

L'Odontotecnica, per lo sviluppo tecnologico, per le numerose e sempre nuove metodiche, per l'accumularsi delle varie teorie, si è negli anni, distaccata completamente dall'odontoiatria generale per diventare "Scienza" a se stante, completa ed altamente qualitativa ed impegnativa. Una volta l'Odontotecnica aveva il compito di preparare l'elemento dentario, destinato a sostituire comunque l'elemento naturale mancante anche se risultava, all'atto pratico, essere poco idoneo alle esigenze richieste.

Da tempo, ormai, i compiti dell'Odontotecnica sono ben diversi, la sostituzione dell'elemento mancante diventa un problema sanitario; la Terapia di sostituzione si tramuta in terapia di riabilitazione che è destinata a fare dei dispositivi medici individuali organi dotati di intelligenza che si integrano perfettamente con l'organismo che li ospita ed essere idonei a ripristinare la funzione masticatoria e di sorriso; agevolare la formazione della parola parlata restaurando la funzione fonetica; conservare i tratti fisiosomatici dell'individuo appagando le esigenze dell'estetica; il tutto nel pieno rispetto dell'equilibrio dinamico e posturale dell'individuo.

L'Odontotecnica, in definitiva da empirismo fantasioso è diventato un sistema Tecnico-Scientifico altamente qualificato e il dispositivo medico individuale assolve il compito di ristabilire l'equilibrio Biostatico della cavità orale per dare all'individuo quel benessere e quella serenità psicologica, che aveva perduto.

Questo sottintende che l'Odontotecnico deve interagire con il paziente, diversamente si vuole bloccare il progresso verso l'eccellenza cambiando i connotati di una scienza e destinarla ad un inevitabile depauperamento e quindi danneggiando il paziente.

Si ricorda, che già nel 1928 il Consiglio Superiore di Sanità aveva manifestato la propria perplessità sul Regio decreto suddetto asserendo che « *o si sopprime la figura dell'odontotecnico affidando al sanitario la costruzione dell'apparecchio in modo che egli sia artefice e medico al tempo stesso o, se si mantiene in vita, attraverso il riconoscimento giuridico, l'arte dell'odontotecnico così come la legge dispone, **bisogna***

facoltizzarlo a compiere tutti gli atti preliminari ed accessori rispetto a quelli principali»

ESSERE ODONTOTECNICO significa poter essere messo nelle condizioni di conoscere lo scibile dell'intera materia. Questo immenso patrimonio si può solo acquisire con moltissimi anni di esperienza.

L'esperienza diventa scuola" magistra" quando è vissuta a stretto contatto con il paziente che ne determina il raggiungimento dell'eccellenza , ma soprattutto dell'umanità.

Essere odontotecnico ha significato sino ad oggi essere condannato a vivere da frustrati diventando gli schiavi sia di coloro che godono di privilegi che per logica ci appartengono, sia di un'intera opinione pubblica che manipolata da chi arrogantemente si mette in cattedra perde la lucidità e il discernimento..

Hanno scritto di noi:

“

FACOLTA' DI ODONTOIATRIA E ODONTOTECNICI:
un'occasione perduta, ma da dover recuperare.

L'istituzione della facoltà di odontoiatria e la creazione della nuova figura dell'odontoiatra, ha presentato l'occasione buona per eliminare decenni di abusivismo e per sanare nel contempo tante situazioni di Odontotecnici operanti fuori dalla legalità; purtroppo così non è stato, soprattutto per colpa degli odontotecnici stessi che, essendo divisi da sempre, non hanno saputo approfittare dell'ottima occasione che si è presentata loro.

Per cui i mali della categoria si possono così riassumere:

1 – Mentalità individualista, tipica dell'odontotecnico e dell'artigiano

2 – Unità della categoria soprattutto a sostegno delle varie iniziative che portano vantaggi poi a tutta la categoria

3 – Abitudini a notevoli vantaggi economici : è inutile cercare di negare i buoni guadagni di un laboratorio odontotecnico avviato, dove il notevole giro d'affari porta spesso a pensare troppo e solo al proprio lavoro-guadagno perdendo di vista l'appoggio ad iniziative che poi sono a vantaggio di tutta la categoria e a lungo andare anche del singolo laboratorio.

