



ATTO N. 818

PROPOSTA DI LEGGE
di iniziativa dei Consiglieri VINTI e LUPINI

“Istituzione nelle Aziende UU.SS.LL. della Regione Umbria del Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica”

*Depositato al Servizio Assistenza sul Regolamento Interno,
Monitoraggio e Sviluppo Processi il 10.05.2007*

Trasmesso alla III - I Commissione Consiliare Permanente il 11.05.2007



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

PROPOSTA DI LEGGE REGIONALE

“Istituzione nelle aziende ASL della Regione Umbria del Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica”.

di iniziativa dei consiglieri Stefano Vinti e Pavilio Lupini



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

"Istituzione nelle Aziende ASL della Regione Umbria del Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica."

Relazione illustrativa

1. Il ruolo dell'assistenza protesica ed ortesica nel determinare la qualità della vita.

Se vi è un ramo della medicina che ha , per l'acquisizione di tecnologie chirurgiche ed anestetiche, prodotto il più sostanzioso mutamento nelle condizioni materiali di vita di milioni di persone, contribuendo in modo sostanziale all'aumento di una vita media di qualità, questo è quello dell'assistenza protesica ed ortesica, la quale consente a persone in un'età che solo un secolo fa, le avrebbe viste inabili ad una vita normale, mantenere ancora stili di vita di piena autonomia.

2. L'assistenza protesica ed ortesica in Italia. L'assistenza odontoiatrica rappresenta il settore in cui il Servizio sanitario nazionale (SSN) ha tradizionalmente presentato un impegno limitato, malgrado le molteplici implicazioni di carattere sanitario e sociale. Questa situazione comporta un serio limite al principio fondamentale della globalità delle garanzie offerte dal SSN e crea disuguaglianze nell'accesso, legate al reddito personale, per gli alti costi delle prestazioni offerte nel libero mercato, tenendo conto, inoltre, che prestazioni odontoiatriche preventive e, soprattutto, terapeutiche sono raramente ricomprese fra i benefici di assicurazioni volontarie.

2.1. I Servizi dell'INAM. Agli inizi degli anni '80 furono attivati alcuni servizi a titolo sperimentale dall'INAM in molte province; vi furono altresì analoghe iniziative riproposte anche in campo nazionale dal Ministero della Sanità e da alcune Regioni che prevedero la stipula di apposite convenzioni tra le USL, ed i laboratori odontotecnici, onde attivare presso i gabinetti odontoiatrici gestiti dalle USI, stesse la fornitura di protesi dentarie ed apparecchi ortodontici a prezzi convenzionali, riferiti ai soli costi dei manufatti, a totale carico degli assistiti, prevedendo a tale fine specifiche convenzioni per definire una disciplina omogenea della materia per la individuazione dei requisiti tecnico-funzionali da richiedere ai lavoratori odontotecnici a garanzia della migliore qualità dei manufatti e per i prezzi degli stessi. Le prestazioni protesiche ed ortesiche di competenza medica rientravano tra quelle che gli specialisti odontoiatri ambulatoriali operanti a rapporto convenzionale nei presidi direttamente gestiti dalle USL, erano e sono obbligati a fornire, a norma dell'Accordo Collettivo Nazionale di cui al D.P.R. 22.10.1981.

Le USL pertanto dovevano mettere a disposizione gli specialisti odontoiatri, nonché i locali e attrezzature necessarie, mentre gli assistiti dovevano pagare solamente i costi dei materiale e della lavorazione secondo tariffe prefissate così da assicurare la fornitura di protesi dentarie qualitativamente identiche a quelle fornite attraverso i gabinetti odontoiatrici dei libero-professionisti ma a prezzi notevolmente più bassi. Ma tali iniziative non ebbero il seguito atteso: solo pochissime USL, guidate da amministratori meritevoli diedero attuazione a tali direttive; la forte opposizione della corporazione dei medici odontoiatri riuscì di fatto a vanificare tali iniziative.

