in tale contesto financo le *"prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria* (art. 7 secondo comma L. n. 24, 08/03/2017).

In via meramente indicativa, le **disgnazie gravi** di cui ai parametri (I.O.T.N. **V classe**) o pazienti classificati ASA IV o ASA V dovranno essere erogate in un ambulatorio/struttura protetta in cui sono disponibili risorse umane e strutturali (es. Chirurgo Maxillo Facciale, sale operatorie, supporto rianimatorio, etc.), a seguito di un'autonoma e responsabile valutazione delle patologie e condizioni del paziente ed in base alle indicazioni di **appropriatezza prescrittiva dell'esercente la professione sanitaria (dicasi odontostomatologia), controfirmata dal Direttore Sanitario.** *"Criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche (all. 4C, DPCM del 12/01/2017)".*

Per cui, sarà compito e responsabilità del Direttore Sanitario, del Professionista Sanitario e della Struttura Sanitaria indirizzare i pazienti classificati (I.O.T.N. **V classe** o classificati ASA IV- ASA V), presso i reparti delle Aziende Ospedaliere o altra struttura pubblica/privata avente gli stessi requisiti di struttura protetta. In caso di urgenza si considera/propone anche l'ulteriore possibilità (avvenimenti già accaduti nella Regione Marche) di andare oltreconfine c.d. *"Schengen Sanitaria"* per ricevere un'assistenza appropriata a breve termine (d.lgs. n. 38/2014).

Proprio per principio (responsabilità del D.S.), l'AIOC ha avuto modo di rappresentare alla Direzione Autorizzazione Accreditamenti, le proprie perplessità fornendo il proprio contributo di pensiero sulla figura, sui compiti, sulla formazione/esperienza e sui titoli del D.S. nei Poliambulatori, puntualizzando inoltre che i titoli e le specialità riconosciute dalla direttiva europea 19/2001CE, recepita dallo Stato Italiano con D.Lgs 08/07/2003 n. 277, sono ben rappresentati negli allegati IV e V che descrivono minuziosamente e in modo cristallino i diplomi e le specialità nella soggetta materia.

Per cui ci giunge incomprensibile la criptica, astrusa e quanto illogica differenza tra il laureato in Odontoiatria e protesi dentaria, lo specialista in ortognatodonzia- ortodontista esclusivista e lo specialista in chirurgia orale - chirurgo orale esclusivista operante presso le strutture pubbliche quali



professionisti preponderanti in capo agli stessi sanitari operanti presso le strutture private. ovviamente non è così, in considerazione che i diplomi e le specialità de quo vengono conseguite presso Università riconosciute e abilitazioni rilasciate dallo Stato Italiano in aderenza alla **formazione** e **riconoscimenti** normate dalle Direttive europee.

Tutto ciò vale anche ai fini della tracciabilità di una prestazione, la sua appropriatezza, la sua qualità, che ha inizio dai titoli e specialità possedute dai professionisti erogatori e dei **requisiti standard autorizzativi e di accreditamento** possedute dalle strutture sanitarie che operano in regime **ambulatoriale chirurgica** di cui: strutturali, tecnologici organizzativi e quantitativi così come richiamate nel D.M. n. 70/2015 - **Appendice 2. Chirurgia ambulatoriale**, motivazione citata nel documento istruttorio parte integrante della DGR. n. 716/24.

A tal riguardo, la Regione Marche, nelle more dell'attuazione della direttiva 2001/19/CE, ha introdotto nei manuali di autorizzazione all'esercizio al punto 4.2, il "codice paragrafo A. S. A. C. "Assistenza Specialistica Ambulatoriale Chirurgica", l'emendamento apportato alla DGR 2200/00 dalla DGR 1579/01 (L.R.20/2000, art.5, comma 1, lettera f). Siffatto requisito veniva richiesto anche per gli studi odontoiatrici (**c.d studi ambulatorizzati**) in cui si effettuano attività invasive, che comportino un rischio per la **sicurezza** del paziente.