E' comodo fare un'analisi sulla " questione odontotecnica " indicandone la situazione negativa senza poi sforzarsi di proporre almeno delle " terapie " ; non è certo facile (mentre sarà facilissimo suscitare polemiche e critiche) proporre delle soluzioni, perché nessuno possiede la " bacchetta magica! ". Sarà comunque utile ricordare che i problemi sarebbero da tempo risolti se vi fosse stata più unità e incisività di proposte; per cui i modi attraverso i quali è possibile ottenere un certo miglioramento delle nostre condizioni di lavoro dell'odontotecnico possono essere così definite:

1- ***Unità della categoria degli Odontotecnici*** : superando tutte le barriere che dividono e mettono in risalto gli aspetti e le problematiche che uniscono. Nessun tipo di lotta può essere portata avanti se non si è uniti.

2- ***Facoltà di Odontoiatria*** : si doveva ottenere dall'istituzione di tale facoltà (ma forse non è ancora troppo tardi) una corsia " di preferenza " con un certo numero di posti, riservati agli odontotecnici che esercitano illegalmente .

3- ***Listino nazionale***

4- ***Fatturazione separata***

5- ***Corsi parauniversitari*** come del resto avviene già all'estero.

L'istituzione della facoltà di Odontoiatria e la creazione della figura dell'Odontoiatra ha presentato una buona occasione per sanare tante situazioni di odontotecnici operanti fuori dalla legalità; purtroppo così non è stato soprattutto a causa delle divisioni della categoria e dal fatto che si perdono di vista obiettivi prioritari di grande importanza per curare solo il proprio laboratorio artigianale.

Da molto tempo infatti esistono proposte di inquadrare l'odontotecnico e le altre arti ausiliarie in un ordine professionale, ma questa come altre proposte sono sempre rimaste lettera morta.

ODONTOTECNICO : LA SITUAZIONE INTERNAZIONALE

Sono state presentate le conclusioni di due commissioni d'indagine in base a due documenti:

- 1) Principi riguardanti il rapporto tra Odontoiatra e odontotecnico**
- 2) Rapporto sulla formazione e sul rilascio di diplomi nelle diverse nazioni.**

1) Rapporto tra Odontoiatra e Odontotecnico

Già durante la riunione di Toronto del 1977 si era discusso tale problema, ed era stata incaricata l'Associazione Australiana di svolgere un esame più approfondito del problema; ritenendo tuttavia le varie enunciazioni troppo generiche e le conclusioni troppo disparate, è stato deciso nel corso della seduta , di ampliare tale tipo di studio , e di discuterne nuovamente nella prossima seduta internazionale. Pur tuttavia sono state incoraggiate indagini tendenti a raccogliere informazioni sull'esercizio illegale e legale dei cosiddetti “ denturyst” e “odontoprotesisti” e sulle iniziative tendenti ad ottenere l'esercizio legale per gli odontotecnici.

Dai vari questionari compilati durante tale assemblea, in merito ai rapporti tra Organizzazioni Dentistiche e Organizzazioni Odontotecniche è emerso che:

- a) nel 60% degli stati vi sono buone relazioni e collaborazione tra Associazioni dei Dentisti e Odontotecnici
- b) Nel 30% degli stati vi è indifferenza e tolleranza
- c) Nel rimanente 10% degli stati vi sono rapporti ostili
- d) Inoltre nel 40% dei vari stati vi sono proposte di legge, iniziative di tipo organizzativo, pressioni per portare alla legalizzazione dell'esercizio abusivo degli odontotecnici entro certi limiti

2) Formazione professionale dell'Odontotecnico

La statistica, riguardante la formazione degli odontotecnici, seppur con alcune lacune, è stata svolta in 38 nazioni e 68 stati federali (USA, Canada, Australia), compresa l'Italia; tale indagine non ha portato a conclusioni effettive.

Pertanto si è deciso di rimandare nuovamente tale studio, nell'ottica dei seguenti obiettivi:

- a) Determinare esattamente il titolo di studio e l'esatta determinazione del tipo di lavoro e delle mansioni da svolgere.

