

Buongiorno a tutti,

per comprendere appieno tutte le implicazioni del progetto ministeriale che vi illustrerò, le “RACCOMANDAZIONI CLINICHE IN ODONTOSTOMATOLOGIA”, è utile che vi parli brevemente di quale sia per noi il contesto all’interno del quale si inseriscono.

Attualmente il lavoro della CAO Nazionale si sta sviluppando lungo tre linee di azione che, schematicamente, possiamo sintetizzare in:

- 1) **PRESUPPOSTI DELLA PROFESSIONE**
- 2) **APPLICAZIONE DEI PRESUPPOSTI PROFESSIONALI**
- 3) **STRUMENTI DI SISTEMA CHE INCIDONO SULLA PROFESSIONE**

1) Del capitolo “PRESUPPOSTI DELLA PROFESSIONE” fanno parte progetti come quello della CARTA DEI DIRITTI E DOVERI DEL DENTISTA E DEL PAZIENTE, presentato a Milano nella conferenza stampa del 30 settembre. Al di là del valore in sé dell’iniziativa, è importante notare l’interesse che ha suscitato nei media, segno che ai cittadini interessa una odontoiatria di qualità che non si limiti a vendere prestazioni a prezzo più o meno alto: come potete vedere dalle diapositive hanno ripreso la notizia Italia Oggi, Libero, l’Ansa due volte, l’Unità, Adnkronos, Yahoo. Ed assicurare una cura di qualità è anche l’obiettivo del progetto ministeriale.

Non è la prima volta che sentiamo l’esigenza di aggiornare i principi generali espressi nel Codice Deontologico e da questo punto di vista vi ricordo la Carta presentata nel 2004 dalla CAO.

Questo per dire che il percorso più generale delineato dalla CAO (di cui in questi due giorni faremo il punto) è quello di condividere le nostre profonde convinzioni, che si traducono in una visione dell’odontoiatria che sempre più dobbiamo difendere da una prepotente deriva commerciale.

Innanzitutto con le varie componenti professionali: vi ricordo il PROTOCOLLO firmato lo scorso 24 aprile (2009) con il COLLEGIO DOCENTI in cui si parla “**di rivalutare l’atto terapeutico come momento centrale della professione. In particolare ci si è riferiti agli aspetti legati alla formazione, volti ad incrementare, attraverso un virtuoso processo di educazione all’etica e alla deontologia, la sicurezza e la qualità delle cure**” (*questo argomento avremo modo di approfondirlo domani con l’intervento di Marco Ferrari, neo Presidente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Odontoiatria*); il PROTOCOLLO firmato il 10 aprile 2008 con il C.I.C. in cui si sottolinea “**l’importanza di rifarsi, nell’esercizio della professione, allo strumento deontologico, importante quanto e più del resto dello strumentario tecnico**”; il PROTOCOLLO con le ASSOCIAZIONI di CATEGORIA del 7 febbraio 2008; l’accordo con gli AMICI di BRUGG del 14 luglio 2009.

Di questo capitolo fa parte l’impegno della CAO nei vari organismi europei, come per esempio nel CODE (presieduto dal nostro Massimo Ferrero) o nel GIPEF (il cui ultimo

incontro l'abbiamo avuto il 19 settembre a Bari). E' un impegno anche a supporto del Ministero (*in questa due giorni i rappresentanti del Ministero della Salute, il Direttore Giovanni Leonardi, la D.ssa Egle Parise, la D.ssa M.T. Camera tratteranno, tra le altre problematiche, il preoccupante tema delle lauree extra comunitarie*). Dal confronto con i colleghi degli altri paesi europei possiamo avere un quadro più chiaro di cosa ci aspetta nel momento in cui decidessimo di abbandonare un certo modo tradizionale di intendere la medicina (*anche questo sarà un aspetto che approfondiremo domani*).

Devo poi ricordare la collaborazione che abbiamo avviato con il Ministero dell'Istruzione (MIUR) e come quella con il Ministero della Salute sia diventata a 360°. **Nell'ambito di quest'ultima collaborazione, a pieno titolo, si inserisce la nostra adesione al progetto ministeriale sulle Raccomandazioni Cliniche** (*a questo proposito abbiamo chiesto al Dott. Michele Nardone, nella giornata di domani, di approfondire l'aspetto cruciale della qualità*).

