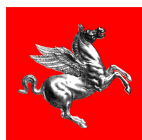


MODELLI DI INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO DELL'ODONTOIATRIA IN REGIONE TOSCANA

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 25 del 10/10/2024



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

Organismo Toscano Governo Clinico

Presidente Dott. Stefano Grifoni

Commissione Odontoiatria

Presidente Dott. Stefano Briganti

Sottocommissione “Modelli di integrazione pubblico-privato dell’odontoiatria in Regione Toscana”

Coordinatore: Dott. Luca Lillo

Membri: Dott. Antonio Natale, Dott. Stefano Mirengi, Dott. Tommaso Bellandi, Dott. Paolo Rolla, Dott. Filippo Masini

Analisi del contesto

Il sistema odontoiatrico regionale toscano pubblico è regolato dal DGRT 426/2014 che definisce, in deroga ai LEA nazionale, l’omogenea e completa offerta odontoiatrica pubblica, la definizione dei criteri delle vulnerabilità sociali e sanitarie per l’individuazione delle gratuità/quote di compartecipazione alla spesa.

Allo stato attuale i nuovi LEA nazionali non sono stati applicati per proroghe stabilite dal governo nazionale pertanto risultano vigenti i precedenti LEA e LEAR anche in ordine alle tariffe.

Sul piano nazionale l’odontoiatria pubblica eroga circa 5-6% delle prestazioni, la restante parte a carico del mondo privato.

Dalle analisi svolte dagli osservatori professionali e sindacali di categoria emerge un progressivo abbandono (fino al 50%) dei percorsi terapeutici e di prevenzione da parte dei Pazienti venendosi a creare un problema sinergico di tipo sanitario da un lato e di indotto, pubblico e privato. Se da un lato calano gli accessi alle prestazioni tipicamente out of pocket dall’altro aumentano esponenzialmente le richieste di accesso alle cure presso strutture pubbliche con realtà consolidate di overcrowding.

Regione Toscana sostiene l’impegno dell’odontoiatria pubblica con risorse da bilancio pari a 200.000 ore-lavoro/anno; i margini di incremento dell’investimento attuale e l’ipotesi di allocare risorse aggiuntive (in qualunque forma) è funzione delle scelte della politica in ordine a necessità prioritarie. Pertanto si è ritenuto di mantenere stabile il dato acquisito e verificare ipotesi di integrazione senza aggravii per il bilancio regionale.

Analisi delle esperienze precedenti

In passato sono state gestite forme di integrazione pubblico/privato per l’erogazione di prestazioni sanitarie in odontoiatria.

In una fase precedente alle fusioni aziendali che hanno dato luogo all’attuale assetto organizzativo, in area fiorentina (ex ASF 10) si attivarono alcune convenzioni (c.d. 861) con studi privati (non accreditati) per l’erogazione delle prestazioni previste al momento della prima visita effettuata presso le strutture aziendali. In quella forma di convenzione l’Utente sceglieva se essere messo in lista d’attesa aziendale oppure se rivolgersi agli studi convenzionati scegliendo liberamente nell’elenco che gli veniva

fornito unitamente al piano di cura con l'indicazione dei corrispettivi da versare direttamente agli studi al momento della erogazione. I corrispettivi erano rigorosamente quelli della tariffa nomenclata che sarebbero stati dovuti anche in caso di erogazione in azienda; la convenzione era pertanto a titolo non oneroso per il SSR. Nello stesso periodo altre esperienze convenzionali si svolgevano presso l'ex ASL di Empoli dove furono attivate convenzioni con strutture accreditate che acquisirono una quota significativa della richiesta di prestazioni odontoiatriche in area empolesse; in questo tipo di convenzione la prima visita era erogata direttamente dalle strutture (accreditate) che erogava anche le prestazioni rimesse a carico del bilancio della Azienda sanitaria; la convenzione era pertanto a titolo oneroso per il SSR

Entrambe le tipologie di convenzione sono state concluse in ordine a vari fattori fra i quali le variazioni del quadro normativo, all'opportunità/convenienza di acquistare prestazioni, al controllo di qualità.

Analisi delle opportunità

Alla luce dell'attuale quadro normativo nazionale e regionale le convenzioni possibili prevedono l'accreditamento delle strutture alla rete regionale; detta prescrizione non è alienabile.

I requisiti per l'accreditamento ed i processi per il suo ottenimento sono considerati complessi ed onerosi rendendo poco appetibile questa opportunità agli studi privati che, invece, sono tutti sottoposti a normative di autorizzazione meno impegnative dal punto di vista organizzativo. Conseguentemente il valore espresso dalla forte capillarizzazione dell'offerta privata si scontra con limiti oggettivi, vieppiù se ci si confronta con la bassa remuneratività rappresentata dall'applicazione delle tariffe nomenclate.