Anche a livello internazionale, infatti, esiste un po' di confusione: il titolo più diffuso è quello di tecnico dentale, ma sono usati altri 14

titoli simili che indicano attività e mansioni pressappoco uguali. Ma la grande differenza, ancora oggi dibattuta, è appunto tra odontotecnico che ha rapporti col paziente, e odontotecnico che lavora solo per l'odontoiatra; a questo proposito un'indagine ben dettagliata ha messo in rilievo che:

- gli odontotecnici lavorano legalmente in bocca nei seguenti stati:
Danimarca, Svizzera, Finlandia, Norvegia, Giordania, Iran, 7 Canada, 2 stati dell'Australia, 1 stato degli USA: Maine;
- gli odontotecnici non possono lavorare legalmente ed in modo diretto col paziente, in circa il 70% degli stati ma, nonostante vi siano le leggi, queste sono idonee soltanto nel 30% circa di tali stati;
- in genere gli onorari degli odontotecnici sono inferiori a quelli dell'odontoiatra.

b) Esaminare e controllare più dettagliatamente i metodi di formazione ed i sistemi di licenza e di abilitazione.

Solitamente i corsi per odontotecnici avvengono in un periodo medio della durata di cinque anni con rilascio del Diploma o dell'Abilitazione. Pur ammettendo che 5 anni di sola scuola non sono sufficienti per creare un buon odontotecnico, è stato messo in rilievo che l'obbligo di frequenza a tali corsi non sembra essere la condizione determinante per il rilascio del diploma.

Inoltre in circa la metà degli stati che hanno risposto al questionario, esistono corsi di specializzazione ed perfezionamento per Odontotecnici della durata di un biennio o di un triennio, al termine dei quali viene rilasciato un ulteriore titolo di specializzazione.

La Federazione Australiana inoltre, ha presentato un documento, intitolato “protocollo per la formazione di odontotecnici, licenziati per agire autonomamente”. In esso l'associazione Australiana ha affermato che nel Paese già esiste una figura di professionista odontotecnico che agisce autonomamente, limitando la sfera di azioni ad interventi incruenti. La F.D.I. tuttavia si è mostrata alquanto scettica riguardo a tale proposta, pur dimostrandosi abbastanza disposta a tollerare tale situazione, purchè la preparazione sia adeguata alle mansioni svolte. A tale fine, ha consigliato la pratica di almeno 5 anni dopo il diploma di odontotecnico, presso un laboratorio, e l'acquisizione di particolari nozioni di anatomia,

fisiologia e patologia, in modo da poter sostenere un esame particolare di abilitazione a tale attività

Come si vede, anche a livello internazionale, non vi sono idee ben chiare e precise riguardo la situazione dell'odontoiatria e delle attività ad esse connesse, e agli sviluppi delle varie pratiche riguardanti la patologia e la profilassi delle malattie dentali; così come non vi sono idee ben chiare per quanto riguarda la garanzia di una restaurazione protesica, ed una effettiva riabilitazione a vantaggio di tutta la popolazione indistintamente

ODONTOTECNICO, ODONTOPROTESISTA ED ABUSIVISMO

L'Italia è uno dei pochi paesi, forse l'unico, che continua a mantenere operanti leggi ormai superate, dal punto di vista giuridico effettivo, della pratica giornaliera e del cambiamento di esigenze, usi e costumi.

Infatti l'art. 367 del T.U. leggi sanitarie, afferma che “sono abilitati all'esercizio dell'odontoiatria, ma non della professione di medico:

- 1) coloro che sono abilitati dalle disposizioni anteriori al decreto legge del 16.10.1924;
- 2) i cittadini delle nuove province dello Stato che siano in possesso di concessioni per l'esercizio di odontotecnico, dalle competenti autorità del cessato Impero Austro-Ungarico.

Come si può facilmente notare, tale normativa è alquanto superata, se non altro perché le esigenze di cinquant'anni fa, o addirittura di un secolo fa, non sono senz'altro le stesse esigenze di oggi. Oggi ci troviamo di fronte, in Italia, a situazioni paradossali, dove l'odontotecnico che costruisce la protesi, non è abilitato a porla in bocca e nemmeno a consegnarla in mano al paziente.

