



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI UDINE**

Ente di diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13/9/1946, n. 233)



Udine, 27 gennaio 2009

Prot. 206

Titolo 25 Fasc. 41

Spett.le Redazione della trasmissione

“Cominciamo bene”,

Quali rappresentanti istituzionali degli odontoiatri delle province di Udine Gorizia Pordenone e Trieste, zone confinanti con le mete del cosiddetto turismo odontoiatrico, desideriamo puntualizzare alcune affermazioni ascoltate durante la trasmissione del 14 gennaio dal titolo “Assistenza odontoiatrica”.

In merito alle affermazioni del sig. Giovanni Speranza, è apparsa evidente l'approssimazione concettuale sui temi economici e medici.

Un incremento dell'offerta (numero dei dentisti) non comporta aumenti di prezzo, ma riduzioni pressoché automatiche. Negli ultimi anni in Italia, infatti, gli onorari non sono aumentati in proporzione all'aumento del costo della vita. Se un fruttivendolo apre un negozio di fronte ad un suo collega per vincere la concorrenza, sicuramente non alzerà i prezzi ma li abbasserà, a meno che non fornisca un prodotto e/o un servizio migliori.

Abbassare l'onorario oltre certi livelli determina un calo della qualità, come testimoniato dallo stesso sig. Giovanni Speranza quando riferisce delle prestazioni odontoiatriche dell'Est. Per non ridurre gli onorari ad un livello che pregiudichi la dignità ed il decoro di un medico, occorre agire sui costi. Per ridurre i costi, dal momento che i concetti dell'economia di scala non si possono applicare, se non limitatamente, alle terapie odontoiatriche, i dentisti vengono di fatto obbligati non solo a disinvestire in tecnologia, materiali, gestione, personale, aggiornamento culturale e professionale ma, soprattutto, a velocizzare le prestazioni diagnostico/terapeutiche. Velocizzare le prestazioni diagnostico/terapeutiche significa ridurre la qualità ed aumentare il rischio di errore.

Il risultato è un aumento dei contenziosi medico-legali così come è stato recentemente descritto in Spagna¹ ed in Lombardia² per i centri odontoiatrici “low cost”. Volendo fare un'analogia, è quanto accade nell'avvocatura dove, in presenza della pleora degli avvocati, è stato denunciato un calo dell'etica che si manifesta con l'istigazione al contenzioso.³ Per quanto riguarda la scarsa preparazione del sig. Giovanni Speranza sui temi medici, a parte la definizione curiosa di “radiografia indurale”, con quale criterio egli definisce la qualità di una prestazione odontoiatrica? Invitiamo coloro che sono interessati a leggere quanto elaborato dall'Università di Berna in merito alle prestazioni odontoiatriche dell'Est⁴.

A prescindere dalla qualità prestazionale che può anche mostrare delle lodevoli eccezioni, non sarebbe più corretto comprendere nel termine **qualità odontoiatrica** l'insieme delle componenti che caratterizzano il ruolo del medico?

¹ Bárcena Rojí Leopoldo, Dentistas, Revista de opinión de la Organización Colegial •marzo 2008, p.40.

² Scarpelli Marco, Giornale dell'odontoiatra GdO n°13 del 30 settembre 2007

³ Ascoltare quanto dichiarato al XIX Congresso Nazionale Forense (Bologna dal 13 al 16 novembre 2008) su:

<http://www.radioradicale.it/scheda/266733/giustizia-tutela-effettiva-o-utopia-xix-congresso-nazionale-forense-seconda-giornata>

⁴ A.Christnsen M M.Jakob S. OberholzeR G.Lang N P: Quality standards of oral prosthetic reconstructions. A comparison between Switzerland and foreign countries, especially Hungary-Acta Med Dent Helv 4:77D85 1999)



Compito prioritario del medico è la salvaguardia della salute delle persone che si attua con la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

- La **prevenzione primaria** prevede che la persona debba essere informata efficacemente sul fatto che le malattie della bocca sono malattie prevalentemente batteriche, che si combattono con stili di vita corretti ed igiene orale adeguata. Attualmente la prevenzione resta invece una mera formulazione di principio: in Italia per essa non si dedica più del 5% della spesa sanitaria.⁵ In campo odontoiatrico quasi unicamente la libera professione rispetta questo assunto. Per comprenderne la valenza può essere illuminante la metafora del piatto sporco. Solitamente un piatto dopo il suo utilizzo viene lavato nella sua interezza, nessuno si sognerebbe di inserirlo nella credenza lavato per metà. La maggior parte delle persone pratica un'igiene orale domiciliare inadeguata, sia dal punto di vista quantitativo – minimo 3 volte al giorno - che da quello qualitativo - vedi lo scarsamente diffuso uso del filo interdentale- e dunque è quasi inevitabile che, prima o poi, insorgano delle patologie come la carie, le gengiviti o le parodontiti (piorrea). A fronte di questa verità, cosa viene proposto durante la trasmissione? Cure a basso costo! E' come incentivare l'acquisto di piatti nuovi piuttosto che la loro pulizia. E' il trionfo del consumismo della salute, si compra la salute, che salute non è, piuttosto che tutelarla.

