

# S.B.V.

SINDACATO MEDICI SPECIALISTI CONVENZIONATI PER LE BRANCHE A VISITA  
**SEZIONE REGIONALE TRENINO – ALTO ADIGE**  
**P.le Europa 19 – 38123 TRENTO**

Gent.mo Sig. dr **Ugo ROSSI**

Assessore alla Salute e Politiche Sociali della P.A.T.

[ass.salute@provincia.tn.it](mailto:ass.salute@provincia.tn.it) - [ugo.rossi@provincia.tn.it](mailto:ugo.rossi@provincia.tn.it)

Via Gilli 4 38100 TRENTO

p.c.

Gent.ma dr.ssa **Livia FERRARIO**

Dipartimento Politiche Sanitarie della P.A.T. - Assessorato alla Salute e Politiche Sociali

[dip.politichesanitarie@pec.provincia.tn.it](mailto:dip.politichesanitarie@pec.provincia.tn.it) - [livia.ferrario@provincia.tn.it](mailto:livia.ferrario@provincia.tn.it)

**INVIO MAIL PEC**

**OGGETTO: Vs Prot. 369759 dd 23/11/2007. Proposte modifica/integrazione Direttive L.P. n. 22/2007 pro 2011.**

Preliminarmente Vi ringraziamo per l'invio del documento in oggetto e della richiesta di nostre osservazioni. Raccogliamo la Vs proposta di istituzionalizzare i Tavoli Tecnici pro 2011 e successivi, cominciando da subito, onde giungere a scelte operative sostenibili ed effettivamente condivise, permanendo molte altre criticità assolute.

SBV, si è riunita giovedì 25 novembre c.a. per l'analisi dei contenuti e ha trasmesso, entro i tempi proposti, le proprie osservazioni per modifiche/integrazioni.

Si espone per punti in parallelo alla Vs proposta.

1. Nulla da eccepire relativamente alla programmazione e finanziamenti, in quanto scelte squisitamente politiche. Come "operatori sul campo" percepiamo però una forte domanda da parte dell'Utenza che è soddisfatta del progetto LP22 e lo interpreta, come pure la parte sindacale, come valido ammortizzatore sociale. Sugeriamo pertanto alla Politica intera di ripensare ad ulteriori finanziamenti. Alla luce di limitazioni finanziarie riteniamo che il contingentamento degli accreditamenti sia assolutamente percorribile.
2. Circa la trimestralizzazione del bdg ammettiamo qualche dubbio interpretativo, che richiederebbe chiarimenti, laddove alcune erogazioni di progetti protesici ad elevato impatto economico, potrebbero concludersi contemporaneamente, visti anche i limiti temporali imposti dall'ICEF. Per un effettivo monitoraggio delle attività erogate si propone una RIUNIONE TRIMESTRALE CON IL DISTRETTO così da creare un'effettiva sinergia e contestualmente regolare i flussi di Utenza via CUP.
3. Circa gli interventi sul Nomenclatore Tariffario (N.T.) osserviamo che la Visita di Controllo 89.01.1 (non ripetibile nei 6 mesi) è funzionale anche ai controlli post-protetici mobili, spesso frequentissimi. Tant'è che venne progettato proprio come compenso *forfettario*. Vero che nella pratica libero – professionale la tariffa protesica (di ben altra entità) congloba i controlli. Quindi due soluzioni: o si aumenta la tariffa della protesi avvicinandola all'effettivo prezzo di mercato o si prevede il "controllo protesico".

Le prestazioni di implantologia prevedono diagnosi preventive di vaga interpretazione: chiediamo chiarimenti e comunque la rimozione del blocco ad un unico impianto. L'eliminazione di Rx panoramica e teleRX, servizio funzionale ad una rapida diagnosi e presa in cura (il Pz che non esegue l'OPT in libera-professione va comunque inviato all'APSS previo impegnativa del medico di base ed appuntamento tramite CUP), risulta di ostica interpretazione alla luce della proposta di introduzione di Tempistiche Massime Esecutive (vedi successivo punto 4) ed anche alla luce dell'esiguità dell'importo impegnato nel 2010 per tale voce.

Molti altri, a nostro avviso, sarebbero gli interventi sul N.T., ma in particolare richiediamo: alla prestazione cod. 23.41.1. *Corona fusa o elemento di protesi fissa in lega preziosa e resina/ceramica* togliere la dizione **CERAMICA**, aggiunta nel 2010 forse a fronte di ns. dubbi interpretativi, ma senza il

necessario approfondimento richiesto. analogamente va eliminata la prestazione 23.7.2 *Corona in lega preziosa e resina/ceramica su impianto*, che prevede un incomprensibile riduzione tariffaria. Altre modifiche necessarie ad agevolare il piano di cura del paziente riguardano la rimozione dei blocchi attivi nel sistema Ippocrate e relativi al 4° canale endodontico, ad otturazioni aventi codice identico ma insistenti su superfici diverse ecc.

4. **L'introduzione dei Tempi massimi chiusura-cure rappresenta un ostacolo inconciliabile con una normale pratica clinica, e pertanto va eliminata.** La chiusura di un ciclo di cura, oggi di fatto non monitorabile, andrebbe invece prevista con specifica modifica del gestionale IE-Odontoiatria, ed attuata direttamente dal Professionista erogatore, come già segnalatoVi ("storico" nel gestionale).
5. Circa la *commissione mista di controllo*, preme ricordare che il progetto in tal senso esposto ai Tavoli Tecnici, consisteva nel PRELIMINARE STUDIO DELLE FINALITA' E METODI, cui questo Sindacato SBV tiene particolarmente per le ovvie ricadute professionali e deontologiche. Circa la previsione di delega del responsabile del dipartimento **si richiede che tale delegato faccia comunque parte del dipartimento stesso.**

Quanto finora esposto esprime la volontà di una sempre maggiore collaborazione con gli organi istituzionali nell'interesse del paziente. Cordiali saluti

S.B.V. - Sezione Regionale T/AA

Trento, 25 settembre 2010