Su tale principio Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) sul ricorso numero 8626 del 2020, proposto da A.I.O.C. - F.I.S.S.N. ha pronunciato la seguente ORDINANZA:

"Ritenuto che il ricorso in appello deduce questioni - relative a condizioni di esercizio dell'attività di chirurgia odontoiatrica (suscettibili di incidere significativamente sulla tutela della salute) - meritevoli di sollecito approfondimento nel merito, anche alla luce della sentenza di questa Sezione n. 7654/2020 resa in materia analoga"- P.Q.M - "Accoglie l'appello e, per l'effetto, in riforma dell'ordinanza impugnata, accoglie l'istanza cautelare in primo grado ai soli fini della fissazione dell'udienza di merito"

Pertanto nella c.d. "Branca Odontostomatologica" sono caratterizzate tre tipologie di prestazioni che per la loro appropriatezza dovrebbero essere erogate dal Diplomato in odontoiatria e protesi dentaria, dallo specialista in chirurgia orale, dallo specialista in ortodonzia e, nella Regione Marche, dall'ortodontista esclusivista e del chirurgo orale esclusivista.

Per cui ci giunge difficile comprendere come un D.S., **neo-laureato** in odontoiatria e protesi dentaria, possa interferire nelle attività del chirurgo orale, nelle attività ortodontiche o addirittura nelle attività del Chirurgo Maxillo -facciale.

In via meramente esemplificativa, la chirurgia orale erogata in regime ambulatoriale/poliambulatoriale a pazienti classificati sani, dallo specialista nella soggetta branca comprende: **estrazioni dentarie complesse, estrazione di denti del giudizio complessi o in inclusione ossea parziale o completa, chirurgia implantare, chirurgia endodontica, chirurgia**



ricostruttiva e rigenerativa, rialzo di seno mascellare, exeresi di lesioni osteolitiche dei mascellari, biopsie delle lesioni del cavo orale, biopsie di ghiandole salivari a scopo diagnostico, sequestrectomia e curettage osseo nelle osteonecrosi dei mascellari, esposizione ortodontica dei denti inclusi, stabilizzazione tramite fissatori inter-mascellari nelle fratture di mandibola e condilo etc.,

Appare arduo concepire, a seguito della storia clinica del paziente, il concetto di appropriatezza prescrittiva con riferimento alla pratica medica, ben diversa dalla pratica odontoiatrica, sulle specifiche necessità dell'Utente vulnerabile sanitario.

Da quanto sopra premesso, ora è necessario fare alcune osservazioni sull'allegato prodotto dall'A.R.S. "Attività ambulatoriale File C 2: numero prestazioni erogate per struttura di erogazione (per completezza di dati consolidati si prende come riferimento l'anno 2022). Dall'elaborazione di tali cifre finalizzate ad un serio sviluppo della "Istituzione della Rete Odontoiatrica Regionale" emerge una valutazione approssimativa certamente meritevole di un approfondimento e di una ulteriore valutazione presso gli Enti preposti al controllo sulla spesa sanitaria nel comparto odontoiatrico e non solo, per i seguenti motivi:.

1. Tipologia dei dati ai sensi dei flussi "File C2" "File C1"

- I dati trasmessi alla Regione Marche dalle strutture pubbliche e private ai sensi dell'art. 50, commi 7 e 10 della L. n. 326/2003 (Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie, nonché per l'attribuzione e la verifica del budget di distretto, in aderenza ad una programmazione territoriale del fabbisogno e relativo Global Budget rientrano nel "tracciato record Specialistica Ambulatoriale – FILE C 2") - *tipologia delle prestazioni erogate delle singole strutture* .
- I dati delle prestazioni sanitarie con fatturazione allegata inviati alle AST di competenza "tracciato record Specialistica Ambulatoriale, rientrano nel **FILE C1 - Dati anagrafici**".

a miglior comprensione, riportiamo alcune puntualizzazioni sul debito informativo:

I tracciati record della specialistica ambulatoriale prevedono al File **C1 – dati anagrafici** - Descrizione: Regione, AST/A.O., Erogatore, Disciplina – Medico prescrittore, **Cognome e Nome dell'utente**, Cod. sanitario reg. dell'utente (fac.), **Cod. fiscale**, Sesso dell'utente (fac.), Data di nascita, Residenza ASL di residenza, progressivo riga per ricetta, ID.