- La **prevenzione secondaria** prevede l'intercettazione delle malattie che presuppone un rapporto fiduciario medico paziente ed il giusto tempo dedicato alla visita: non certo dieci minuti ma almeno quaranta minuti-un'ora. La diagnosi ed il piano di trattamento sono momenti fondamentali dell'atto medico. Trenta/quarant'anni fa l'odontoiatria italiana era caratterizzata molto spesso da prestazioni terapeutiche aggressive: estrazioni, preparazione dei denti ed applicazione di manufatti protesici. Era lo stato dell'arte dell'epoca. L'attuale qualità dell'odontoiatria italiana, nota in tutto il mondo, è caratterizzata anche dalla salvaguardia degli elementi dentari e dunque estrazioni e protesi vengono solitamente attuate solo quando realmente necessarie. Si opera molto salvaguardando i denti (conservativa, endodonzia) ed il loro supporto (terapia parodontale chirurgica e non). Quali odontoiatri che operano in località di confine possiamo esprimere un parere sulle prestazioni odontoiatriche che vediamo eseguite su alcuni concittadini. Notiamo che spesso l'odontoiatria dell'Est è equiparabile a quella italiana di trenta/quarant'anni fa: non si fa prevenzione, si fa odontoiatria aggressiva e si eseguono terapie non necessarie perché la diagnosi non viene effettuata ed il piano terapeutico conseguente non è giustificato. Non definiremmo tutto questo odontoiatria di qualità.

In altri termini, estrarre un dente che potrebbe essere salvato avendone le capacità, rimpiazzandolo invece fin da subito con un ponte protesico o un impianto, significa aver causato non solo un danno ma anche aver operato secondo i canoni di una cattiva medicina: il paziente sarà obbligato a ricorrere periodicamente a nuove prestazioni odontoiatriche per la periodica ed inevitabile revisione dei manufatti protesici.

- La **prevenzione terziaria** richiede la verifica costante della qualità delle prestazioni che il paziente spesso non è in grado di valutare e che andrebbe resa nota al pubblico con campagne informative serie. Purtroppo, il fallimento di prestazioni odontoiatriche di basso livello si evidenzia solo dopo qualche anno: solo allora i cittadini si possono rendere conto dei problemi causati da un approccio diagnostico e terapeutico scellerato.

Il medico che rispetta quanto sopra descritto è il bravo medico, è colui che "si prende cura" del suo paziente e tutela la salute. Chi non rispetta quanto sopra descritto "vende" prestazioni e protesi, non sempre tutela la salute e, a volte, fa danni.

In merito a quanto affermato dalla conduttrice, da dove si evince che l'odontoiatria italiana è la più cara d'Europa? Forse da una notizia pubblicata dall'Independent e poi ripresa dal quotidiano "La Repubblica" di circa un anno fa? La conduttrice è al corrente del fatto che quell'articolo faceva riferimento ad una indagine che riguardava cinque studi dentistici italiani?⁶ E' una fonte attendibile una ricerca che si basa su tali numeri? In molti paesi il costo della prestazione odontoiatrica è sovvenzionata da assicurazioni, fondi sanitari e fondi statali. Questo significa che il costo vero è dato dalla somma di tutte queste componenti. E cosa dire del costo che una cattiva prestazione induce? Una cattiva cura richiede un rifacimento precoce e dunque rappresenta un costo economico, sociale e biologico aggiuntivo.

⁵ DoctorNews, Marino, Italia spende poco in prevenzione, 16 ottobre 2007

⁶ Siok Swan Tan, W. Ken Redekop and Frans F. H. Rutten, Health Economics, Costs and prices of single dental fillings in Europe: A Micro-costing study, Health Econ. 17: S83 – S93 (2008), Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/hec.1326



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI UDINE**

Ente di diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13/9/1946, n. 233)



In merito a quanto evidenziato dal dott. Roberto Santopadre, giustamente è stato sottolineato che il basso reddito è uno dei fattori che determinano la cattiva salute della bocca. Forse però è più corretto evidenziare che, fra i determinanti sociali⁷, non è decisivo tanto il puro reddito, ma lo status socio-economico più largamente inteso, laddove è noto che è il basso livello di scolarità l'elemento che più di ogni altro influisce sullo stato di salute.⁸ Appare intuitivo, quindi, che la soluzione per risolvere "il problema odontoiatrico" risiede, come sottolineato dal dott. Santopadre, soprattutto nella cultura, nella corretta informazione dei pazienti-utenti. Per riaffermare un concetto più sopra già espresso, come vi può essere una corretta ed esaustiva informazione da parte del medico con una visita la cui durata non supera i dieci-quindici minuti?

Per terminare, alcune considerazioni sull'assistenza pubblica. Come sottolineato dal sottosegretario al Welfare prof. Ferruccio Fazio, lo Stato deve prioritariamente garantire la tutela per altre patologie, mentre appare economicamente insostenibile fornire un'assistenza odontoiatrica pubblica. Ciò non toglie che, se lo Stato progettasse insieme ai dentisti una seria ed efficace campagna informativa che renda le persone consapevoli e corresponsabili, allora la riduzione delle patologie potrebbe consentire l'investimento in una odontoiatria pubblica e nell'attuazione di campagne di prevenzione davvero efficaci. Purtroppo assistiamo ad una politica sanitaria che, in nome dell'economicismo, tratta i cittadini come polli: si attua una politica di allevamento dei consumatori, inducendoli al consumo di prestazioni mediche a discapito della salute, quella vera.

Distinti saluti

Giovanni Braga	Presidente CAO Udine
Maria Gemma Grusovin	Presidente CAO Gorizia
Alfio Matarazzo	Presidente CAO Pordenone
Diego Paschina	Presidente CAO Trieste

⁷ Wilkinson Richard e Marmot Michael, I determinanti sociali della salute. I fatti concreti, Edizione Provincia Autonoma di Trento Assessorato alle Politiche alla Salute, Trento 2006

⁸ Odontoiatria e fondi sanitari, convegno organizzato da Regione Lombardia, pag.47. Visto il 31 ottobre 2008 su:
www.sanita.regione.lombardia.it/pubblicazioni/varie/odontoiatria_fondisanitari.pdf