2.2. La situazione attuale. L'attuale normativa nazionale in materia è costituita principalmente dal d.lgs. 229/99 che definisce i criteri per la determinazione dei livelli



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

essenziali di assistenza— LEA — e disciplina il funzionamento dei Fondi integrativi del SSN, e dal DPCM 29/11/2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”. Tali indicazioni nazionali, tra i primi provvedimenti del governo Berlusconi, hanno ulteriormente limitato la competenza del SSN in tale settore, riducendola ai soli “programmi di tutela della salute odontoiatrica” in età evolutiva e all’ “assistenza odontoiatrica e protesica verso soggetti in condizione di particolare vulnerabilità”, affidando ai Fondi integrativi del SSN l’ assistenza odontoiatrica per i servizi complementari. L’assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica, é lasciata quasi completamente alla iniziativa privata, sia per la parte di stretta competenza medica che per quella relativa alla fornitura dei manufatti, con oneri economici notevolissimi e spesso insostenibili per larghe fasce di cittadini.

3. La Qualità del Servizio. La stragrande maggioranza degli italiani, secondo varie indagini effettuate da diversi soggetti si dichiara soddisfatta delle cure prestate dal proprio medico dentista, con percentuali che pongono tali servizi tra quelli più apprezzati, fra le prestazioni sanitarie.

4. I costi del Servizio. I costi sono, invece, ritenuti eccessivi e comunque insostenibili dalla stragrande maggioranza degli italiani e non da ora. Riportiamo un’indagine svolta da un’associazione di consumatori. Il Movimento Consumatori. Il confronto delle tariffe dei manufatti protesici a tariffa convenzionata e a tariffa di libero mercato, rilevati nel 1991, era il seguente:

Protesi totale 14 elementi	Tariffa convenzionata	L. 250.000
	Tariffa media di libero mercato	L. 1.300.000/1.800.000
Protesi scheletrata con 5 denti	Tariffa convenzionata	L. 350.000
	Tariffa media di libero mercato	L. 1.200.000/1.500.000
1 dente in palladioiresina isosit	Tariffa convenzionata	L. 175.000
	Tariffa media di libero mercato	L.530.000/ 650.000
1 dente in palladio/porcellana	Tariffa convenzionata	L. 275.000
	Tariffa media di libero mercato	L.700.000/1.000.000
apparecchi ortodontici mobili	Tariffa convenzionata	L. 350.000
	1 placca super. od inf.	L. 197.000
	2 placche super. od inf.	L. 245.000
	Tariffa media di libero mercato per arcata	L. 1.000.000/1.200.000



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

Come si può notare, un prezzo dalle 3 alle 5 volte superiore a quello convenzionato. Ma oggi la situazione è forse ancora peggiore. Il “giusto prezzo” “sarebbe quello stabilito dal Ministero della Salute come prezzo minimo” definito per le prestazioni che il Servizio Sanitario eroga. Il Ministero predispose a tale scopo un nomenclatore tariffario ufficiale, che è la base sulla quale le stesse Regioni “pagano” gli ospedali. Tale tariffario attualmente in vigore è il seguente:

PROTESI MOBILE	
Protesi completa arcata superiore ed inferiore	Euro 1034,00
Protesi completa arcata superiore o inferiore	Euro 517,00
Protesi scheletrica con denti e ganci	Euro 569,00
Attacco su scheletrato (caduno)	Euro 310,00

PROTESI FISSA	
Corona in lega-resina	Euro 197,00
Corona in oro-resina	Euro 238,00
Corona in ceramica	Euro 295,00

CURA ED IGIENE DENTALE	
Pulizia dei denti completa	Euro 80,00
Estrazione dente o radice	Euro 31,00
Devitalizzazione a canale	Euro 80,00
Otturazione in composito	Euro 68,00

Non c'è bisogno di un'ulteriore sondaggio per verificare la forbice sempre più ampia tra tali tariffe e quelle praticate dagli studi odontoiatrici privati nella nostra Regione.