Mentre il File **C2** prevede : **dati prestazioni sanitarie** - Descrizione: Regione, AST/A.O., numero ricetta, progressivo riga per ricetta, data prestazione, **codice nomenclatore**, **codice prestazione**, quantità, posizione dell'Utente nei confronti del ticket, codice esenzione.

Or dunque, si può verificare che i dati così, sic et simpliciter, riportati nell'attività ambulatoriale attraverso **il File C2** orfani di elementi fondamentali quali, **dati anagrafici e dei codici del**



nomenclatore e/o della prestazione, denotino una totale inadeguatezza di poter sviluppare una qualsiasi rete Istituzionale sanitaria Regionale, posto che sono in stridente contrasto con le norme che statuiscono l'appropriatezza prescrittiva, la verifica della c.d. **“prestazione spalmata”**, la trasparenza, concorrenza, responsabilità del D.S e degli esercenti la professione sanitaria che si atteggiano in possibile conflitto con le previsioni di norme di recepimento delle direttive unionali, senza tralasciare le norme di cui agli artt. 3-bis, 8-bis, 8-quater e 8-quinquis, 8-octies del D. Lgs n. 502/1992).

Forti perplessità si nutrono, inoltre, sulla violazione degli obblighi da parte dei Direttori Generali delle varie AA.SS.TT, coerentemente alla loro autonomia e osservanza nell'oculata gestione del budget e global budget deliberato (D.Lgs 502/1992, art. 3 bis – L. 27/12/1997, n. 409, art. 32).

Dubbi in ragione di un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati, pubblici e privati, sulla qualità della assistenza, sulla appropriatezza ed **economicità** delle prestazioni rese che interessano un bene fondamentale, come la salute, dei vulnerabili sanitari e sociali,.

Purtuttavia proviamo ad osare una valutazione sulla base della conoscenza del documento elaborato dalla Dott.ssa Maria Rita Paolini comparandolo con il numero di prestazioni erogate dalle aziende pubbliche e private nel definito anno 2022, valutazione connotata su principi teorici e sull'esperienza pratica ultraventennale maturata dagli associati AIOC,.

“Attività Ambulatoriali File C2: numero prestazioni erogate per struttura di erogazione”

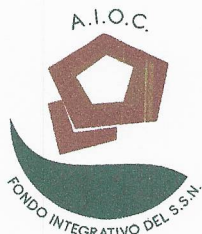
Nella descrizione analitica Anno 2022:

Totale prestazioni erogate dalle Aziende pubbliche e private n. 41.416 – su circa 350.000 Utenti avente diritto nella Regione Marche:

- N. **61** Aziende pubbliche hanno erogato un numero di **26.181** prestazioni.
- N. **9** Aziende private hanno erogato un numero di **15.235** prestazioni.
- Preventivo e consuntivo del global budget assegnato anno 2022:
€ ??????????.

Ogni commento appare superfluo in considerazione financo che le aziende private hanno contrattualmente un budget annuale predefinito e non superabile.

Conclusivamente, questo Organo Tecnico di Controllo si esime dal procedere ad una elaborazione analitica completa dell'attività ambulatoriale odontoiatrica nella Regione Marche svolta negli anni dal 2019 al 2023 in difetto, nonostante le reiterate richieste, di informazioni sul fabbisogno, sui bilanci consuntivi di spesa approvati annualmente per il comparto odontostomatologico, tra cui anche i relativi costi gestionali e, in via meramente gradita, della corresponsione degli incentivi di



risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende pubbliche interessate, etc..