2) Per completezza di discorso (e prima di entrare nello specifico del tema) vi accenno alla seconda e terza linea d'azione seguita dalla CAO, cominciando da cosa intendiamo praticamente per "APPLICAZIONE DEI PRESUPPOSTI PROFESSIONALI".

Oggi vi saranno esposti due esempi: uno, che sarà illustrato da Claudio Cortesini, riguarda il progetto di prevenzione del carcinoma del cancro orale presentato ufficialmente al Ministero il 18 settembre; l'altro riguarda il progetto della SIdP sugli STILI di VITA, promosso dalla CAO, che sarà illustrato direttamente dal Presidente Eletto SIdP Luca Francetti.

Entrambi sottolineano l'importanza dell'aggiornamento che, insieme al coinvolgimento del paziente, è l'elemento fondante per avere una reale tutela della salute.

Di questo capitolo fanno parte anche altri progetti come quello del Redaelli a Milano - *si parla di odontoiatria sociale* - presentato in occasione dell'Assemblea dei Presidenti CAO tenuta a Milano il 15 e 16 febbraio dello scorso anno, e che sarà presto preso ad esempio per sviluppare analoghe iniziative.

3) Nel capitolo "STRUMENTI DI SISTEMA CHE INCIDONO SULLA PROFESSIONE" è inserito il nostro impegno per impedire che alcune situazioni trasformino definitivamente la nostra professione in una professione commerciale. Mi riferisco ai Fondi integrativi di cui parlerà Alessandro Zovi; alla supposta necessità di avere una specialità per accedere al secondo livello di dirigenza di cui parlerà Raffaele Iandolo; all'E.C.M. per i liberi professionisti ai nuovi profili in sanità di cui parlerà Giuseppe Renzo; all'informazione sanitaria (che sempre più la si vuol trasformare in pubblicità conclamata) di cui parlerà l'Avv. Marco Poladas.

Come avrete capito queste tre linee d'azione non sono da intendersi come rigidi compartimenti stagni, ma come riferimenti per orientarsi nell'ambito di una realtà che è molto complessa, in qualche caso al limite del caotico.

Veniamo allora al **PROGETTO RACCOMANDAZIONI CLINICHE IN ODONTOSTOMATOLOGIA**. Vorrei partire dicendovi cosa ha spinto il Ministero a promuoverlo e perché la CAO vi ha aderito con convinzione.

**Questo progetto** (che è inserito a pieno titolo nell'ambito del capitolo "presupposti della professione") **ha come obiettivo quello di rimettere al centro dell'esercizio dell'odontoiatria il concetto di qualità, base fondante della professione insieme al concetto di umanità**. La validità di questo principio è stata ultimamente messa a dura prova da diversi provvedimenti legislativi, primo fra tutti la famosa legge Bersani che ha abolito il minimo tariffario.

E' stato un passaggio grave per noi perché, insieme al minimo tariffario, è stato anche eliminato il concetto di minimo qualitativo, in nome di una concorrenza senza regole, se non una futuribile e formale trasparenza sui prezzi (sto parlando della ventilata ipotesi di emissione da parte dell'odontoiatra di parcelle scorporate, come è successo il 22 luglio scorso in Francia, anticamera dell'apertura del dibattito sulla remunerazione del dentista. Avremo modo di discutere anche di questo domani). Come dire che l'unico aspetto delle cure odontoiatriche meritevole di discussione sia il costo: allora sospetta bene chi pensa che, con l'introduzione delle regole del libero mercato, la concorrenza non è più tra i professionisti qualitativamente più capaci, ma tra i più bravi a fare business.

Evidentemente chi ragiona così lo fa da speculatore e non certo come paziente: ma a noi sono questi che continuano ad interessare. E questo progetto del Ministero va in questa direzione.