Non si vuol fare di ogni erba un fascio, né permettere ad ogni odontotecnico indistintamente, di esercitare le funzioni dell'odontoiatra; questo di fatto avviene già, ed è chiamato col termine di “Abusivismo”. Il problema, tipicamente italiano, non è di facile soluzione, altre nazioni l'hanno già da tempo risolto felicemente: basti ricordare i tedeschi, ad esempio, che, tramite una sanatoria, hanno risolto il problema, tanto che oggi, ai congressi internazionali, troviamo gli ex odontotecnici abusivi, i famosi “dentisten” seduti accanto ai loro colleghi in possesso di tanto di laurea e specializzazione in odontoiatria.

L'ABUSIVISMO

Non è facile addentrarci in un problema così delicato e scottante come quello che riguarda gli Odontotecnici Abusivi; del resto nessun ne parla e quando se ne parla si rischia di creare confusione. E' tuttavia serio e doveroso per ogni insegnante rispondere sempre alle aspettative dei propri allievi i quali pretendono idee chiare su un argomento che emerge sempre nell'ultimo anno di corso, quando si esaminano gli articoli istitutivi delle professioni e arti ausiliarie e sanitarie. Il discorso, che verrà più avanti trattato analizzando i punti di vista delle due parti, dentisti da una parte, odontotecnici (abusivi e non) dall'altra, attualmente è molto chiaro:

- 1) Oggi sono stati creati gli odontoiatri, quindi esiste la figura legale insostituibile.
- 2) Ci sono già troppi medici disoccupati, per cui molti si dedicano alla odontoiatria colmando le eventuali lacune.
- 3) La pratica abusiva è illegale: chi si dedica ad essa conosce i rischi che corre.
- 4) E' probabile che in futuro venga creata una figura di tipo paramedico a livello para-universitario che collabori con il medico direttamente all'applicazione delle protesi sul paziente; finché tale figura non sarà ben definita e approvata con copertura legale non si può inventare praticamente abusivamente perché rimane pur sempre un atto illegale.

BREVE STORIA DEL FENOMENO ABUSIVO

Dalla storia della medicina si deduce che l'odontoiatria nasce nelle pubbliche piazze; era esercitata dai barbieri, ciarlatani e cavadenti che durante le giornate di mercato, toglievano i denti come meglio potevano. Solo nel 1912 diventò obbligatoria la laurea in Medicina e Chirurgia sancendo il "principio stomatologico", ma anche in quei tempi continuavano a proliferare i dentisti "Abusivi"; allora non era ancora nota la figura dell'odontotecnico e non c'era distinzione tra odontotecnico e odontoiatra.

Circa quindici anni dopo, nel 1927-1928 si fondano le prime scuole di Odontotecnica e si crea la nuova figura dell'operatore " non medico" e abilitato a costruire protesi sotto la diretta progettazione e sulla base dell'impronta presa dal medico; viene altresì attuata una "sanatoria" che permette a poche persone non laureate, con certi particolari requisiti e che già esercitano di fatto l'odontoiatria di esercitarla legalmente.

Per circa 60 anni non si hanno riforme.

Nel 1980, dopo circa 20 anni di sollecitazioni e direttive della CEE viene istituito anche in Italia il corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Nel 1985, viene istituito l'albo degli odontoiatri e la nuova figura dell'odontoiatra; l'Ordine dei medici si chiamerà " Ordine dei medici e degli odontoiatri".

Appare chiaro che in un intervallo di quasi 60 anni, con lo sviluppo tecnologico dal dopoguerra sino ai giorni nostri, molte cose siano cambiate, ma non per gli Odontotecnici.

La situazione degli odontotecnici " abusivi " (con o senza medico) è stata accettata o quantomeno tollerata nella sua completa o parziale illegalità per oltre cinquant'anni da tutta la comunità, odontotecnici e medici compresi, poiché era utile a tutti, colmava una esigenza sociale e suppliva alla carenza di dentisti, carenza che oggi non esiste più, anzi i medici iniziano ad essere in sovrappiù.