Ed ancora, anche a causa dell'inerzia della Regione Marche, che da oltre venti anni ha omesso di stabilire il fabbisogno e la localizzazione territoriale delle strutture sanitarie ai fini della verifica di compatibilità prevista obbligatoriamente proprio dalla legge regionale stessa, in considerazione che la L.R n. 21/2016 ha recepito le stesse disposizioni della L.R 20/2000 riguardo la compatibilità contenute nella normativa di riferimento nazionale ex DLgs 229/99 all'art 8 ter comma 3.

da ultimo, ma non per ultimo, in riferimento all'art. 7 del D.Lgs., del 4 marzo 2014, n. 38 e alle norme sulla trasparenza, non esiste il sito dell'anagrafe Istituzionale Regionale delle strutture e dei servizi sanitari e socio-sanitari e sociali **Pubblici**.

per converso, abbiamo l'anagrafe regionale delle Strutture private accreditate al 31/12/2022, dove sono riportati i codici previsti nel glossario del manuale di autorizzazione di tipologia struttura riferibili alla D.G.R. n. 1571/19 (!), mentre la classe/livello di accreditamento fa riferimento alla L.R. n. 20/2000 (!). Ciò può significare che le strutture con la classe di accreditamento ai sensi della legge 20/2000 non sono né accreditate e, ancor peggio, né autorizzati ai sensi delle DD.GG.R. nn. 1571/2019 e 1572/2019.

Sfuggono inoltre le procedure informatizzate di cui al comma 2, dell'art. 6 della L.R. n. 21/2016, in particolare le autorizzazioni Comunali rilasciate ai sensi della D.G.R. n. 1571/19 per la tipologia di struttura.

Da ultimo i centri HUB (ambito ospedaliero) e centri SPOKE (ambito territoriale): I centri HUB devono essere a disposizione degli Utenti inviati dai centri SPOKE e non viceversa.

Conclusivamente mi si chiede di predisporre una bozza di una rete clinica odontoiatrica regionale composta da strutture private accreditate, per garantire in **maniera uniforme** nella Regione Marche le prestazioni garantite dai LEA, nonché il modello organizzativo (programma, controllo appropriatezza prestazioni, liste di attesa, governance, economicità, etc.).

La risposta a ciò è prevista nell'indice del documento della D.G.R. n. 716/24, in cui **è presente nel software AIOC-F.I.S.S.N.** realizzato nel 2005 e costantemente aggiornato coerentemente alle nuove norme, per cui siamo disponibili, a chiunque ne abbia interesse, ad illustrare le specifiche funzionalità del programma in parola che hanno inizio con la presa in carico dell'Utente, controllo in tempo reale dell' appropriatezza di una prestazione, abbattimento totale delle liste d'attesa, agenda giornaliera, **tempario per la singola prestazione**, rapporto, ciclo tracciato di sterilizzazione firmato dall'addetto/a dello strumentario utilizzato sul singolo paziente, trasmissione dati ai sensi dell'art. 50, L. 24 novembre 2003, n. 326., etc. etc. infine, indice annuale dal gradimento dell'utente finale che con orgoglio riportiamo.

Dai dati tracciati risulta:

98% eccellente

2% ottimo.



Infine, mi si consenta in maniera severa un'ultima annotazione: L'A.I.O.C.- FISSN, quale associazione maggiormente rappresentativa nella Regione Marche di strutture private autorizzate, accreditate, con in essere accordi contrattuali, giusta qualificazione rilasciata dal Dirigente Servizio Sanità e Direttore dell'ARS Marche (prot. n. 0174566 del 02/03/2017 - D.G.R. n. 214 del 27/02/2023 pag. 6 ultimo par.- ASUR A.V. n. 2 prot. n. 0211349 del 21/12/2021), quindi **"dentro il sistema"** (art. 8 bis e 8 quater, c. 2, D.Lgs 502/1992), non ha bisogno in questa disastrosa realtà della "Casa del Grande Fratello" ha bisogno del "Fratello Grande" che sappia ascoltare, valutare e, nel rispetto delle norme, avere il coraggio di decidere su un bene prezioso, **la salute**, senza alcuna tracotanza tipica (con riferimento ai format storiche e televisive) della "Roma Papalina" caratterizzata dai suoi personaggi, alla corte di Papa Pio VII.

Tanto dovevo.

Filippo Bamba

Filippo Bamba
Coordinatore Organi Direzionali
Tecnici di Controllo AIOC-FISSN