Dal verbale dello scorso 23 luglio, prima riunione del gruppo di lavoro che si occupa di questo progetto, tra l'altro leggiamo: **“Obiettivo precipuo è quello di formulare atti di indirizzo non solo di natura clinica, ma anche relativi all'appropriato utilizzo di attrezzature e materiali di comune impiego in ambito odontoiatrico, stante la necessità di provvedere a garantire una sempre maggiore tutela per la salute orale del cittadino/paziente”**.

La parola chiave è "tutela della salute".

Dal punto di vista operativo, sempre dallo stesso verbale, leggiamo che la stesura del lavoro è affidata alle società scientifiche, coordinate dal C.I.C., unitamente al Collegio Docenti.

Per quanto ci riguarda, ci è stata affidata la supervisione deontologica.

Alle Associazioni di Categoria la verifica sulla applicabilità pratica.

Vedete ... è rappresentata tutta la categoria. E' uno dei motivi per cui la CAO ha aderito **con convinzione** a questo progetto, l'incontro tra tutte le varie componenti odontoiatriche (seppur con tutte le difficoltà connesse) che condividono gli stessi

principi. Per altro lo ha voluto fortemente, chiamando le istituzioni alla firma di un protocollo, lo scorso 24 aprile, in occasione di un incontro tenutosi presso l'Ufficio Odontoiatri della FNOMCeO.

Ma c'è anche un altro motivo per cui abbiamo aderito con convinzione a questo progetto ed legato alla "condivisione degli stessi principi". Come ho già accennato, per noi questo progetto si inserisce all'interno di un percorso più ampio partito con gli incontri con CIC/ Collegio Docenti/ Associazioni di Categoria. Ciò che tra l'altro abbiamo condiviso è che:

- a) gli odontoiatri non siano venditori di prestazioni, ma medici che curano;
- b) che per creare una vera alleanza terapeutica il paziente debba essere libero di scegliere;
- c) che si debba puntare di più su una formazione integrale, **prima,** che non sui controlli ossessivi, **dopo.**

Lo scorso 25 settembre il CIC si è fatto carico, su indicazione ministeriale, di organizzare un incontro tra le società scientifiche per stabilire i criteri in base a cui redigere le raccomandazioni. A questa riunione sono stati invitati anche gli altri partecipanti al gruppo di lavoro ministeriale.

Nel mio intervento di saluto ho ricordato come, in uno step di quel percorso più ampio" a cui accennavo prima, la collaborazione tra CAO e CIC abbia portato all'elaborazione di un Nomenclatore che ha lo scopo di rendere più trasparente il dialogo tra odontoiatri e cittadini ed evitare tanti "giochini" a scopo commerciale. Nella premessa si delineava il suddetto percorso di cui le raccomandazioni cliniche sono parte integrante. Vorrei leggervi due brevi passaggi che secondo me possono essere utili. Il primo dice che:

*"Il concetto di Alleanza Terapeutica presuppone la creazione di un rapporto di fiducia basato sull'impegno dell'Odontoiatra ad utilizzare i migliori strumenti di cura e la massima trasparenza".*

Ecco allora che, se nel caso del Nomenclatore si cominciava ad affrontare il capitolo della trasparenza, nel caso delle raccomandazioni cliniche si comincia ad affrontare il capitolo dei migliori strumenti di cura. Sottolineo come i migliori strumenti siano quelli che permettono di esercitare al meglio il nostro lavoro facendo attenzione che non si trasformino in un impedimento. Mi viene in mente il consenso informato che da strumento, in molti casi, è diventato un fine. Ma posso citare anche un altro esempio, recentissimo, che ci riguarda ancora più direttamente, anche se per ora limitatamente ai colleghi della Lombardia. Il 29 settembre è stata promulgata una circolare che aggiorna le linee guida per il controllo delle malattie trasmissibili negli ambulatori e studi odontoiatrici. Sono linee guida estremamente garantiste, così

garantiste che mi chiedo se siano veramente equilibrate. Nelle diapositive è stato inserito il testo: mi rendo conto che adesso non c'è il tempo di leggerlo, ma potete farvene dare una copia.

Attenzione, non le contesto, come è incontestabile l'eccellenza.

