



**AUDIZIONE DELLA**  
**COMPONENTE ODONTOIATRICA FEDERAZIONE**  
**NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E**  
**DEGLI ODONTOIATRI**  
**ALLA**  
**COMMISSIONE IGIENE E SANITA' DEL**  
**SENATO DELLA REPUBBLICA**

**"Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"**

**Roma, 6 DICEMBRE 2016**

## **Illustre Presidente e Illustri Componenti della Commissione,**

grazie per questo invito in audizione su una questione che riveste una estrema rilevanza per la Professione Odontoiatrica.

### **VALUTAZIONI GENERALI**

La definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) costituisce un elemento centrale per garantire una assistenza sanitaria efficace e rappresenta uno degli aspetti fondamentali di un sistema di welfare.

Per quanto concerne, in particolare, la professione odontoiatrica è utile ricordare che la perdurante crisi economica ha provocato una consistente, pericolosa rinuncia all'accesso alle cure da parte di quelle fasce della popolazione che si trovano in una situazione di disagio economico e sociale.

Inoltre, in considerazione a quanto previsto nel Decreto, appare concreta la possibilità che le prestazioni previste nei LEA possano essere erogate nei diversi Sistemi Sanitari Regionali con differenti modalità e costi per la popolazione in rapporto alle differenze economiche esistenti tra Regioni, preconstituendo una sperequazione all'accesso alle cure dei cittadini e ledendo così il diritto alla salute costituzionalmente riconosciuto a tutta la collettività.

Un Paese moderno non può dimenticarsi dei più deboli e deve, nell'ambito di una corretta programmazione, saper dimostrare capacità di intervento risolutive.

Le cure odontoiatriche sono considerate onerose, tuttavia, il loro valore deriva tra l'altro dai costi incompressibili dei materiali, delle attrezzature e dei vari ausili protesici necessari e non certamente per la cattiva volontà dei professionisti interessati, secondo alcune letture interessate e denigratorie, soprattutto al guadagno.

L'assenza nei LEA delle cure odontoiatriche o la loro sottovalutazione trova spiegazione in queste considerazioni e nella difficoltà che l'Amministrazione statale trova nel sostenere gli oneri economici relativi.

Siamo convinti che questa situazione possa avviarsi a soluzione attraverso due diversi indirizzi. La prima, più complessa, è quella di reperire risorse aggiuntive considerando che la salute del cavo orale non è un elemento secondario nella salute di una persona e che trascurare le cure e la prevenzione è particolarmente pericoloso per il ritardo che si determina nell'intercettare gravissime patologie quali i tumori del cavo orale che nell'ultimo periodo hanno mostrato un trend in aumento.

La via maestra però è quella dell'incentivazione della cultura della prevenzione che, anche in campo odontoiatrico, si rivela fondamentale per migliorare la salute orale della popolazione e consente di evitare interventi complessi in patologie ormai conclamate, con ovvi benefici anche di natura economica.

Riteniamo quindi, da un lato, e lo spiegheremo nella parte tecnica di questa relazione, che sia ormai necessario una revisione profonda delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie odontoiatriche previste nei LEA e dall'altro rivendichiamo la capacità della nostra professione di promuovere in modo concreto e sul campo la cultura della prevenzione.

In questo ambito, infatti, gli Odontoiatri italiani con il coordinamento della Commissione Albo Odontoiatri della FNOMCeO si sono già concretamente impegnati, come dimostrano i risultati di

cui siamo orgogliosi, in due progetti di prevenzione autofinanziati e condotti a livello nazionale su base volontaria che hanno visto l'organizzazione di una rete assistenziale e di un programma nazionale di prevenzione dei tumori del cavo orale e delle osteonecrosi delle ossa mascellari associate a farmaci.

## RELAZIONE TECNICA

I LEA, licenziati dalla Conferenza Stato-Regioni, definiscono i criteri di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche, utilizzando lo schema dell'appropriatezza prescrittiva inapplicato dopo un confronto con la controparte medica che ne ha a suo tempo evidenziato l'inadeguatezza.

Non si può disconoscere che le terapie comprese nel nomenclatore del SSN rappresentano tutte prestazioni atte a tutelare la salute orale e generale e si pongono l'obiettivo fondamentale della riabilitazione orale della popolazione.

Tuttavia, considerando la necessità di una razionalizzazione della spesa, essenziale anche per fornire la continuità del servizio, il legislatore ha inteso di limitare fortemente la platea di soggetti tutelati dal SSN e la tipologia di prestazioni erogate.

Si interviene quindi nell'offerta di assistenza demandando al privato buona parte delle prestazioni effettuabili. In un modello ideale questo passaggio non dovrebbe comportare alcuna variazione nella spesa e nella qualità dell'assistenza complessiva.