4.1. Le cause di tali costi. Una delle cause principali degli alti costi delle prestazioni è da addebitare al fatto che gli odontoiatri italiani lavorano prevalentemente da soli o al massimo in due: sono piccoli studi professionali con in media tra 400 e 500 pazienti, il



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

che fa sì che aumentino le spese accessorie. A questo proposito, un'indagine condotta dall'Università Bocconi di Milano, su incarico dell'ANDI, aveva rilevato che sulla singola fattura dell'odontoiatra, il 60% è dovuto ai costi del materiale e alle spese di gestione dello studio e il 40% è il guadagno. Ma i dentisti italiani sono poco inclini all'associazionismo e preferiscono mantenere alti i prezzi.

4.2. Le conseguenze di tali costi. L'alto costo degli interventi riduce intanto altresì i tempi e le occasioni per la prevenzione: si accede sempre di più a i studi dentistici solo quando si hanno gravi problemi o patologie in atto. Infatti i volumi di prestazioni sono in Italia i più bassi fra i paesi europei, con 0,6 visite per abitante per anno, a fronte di 1,8 visite in Belgio, in Germania la media di visite odontoiatriche annue è di 1,4 a persona, in Olanda 2,1, in Giappone 2,9. Il risultato è che gli italiani hanno un numero di carie 1,5 volte superiore alla media europea. L'alto costo degli interventi favorisce altresì l'abusivismo: sono gli utenti stessi, infatti, che preferiscono spesso rivolgersi ai tecnici odontoiatri invece che ai medici specialisti per poter ottenere un qualche risparmio e tale fenomeno riduce in maniera significativa l'alto indice di gradimento sopra evidenziato che si riferisce solo ai medici odontoiatria, a scapito della qualità delle prestazioni.

5. La necessaria risposta delle istituzioni Le protesi dentarie sono ormai ritenute, non un lusso ma un presidio sanitario di primaria necessità da parte di tutti i cittadini, in particolare, gli anziani. In attesa di riproporre con forza, sul tavolo della trattativa con il governo l'obiettivo di reintrodurre nei Livelli essenziali di assistenza, i LEA, le prestazioni protesiche ed ortesiche, è necessario dare una risposta "da subito" utilizzando tutte le possibili risorse e sinergie in maniera virtuosa mettendo al centro dei nostri pensieri e delle nostre azioni realmente i bisogni dei cittadini, ad iniziare da quelli più deboli economicamente e socialmente.

5.1. Il sistema pubblico regolatore e calmieratore dei prezzi. L'attuale governo nazionale ha affrontato con determinazione una lotta decisa ai privilegi delle corporazioni introducendo provvedimenti di liberalizzazione. La vera questione politica prioritaria da affrontare, è la constatazione che nel nostro Paese non riesce ad affermarsi, prima come convincimento culturale diffuso e poi come prassi operativa, tra tutte le categorie imprenditoriali, quello che è il caposaldo di un mercato liberalizzato, cioè l'**effettiva concorrenza tra le imprese**. E ciò nonostante alcune buone leggi, come molte di quelle introdotte in Italia, come da ultimo, il Decreto Bersani.

I medici dentisti invece che migliorare i costi di gestione, ad esempio con l'associazionismo, preferiscono attuare operazioni di cartello **mantenendo tutti lo stesso prezzo, o, più spesso, alzandolo tutti insieme**. Si realizzano così collusioni oligopolistiche, rispetto alle quali anche l'abolizione delle tariffe minime, da sola, rischia di avere scarsa efficacia. I consumatori, soprattutto quelli a reddito fisso e basso, a partire da diverse categorie di pensionati, assistono impotenti a tali fenomeni. In questi casi l'intervento più efficace è quello di introdurre la concorrenza da parte del sistema pubblico, quale moderatore dei prezzi e maieuta di un sistema di concorrenza effettivo. Non è un caso, infatti, che laddove vi è una copertura pubblica delle prestazioni, come ad esempio in Gran Bretagna, l'odontoiatra privato deve rendere più appetibili le sue prestazioni riducendo sensibilmente i costi per gli utenti.