Parlo di equilibrio, di conoscenza di un Paese dove si chiede la perfezione sulla carta per poi avere la scusa per non far niente, parlo di discorsi abusati tipo "costi / benefici" che nella pratica non si riescono mai ad applicare perché prevalgono altre logiche. Ottima scelta quella dell'eccellenza, ma dov'è il limite? Per esempio perché, per ulteriore sicurezza, non imponiamo analisi a tappeto a tutti, possibilmente un'ora prima dell'intervento?

Al di là di questo, prima abbiamo parlato di una CAO che ha aderito **con convinzione** al progetto ministeriale perché si sta realizzando l'unione della categoria: è possibile che **(e qui mi riferisco ai colleghi che ci hanno lavorato, che non sono degli sconosciuti)** la mano destra non possa mai sapere cosa faccia la sinistra? Perché non informare di queste iniziative? Mettere insieme i diversi punti di vista produce sempre i migliori risultati: in questo caso l'unico risultato è un rialzo enorme dell'asticella fino a farla diventare insormontabile. Mi chiedo se così si tutela veramente la salute delle persone, parlo di quella di persone in carne e ossa e non della salute di persone teoriche. **Io non lo so, ci sarebbe da rifletterci bene, ed anzi invito tutte le componenti del tavolo a farlo.**

Uno spunto lo cominciamo a dare noi della CAO leggendo il secondo passaggio dalla premessa del Nomenclatore:

*Quella del Nomenclatore è una stesura che è in divenire, in un continuo aggiornamento anche nozionistico, volto a certificare i profondi cambiamenti che percorrono la nostra professione. E' questo un principio fondamentale, che chiude virtualmente il cerchio di un percorso che, partendo dalla formazione pre laurea e proseguendo con l'aggiornamento, ha come obiettivo finale un professionista con una solida preparazione etica e deontologia, un adeguato approccio empatico, una eccellenza clinica anche in campi come la prevenzione delle patologie del cavo orale, oltre ad una capacità di gestione ed organizzazione della propria "impresa" .*

In questo passaggio si parla di una preparazione che rimanda a quella che deve essere **la garanzia di tutto il sistema** (secondo noi l'unica possibile), una garanzia che non può essere certo demandata (come si vuol far credere) ai cosiddetti terzi, garanti o paganti che siano, per quanto supportati da ottimi tecnici.

Sto parlando della **nostra coscienza di medici** (anche della sua crescita se vogliamo, perché c'è anche quello) per tutelare un bene prezioso quale è quello della salute. Una coscienza da cui non si può prescindere per muoversi nella vita reale, che deve essere il punto di riferimento per ricercare insieme al nostro paziente la miglior

soluzione possibile, che assolutamente non deve coincidere per forza con l'ottimo, con l'eccellenza.

L'altra faccia di questo discorso è quella delle mistificazioni, che purtroppo abbiamo quando a tutto ciò si associa una bella dose di mancanza di scrupoli.

Noi pensiamo che sia lì che noi dobbiamo lavorare, **sulla mancanza di scrupoli**, e non sul rendere sempre più **"normativamente pesante"** il nostro lavoro. E direi che, in un certo senso, è stata questa la parte premiante del discorso sviluppato nel secondo incontro dello scorso 1 ottobre al Ministero.

Sulla scorta del documento elaborato durante l'incontro del 25 settembre è stato aggiunto un secondo punto tra gli obiettivi. **"Fornire indicazioni per la gestione del rischio clinico relativo alle differenti procedure"**.

Il resto riguarda la procedura (sempre seguendo le indicazioni riportate sul documento prodotto da CIC a cui durante la riunione sono state apportate piccole modifiche). Nel verbale è poi precisata logistica (gli incontri preparatori al prossimo incontro ministeriale avverranno in Federazione) e tempistica (è stato deciso che la bozza finale debba essere pronta per il febbraio 2010).

Questa mia relazione finisce così, con dei puntini di sospensione, come è giusto che sia per una storia che non si è ancora conclusa, ma che tutti speriamo possa illuminare un panorama fatto di tanti chiari scuri.

Vi ringrazio per l'attenzione.