Tenuto conto di questo vincolo la sottocommissione chiamata a verificare possibili modelli di integrazione ha individuato le seguenti possibilità:

1. Risorsa “privato accreditato” già esistente in Regione Toscana, alla quale rivolgersi per l'acquisto di prestazioni secondo vari criteri, in analogia a quanto avviene per altre branche specialistiche (Modello Competitivo)
2. Ipotesi di Partenariato Pubblico-Privato (P.P.P.) prendendo ad esempio il modello di “Auxilium Vitae”, struttura nata nel 1998 come sperimentazione gestionale pubblico-privato sotto forma giuridica di SPA. Essa opera per il 99% con prestazioni erogate nel sistema pubblico come riabilitazione (neurologica, cardiologica, respiratoria) nell'ambito dell'Area Vasta della Nord Ovest. In sintesi la parte privata ha partecipato mediante conferimento di capitali in particolare sotto forma di attrezzature e macchinari specifici, mentre l'azienda territoriale Nord Ovest ha fornito gli spazi ed i costi per prestazioni LEA con struttura autorizzata ed accreditata. Relativamente al board gestionale: il Direttore Generale è nominato da un consiglio di amministrazione costituito dai soci della SPA e per prassi è esponente di un ente locale; il Direttore

Sanitario è della ASL Nord Ovest. Le strutture complesse hanno i Direttori nominati dal Direttore Generale a seguito di procedura ad evidenza pubblica; hanno il contratto della sanità privata. I dipendenti sono circa 150, di cui circa 100 sanitari.

Alla luce di alcuni anni di attività, fronte dei costi sostenuti, dell'outcome e delle articolazioni gestionali risulta che questa esperienza sia rimasta unica e non replicata in altri ambiti di offerta sanitaria.

Diversamente vengono riportate esperienze positive in progetti di partenariato privato (fondazioni) con soggetti pubblici (Università Sant'Anna-Pisa) per la strutturazione di laboratori ed aule di Università; la diversa mission e la particolarità del mondo odontoiatrico in ordine ad organizzazione e costi non fa intravedere margini operativi concreti all'ipotesi PPP.

3. Cliniche mobili/Shelter odontoiatriche accreditati, a gestione mista pubblico/privato per capillarizzare l'offerta in sedi lontane e disagiate, evitando utilizzo di risorse stabili a basso tasso di sfruttamento. Sulla base di esistenti esperienze CRI-ANDI nazionale tale ipotesi, pur risolvendo il problema della capillarizzazione dell'offerta, risulta onerosa e complessa la sua gestione pratica.
4. Modello di integrazione per le attività odontoiatriche con soggetti accreditati del III settore: sono stati invitati ed auditi i rappresentanti di C.R.I., Misericordie ed ANPAS che fra le varie ipotesi presentate si sono dichiarati interessati alla co-progettazione in sinergia fra di loro di ambulatori aziendali a sfruttamento misto pubblico-privato, sulla base di altre esperienze esistenti, della propria capillare presenza sul territorio, della propria rete professionale interna e di associati potenziali beneficiari di prestazioni aggiuntive. Il modello proposto prevederebbe la presa in carico gestionale di ambulatori aziendali a basso tasso di sfruttamento, l'offerta di acquisizione delle prestazioni odontoiatriche aziendali richieste a fronte della possibilità di sfruttamento dei tempi residuali per un proprio out of pocket "sociale" come già in altre realtà esistenti e/o l'inserimento di questa offerta nell'ambito di accordi convenzionali di più ampio respiro, in considerazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari già presenti ed importanti in particolare per le persone fragili.
Trattasi in definitiva di un lavoro di concertazione e coprogettazione ove tutti i soggetti coinvolti potranno portare un contributo positivo alla riduzione/smaltimento delle troppe e lunghe liste di attesa di richiesta di cure odontoiatriche.
5. Proposta di ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) regionale Toscana di un accordo su progetti di utilità sanitaria prioritaria, in deroga alle norme di accreditamento ed a tariffe calmierate, al fine di dare accesso alle cure a fasce di popolazione vulnerabili per specifiche patologie.

VALUTAZIONE PRELIMINARE

Quesito 1: L'intervento della Odontoiatria privata può incidere positivamente sulla salute globale della popolazione pediatrica e non?

SI: Come da premesse aumentare l'offerta odontoiatrica può significativamente contribuire a ridurre il gap negativo tra attuale offerta e richiesta di prestazioni con sequenziale abbattimento anche delle lunghe e insopportabili liste di attesa.

VALUTAZIONE DI IMPATTO CLINICO

Quesito 1: La popolazione è a conoscenza delle criticità attuali della offerta odontoiatrica?

SI: Circa il 40% della popolazione non si sottopone a cure odontoiatriche a seguito di difficoltà economico-sociali nel rivolgersi a studi privati.

Quesito 2: Aumentare l'offerta prestazionale con interventi odontoiatrici di Professionisti privati può contribuire a ridurre tale percentuale?

SI: La disponibilità di Odontoiatri privati che operano all'interno di strutture accreditate può rispondere alla mission.

VALUTAZIONE DI IMPATTO ORGANIZZATIVO

Quesito 1: Le procedure proposte sono costo-efficaci?

SI: La scelta di implementare le prestazioni odontoiatriche attraverso una adeguata, consapevole e congrua collaborazione pubblico-privato coprogettata con realtà del Terzo Settore accreditato (Misericordie, Pubbliche Assistenze, Croce Rossa) costituisce una concreta e sostenibile opportunità anche nel breve-medio termine. Questa Commissione ritiene che i punti di forza espressi, nel rispetto anche delle norme vigenti e della limitata incidenza sulle risorse

pubbliche, valorizzino all'interno dell'ambito sanitario
odontoiatrico quell'aspetto sociale che la politica non può più
sottacere.