I medici sono andati aumentando di numero, iniziano la loro professione i nuovi odontoiatri e non esiste più lo spazio per l'abusivismo, piovono allora le denunce ed il sequestro delle attrezzature.

Sugli odontotecnici pesa un problema serio che ormai è troppo tardi cercare di risolvere con un nuovo "profilo professionale" o tantomeno con una "sanatoria" (in Germania è stata fatta molti anni orsono).

E' pur vero che il medico chiede all'odontotecnico collaborazione in presenza del paziente alla progettazione, adattamento, o applicazione della protesi o degli apparecchi ortodontici.

DENTISTI TERRORISTI

I medici-dentisti, per conservare i privilegi di cui godono sugli odontotecnici e sul lavoro di protesi, si avvalgono anche del terrorismo più subdolo dei metodi fuorvianti per conseguire dei risultati.

Bandendo quindi ogni gratuito terrorismo, gli odontotecnici sono d'accordo, e non potrebbero essere altrimenti, giacché ad ognuno compete

il proprio mestiere,, che ai medici-dentisti siano deputati la prescrizione e l'eventuale controllo a posteriori delle protesi per quanto riguarda la prevenzione di eventuali lesioni che questa potrebbe indurre.

Gli odontotecnici non sono però d'accordo che, per quanto riguarda il loro manufatto, la protesi, questo sia gestito tecnicamente e commercialmente dai medici-dentisti, che non sono né tecnici né commercianti. E che hanno quindi il sacrosanto dovere di esibire ai loro clienti, per la protesi, la fattura dell'odontotecnico, così come da lui compilata.

Quindi tutte le manovre di terrorismo che fanno i dentisti hanno solo lo scopo di impedire che gli odontotecnici fatturino direttamente la protesi al cliente e di continuare così quella indebita speculazione che, i medici dentisti, fanno nei riguardi dei cittadini, usando come mezzo proprio la protesi.

Altro che salute dei cittadini.

Il loro fine è solo economico, altrimenti perché mai opporsi a che l'odontotecnico fatturi al cliente il suo lavoro

Remo Mesaglio
Federazione Nazionale Odontotecnici italiani

UN DISEGNO DI LEGGE ...

Disegno di legge d'iniziativa dei senatori Pittella e Petronio comunicato alla presidenza del Senato della Repubblica il 25.01.1983

Riconoscimento e formazione della professione sanitaria di odontotecnico clinico

Onorevoli senatori

Le competenze demandate agli operatori sanitari odontotecnici dal Servizio Sanitario Nazionale, istituito con legge 23 dicembre 1978, n. 833, richiedono non soltanto l'urgente ordinamento delle scuole e del corrispondente piano di studi per la formazione di tali operatori addetti alla tutela della salute deducibile dall'articolo 32 della Costituzione, ma anche, e soprattutto, il riconoscimento di una nuova figura di odontotecnico che sia in grado, per preparazione altamente qualificata, di far parte dell'area clinica come diretto ausiliario dell'odontoiatra.

Infatti l'evoluzione scientifica e tecnologica in materia di odontoiatria e di odontotecnica ha fatto sì che oggi si rende necessario più che mai, così come è già avvenuto in molti Paesi della CEE, riconoscere ufficialmente anche in Italia, una categoria di operatori sanitari ausiliari odontoiatrici, che, distinta dal ruolo dell'odontotecnico di laboratorio, sia in grado di entrare a far parte dell'equipe guidata dal dentista.

Tale operatore sanitario ausiliario dovrà essere un odontotecnico clinico con ruolo sia clinico che di laboratorio, in grado di assistere la professione odontoiatrica nell'esecuzione di protesi.

Gli odontotecnici dovranno trattare pazienti di varie età, lavorare come membri dell'equipe odontoiatrica e interpretare le prescrizioni del dentista, prendere impronte per protesi, registrare relazioni occlusali e funzionali, provare ad adattare le cere per la costruzione di protesi, provare ed adattare le protesi finite.