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

6. La proposta legislativa. Si tratta di attivare in tutti i presidi territoriali delle ASL della regione un **Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica** rivolto alla generalità della popolazione che eroghi le prestazioni al costo previsto dal nomenclatore tariffario ufficiale predisposto dal Ministero della Salute. **Il costo di tali prestazioni è a totale carico dell'utente, senza oneri per il fondo sanitario nazionale, nel rispetto della normativa sui LEA. Ma si tratta di un costo che è mediamente il 65 % minore di quello sostenuto nel mercato privato.** Restano comunque esclusi dai costi di tale servizio le categorie escluse dall'applicazione dei LEA, cioè i minori, i pensionati al minimo ed i grandi invalidi. La Giunta regionale emana una direttiva vincolante alle AUSL per garantire l'attivazione di tale Servizio. L'altro aspetto innovativo di questa proposta è quello di prevedere l'istituzione obbligatoria di un **"Comitato per la qualità"** in ogni Distretto sanitario, con i rappresentanti degli utenti, al quale sono conferiti poteri effettivi e penetranti di controllo e di verifica sulla qualità delle prestazioni. Tale scelta è necessaria perché la principale ragione per cui le iniziative sopra citate, attivate dall'INAM e da qualche USL non avevano avuto il seguito atteso era la non accettabile qualità media delle prestazioni di tali servizi, così da costringere spesso l'utente a doversi rivolgere successivamente ad un professionista privato, spendendo così due volte. E' poi da precisare che il professionista privato, spesso era lo stesso che la mattina lo aveva curato con scadente soddisfazione nell'ambulatorio pubblico. E' previsto, infine, un finanziamento a carico del Bilancio regionale, non del Fondo sanitario regionale, per un totale di € 600.000,00, in due annualità di € 300.000,00 ciascuna, finalizzato a consentire alle Aziende ASL di attrezzare gli ambulatori, con l'acquisto di almeno 30 "riuniti" per altrettanti ambulatori pubblici che saranno aperti nel territorio regionale. Il disegno di legge riprende un'analogo iniziativa attuata nel 1997 da Movimento Federativo Democratico dell'Umbria ora Cittadinanzattiva, insieme allo SPI CGIL, alla Federazione Regionale pensionati CISL ed alla UIL Pensionati, con una proposta di legge d'iniziativa popolare.



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

TESTO DEL DISEGNO DI LEGGE

Art. 1

Finalità

1. La presente legge detta norme per l'attivazione in ogni distretto Sanitario delle Aziende USL della Regione Umbria di un **Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica**, allo scopo di contenere i costi per gli utenti per prestazioni di assoluto rilievo sanitario e sociale, per realizzare altresì un effettivo regime di libera scelta tra servizi pubblici e privati e per favorire la riduzione dei costi dei servizi offerti dai privati.

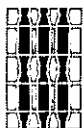
Art. 2

Organizzazione e gestione del Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica

1. La Giunta regionale provvede con propria direttiva vincolante, emanata ai sensi dell'art. 4, 3° comma della L.R. n. 3/98, entro due mesi dall'entrata in vigore della presente legge, ad indicare gli standards organizzativi, gestionali e dimensionali cui le Aziende ASL devono attenersi per l'attivazione del **Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica**.

2. La direttiva di cui al 1° comma prevede, in particolare,:

- a. le dotazioni tecnologiche e le attrezzature dei gabinetti odontoiatrici per l'attivazione del Servizio, siano essere conformi a quanto previsto dal DPR n. 271 del 28.7. 2000, allegato C.
- b. che ciascun servizio possa essere articolato in più gabinetti odontoiatrici nell'ambito del territorio di ciascun distretto sanitario tenuto conto delle dimensioni ed articolazioni territoriali del distretto stesso;
- c. che le Aziende ASL, utilizzino medici specialisti odontoiatri dipendenti o accedano a convenzioni con medici specialisti ambulatoriali e che le attività infermieristiche siano assicurate dal personale dipendente della Azienda ASL;
- d. che l'esecuzione delle protesi dentarie sia effettuata, a seguito di una procedura ad evidenza pubblica, da laboratori odontotecnici in possesso di



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

- requisiti organizzativi, umani e strumentali che consentano la lavorazione, ai migliori standards, di tutta la gamma di scheletrati, protesi mobili e protesi fisse richieste dal Servizio;
- e. che il laboratorio predisponga per ciascun intervento un preventivo analitico dei costi;
 - f. che i costi dei servizi resi siano conformi ai prezzi previsti dal nomenclatore tariffario ufficiale predisposto dal Ministero della Salute, allegato al decreto Ministero della Salute n. 332 del 27. 8. 1999;
 - g. le modalità per assicurare una gestione finanziaria separata dal fondo sanitario regionale;
 - h. i criteri per l'erogazione dei contributi di cui al successivo art. 6

Art. 3

Oneri per gli utenti

1. E' a totale carico degli assistiti il costo delle prestazioni previste dalla presente legge nei limiti delle previsioni del Nomenclatore tariffario di cui al precedente art.2.