Nella realtà, l'ovvio incremento dei costi sostenuti dai pazienti, legati alla limitazione delle prestazioni per le fasce protette e all'eliminazione di prestazioni erogate dal SSN per le fasce non protette, non può consentire di mantenere un elevato standard di salute della popolazione. L'incremento del numero e della gravità delle complicanze delle patologie non trattate, determinerà un aggravio delle spese del SSN, che dovrà gestire queste situazioni cliniche in regime di ricovero.

Seppure la salute dei cittadini e una corretta razionalizzazione della spesa vadano di pari passo, un depotenziamento della prevenzione secondaria (terapie tempestive prima dell'insorgenza di complicazioni) nel lungo periodo non permette di ridurre in maniera incisiva la spesa e al contempo causa una drastica, quasi assoluta, riduzione del servizio al cittadino.

Entrando nel merito, si individuano, nell'ambito dei soggetti con vulnerabilità sanitaria (che sono un'esigua minoranza rispetto all'attuale platea che beneficia di assistenza), solo alcune patologie mentre non sono inclusi pazienti affetti da patologie inserite nello stesso schema di Decreto (Allegato 8) come malattie croniche e invalidanti

A titolo esplicativo indichiamo il diabete mellito, la patologia cardiovascolare, la patologia cerebrovascolare, le patologie infiammatorie croniche, le immunodeficienze. Resta inoltre esclusa l'assistenza odontoiatrica durante la gravidanza. Problematiche peraltro evidenziate anche nel parere del CSS.

In letteratura scientifica è ampiamente dimostrato come la presenza di patologie odontoiatriche peggiori l'outcome e la prognosi quo ad vitam di questi tipi di pazienti. È poi facile ipotizzare che l'assistenza di questi pazienti, laddove necessitino di terapie in ambiente protetto, si sposterà necessariamente nell'ambito dei DH e DS con ovvi aggravii economici per il sistema.

Inoltre la discrezionalità introdotta nella definizione di vulnerabilità sociale e sanitaria, potrà determinare notevoli differenze nelle varie articolazioni regionali del SSN.

Tutelare la salute odontoiatrica nei bambini è un obiettivo serio e le premesse in decreto individuano l'obiettivo, per la classe di età 0-14, di trattare la patologia cariosa.

Appare quindi singolare che, dall'analisi dell'All. 4 che individua prestazioni e modalità di erogazione, venga prevista la cura della carie solo in caso di evento traumatico. Inoltre per i bambini non sono previste le terapie dei denti definitivi come il primo molare (presente in arcata dai sei anni) e, se non parzialmente, le terapie della polpa (endodontiche) complicanza della carie.

L'utilizzo dell'indice IOTN, (individuato in maniera differente nello stesso decreto) consente infine, per le prestazioni di tipo ortodontico probabilmente una discrezionalità notevole, considerando anche che la terapia finale di contenzione di ogni trattamento ortodontico non è compresa nelle prestazioni offerte dal SSN ai bambini. Inoltre non si comprende perché per le prestazioni ortodontiche le premesse (erogabilità per i gradi 4, 5) vengano poi nello stesso paragrafo ristrette alla sola classe 5.

Singolare infine distinguere, per lo stesso tipo di trattamento (cure endodontica), differenti note in rapporto al numero delle radici, all'età e alla causa. Un paziente in disagio sociale non può eseguire gratuitamente la terapia endodontica dei molari o del primo premolare superiore ma può eseguire quella del secondo premolare superiore o dei premolari inferiori.

Di fatto si esclude la popolazione generale dall'assistenza odontoiatrica. Ad oggi la popolazione generale, che non rientra in alcuna categoria di protezione, gode di un'assistenza odontoiatrica in compartecipazione con il SSN, tramite il pagamento di un ticket e di un contributo sulla ricetta. Questa fascia di popolazione perderebbe tale assistenza e si vedrebbe riconosciuta solo la visita odontoiatrica e il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche. Resta comunque, laddove fosse accettata l'idea di escludere la popolazione definita "generica" dall'assistenza odontoiatrica, il fatto che queste terapie non possono essere parziali o semplificazioni, non essendo certamente etico e deontologico intraprendere e non completare una terapia.

Infine non è stato previsto in quale regime o modalità le prestazioni non più prescrivibili possano essere erogate dal SSN e come il personale in carico al SSN, che può effettuare solo prestazioni odontoiatriche per il tipo di laurea, e le strutture esistenti debbano essere utilizzati alla contrazione dell'offerta conseguente all'introduzione dei LEA.

Qualora si volesse mantenere elevata la qualità di salute e di servizi del paziente, riducendo la spesa attuale e la spesa futura, appare opportuna la costituzione di un gruppo che rivaluti il numero delle prestazioni presenti nel nomenclatore conservando quelle essenziali e includendo solo le riabilitazioni protesiche di base. La riconsiderazione degli aspetti economici poi potrebbe rendere infine l'erogazione di queste prestazioni effettivamente sostenibile da parte delle strutture del sistema SSN, con un rilancio della missione del SSN di tutela della salute dei cittadini.