Si propone che il corso per il conseguimento del titolo di odontotecnico sia basato su un insegnamento teorico e pratico della durata di tre anni da svolgersi presso la facoltà di medicina e chirurgia, corso di laurea in odontoiatria. Il corso avrà durata di non meno di 3.000 ore, delle quali il 33 per cento dedicato all'istruzione professionale teorica, e si concluderà con il rilascio di un diploma, previo superamento di un esame di Stato, avente valore abilitante sia per l'esercizio della professione di odontotecnico clinico che per partecipare ai concorsi presso le unità sanitarie locali. L'aspirante deve essere in possesso della qualifica professionale di base nonché del titolo di studio di maturità professionale odontotecnica rilasciato da un istituto professionale di Stato o legalmente riconosciuto. Ottenuto il diploma gli interessati dovranno iscriversi nell'apposito albo degli odontotecnici clinici nei modi previsti dalle norme contenute nel decreto legislativo del Capo provvisorio di stato 13 settembre 1946, n. 233, e successive

modificazioni, concernente la ricostruzione degli Ordini delle professioni sanitarie.

Un operatore sanitario ausiliario così preparato potrà seriamente entrare a far parte dell'equipe odontoiatrica rendendo più agevole il lavoro professionale del dentista a tutto beneficio dei pazienti e della collettività, specialmente per quanto il Servizio sanitario nazionale.

Pur se la figura di odontotecnico clinico è riconosciuta solamente in Finlandia ed in Danimarca, molti sono, però i paesi della CEE che chiedono che questa figura di ausiliari odontoiatrici sia ufficialmente riconosciuta.

Proposte, discussioni e conclusioni sugli odontotecnici clinici sono state illustrate in apposito volume edito a STRASBURGO nel 1981 dal Comitato europeo della sanità pubblica nel quadro dell'azione svolta dal Consiglio d'Europa. Tale comitato è stato pienamente favorevole alla creazione dell'odontotecnico clinico quale ausiliario ufficialmente riconosciuto.

A sottolineare l'importanza è bene specificare che lo studio è stato diretto dal Dottor Gianni Calderoli (Italia) è realizzato anche da: Henry Allred (Regno Unito), dr. Ricardo Vasques (Spagna), dr Ulrich P. Saxer (Svizzera), dr Jens Erik Winther (Danimarca). Inoltre vi parteciparono molto attivamente il dr. Ingolf Jon Mollerr in rappresentanza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e il dr. Jean-Pierre Ulmer in rappresentanza della Federazione Dentaria Internazionale.

In Italia il riconoscimento dell'odontotecnico clinico, oltre per promuovere l'instaurazione di una nuova realtà odontoiatrica ed odontotecnica più confacente e conforme agli interessi obiettivi della popolazione e degli stessi operatori sanitari, si rende necessario, a nostro avviso, per eliminare il triste fenomeno dell'abusivismo in campo odontoiatrico, che in questi ultimi tempi ha proliferato in modo veramente pericoloso ad opera di persone fornite di titolo di dubbio valore legale e prive di capacità teorica e pratica. Si richiama, pertanto, l'attenzione degli onorevoli senatori sulla necessità di provvedere con urgenza al riconoscimento ufficiale di tale categoria di operatori ausiliari odontoiatrici, con l'approvazione del disegno di legge che abbiamo l'onore di presentare, consapevoli che esso non ha la pretesa di essere completo, ma vuole solo essere una traccia a cui gli onorevoli senatori potranno dare il loro contributo di idee e di esperienze.

NUOVE PROSPETTIVE NEL CAMPO DELLA REGOLAMENTAZIONE GIURIDICA DELL'ODONTOTECNICO

Attualmente esistono vari orientamenti in campo legislativo che sono sfociati nella proposta unitaria che illustreremo in seguito.

Chi è l'odontotecnico oggi?

Lo S.N.O. (Sindacato Nazionale Odontotecnici) ha dato una risposta ben precisa: « l'odontotecnico è colui che progetta, produce e applica la protesi in rapporto diretto con il paziente ».

Questo nelle prospettive di tre obiettivi :

1. superare l'intermediazione del medico
2. ridurre i prezzi della protesi
3. fornire attraverso convenzioni nazionali e regionali protesi sociali alle U.S.L. (Unità Sanitarie Locali), a prezzi concordati con le regioni.