Gli assistiti sono tenuti ad anticipare almeno il 50% della spesa risultante dall'apposito preventivo e a versare la quota rimanente dopo l'applicazione della protesi.

2. Restano salvi i diritti degli assistiti esentati dalla spesa sanitaria, ai sensi del DPCM 29.11.2001 e dei provvedimenti relativi adottati dalla Giunta regionale.

Art. 4

Comitato per la qualità

1. Al fine di garantire il mantenimento di un alto livello negli standard qualitativi delle prestazioni dei Servizi di cui alla presente legge, le Aziende USL istituiscono per ciascuna sede del Servizio un "Comitato per la qualità" composto come segue:

- a. il medico responsabile del distretto sanitario che lo presiede;
- b. tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori pensionati più rappresentative presenti sul territorio;
- c. un rappresentante delle associazioni di tutela dei diritti di cui all'art. 14 del D.Lgs.



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

30.12.92 n. 502 operanti nell'ambito
territoriale dell'Azienda ASL.

2. Le attività di segreteria sono assicurate da personale amministrativo della Azienda ASL.

3. Il Comitato per la qualità:

- a. riceve segnalazioni da parte degli utenti sulle modalità di fruizione del Servizio e sulla qualità delle prestazioni;
- b. accede ai laboratori odontotecnici convenzionati al fine di verificare il rispetto degli obblighi convenzionali in particolare in relazione alle qualità dei materiali impiegati;
- c. riceve trimestralmente l'elenco degli utenti che hanno usufruito del Servizio, al fine di procedere a indagini a campione sulla qualità dei risultati;
- d. procede a verifiche sul rispetto del nomenclatore tariffario;
- e. trasmette valutazioni trimestrali alla Direzione Generale della USL sull'andamento del Servizio.

4. Eventuali valutazioni negative contenute in almeno due relazioni trimestrali sull'attività dei laboratori odontoiatrici convenzionati e/o dei medici specialisti odontoiatri costituiscono motivo valido per le Aziende USL per recedere dalla convenzione con i laboratori e/o attivare le procedure disciplinari nei confronti dei medici dipendenti o specialisti, secondo le normative specifiche previste dai rispettivi contratti di lavoro o convenzioni.

Art. 5

Gestione finanziaria del Servizio di assistenza odontoiatrica protesica ed ortesica

1. Gli oneri derivanti alle Aziende ASL per l'attivazione del Servizio di cui alla presente legge sono finanziati attraverso uno speciale Fondo, distinto in spese correnti e spese di investimento, alimentato per pari importo delle spese, attraverso corrispondenti entrate rivenienti dalle prestazioni effettuate, restando escluso l'utilizzo di risorse del Fondo sanitario regionale.



Gruppo consiliare
Rifondazione Comunista - Sinistra Europea

Art. 6
Norma finanziaria

1. Al fine di garantire l'attivazione del Servizio di cui alla presente legge ed attrezzare ambulatori idonei alle prestazioni da effettuare, sono previste erogazioni alle Aziende ASL di contributi a carico del Bilancio regionale di € 300.000,00 per ciascuno degli anni 2007 e 2008, da imputare al Capitolo... di nuova istituzione..

Art. 7
Norma finale

1. Le Aziende ASL sono tenute ad attivare i Servizi di cui alla presente legge entro e non oltre tre mesi dall'emanazione della direttiva vincolante di cui al precedente art. 2.

Perugia, 8 maggio 2007

I consiglieri regionali

Stefano Vinti

Pavilio Lupini