Del resto, per superare l'abusivismo, si ritiene necessario un processo che soddisfi le necessità dell'odontotecnico che vuole rimanere tale e quelle dell'odontotecnico che fa il medico e vuole diventare medico attraverso questi mezzi:

1. creare la nuova figura dell'odontotecnico e dell'odontoprotesista, attraverso corsi di aggiornamento in funzione dei suoi compiti; tali corsi possono essere anche biennali di tipo para-universitario.
2. creare per chi vuole fare l'odontotecnico, la possibilità di seguire il normale curriculum universitario per ottenere la laurea in odontoiatria .

NON SEMPRE LA LINGUA BATTE DOVE IL DENTE DUOLE PAROLA DI ODONTOTECNICO

Più di mezzo secolo fa una legge abilitava gli odontotecnici
alla sola costruzione di protesi.

E da solo mezzo secolo gli odontotecnici si trovano
a coprire le carenze strutturali dell'odontoiatria e del servizio pubblico
andando spesso oltre i limiti di quella legge.

Una situazione di comodo per tutti (dentisti, utenti, sistema) tranne che per quegli odontotecnici che vivono personalmente in una situazione di irregolarità.

Situazione che da adito a costanti, inique persecuzioni.

Si risolva finalmente il problema con una legge moderna ed aderente alla realtà, che permetta agli odontotecnici di progettare, costruire, applicare le protesi, dietro prescrizione medica.

Nell'interesse del servizio odontoiatrico italiano.

A cura del Sindacato Nazionale Odontotecnici.

LA NUOVA PROPOSTA DI LEGGE DELLE ORGANIZZAZIONI DEGLI ODONTOTECNICI: FE.NA.OD.I

Nel quadro del trattato di Roma, la realizzazione della comunità europea comprende la libera scelta di sede e di domicilio per l'esercizio delle prestazioni mediche sia proprie professionali, che paramediche e farmaceutiche.

È così che dovrà nascere un mercato comune medico in un abbastanza prossimo futuro.

Medici, dentisti, farmacisti o paramedici dovranno vedere riconosciuto il diploma ottenuto in qualunque paese della CEE, e domiciliarsi in un altro paese ed effettuare occasionalmente delle prestazioni.

È sulla scorta delle direttive della Comunità Economica Europea e nello spirito del trattato di Roma che si rende necessario aggiornare la legislazione italiana nel campo dell'odontoiatria. A tal fine si crede necessaria la presentazione di una proposta di legge tendente a sanare una difformità fra la legislazione esistente in Italia e quelle esistenti nei paesi della CEE partendo dalle seguenti considerazioni:

1. la situazione di fatto esistente in Italia nell'esercizio dell'odontoprotesica e l'attuale sistema legislativo che regola la materia delle professioni mediche e delle arti ausiliarie sono ormai inadeguati alle esigenze della popolazione;
2. le raccomandazioni della Comunità economica europea per il raggiungimento in Italia di un diploma di tipo universitario rilasciato agli specialisti in odontoiatria e protesistica sono sempre più insistenti;

3. le gravi necessità del paese per poter ottenere le cure dentarie in modo più adeguato e più capillare possibile sono inderogabili;
4. la categoria degli odontotecnici attualmente, con gravi rischi personali si sobbarca il lavoro che gli attuali medici dentisti non sono in grado di affrontare;
5. le leggi che regolano la materia sono state emanate in un particolare momento storico, quando il corporativismo era alla base di ogni politica;
6. può ritenersi atto medico l'attività di cura ma non l'attività di protesi essendo questa solo complementare e susseguente alla cura;
7. nei paesi della CEE specialmente in Francia, Germania, Olanda e Danimarca, l'odontotecnico è riconosciuto ad intervenire presso il paziente, limitatamente alla presa dell'impronta, prove e applicazioni di protesi dentarie, in modo autonomo.

Per quanto sopra ricordato si ritiene opportuno cercare di sanare l'attuale situazione. Gli odontotecnici italiani, che da una stima abbastanza reale sono almeno in numero di 60.000, sono da raggrupparsi in tre categorie specifiche:

1. i laboratoristi, i quali per lo più svolgono un lavoro artigianale di formazione delle protesi su commissione; essi si servono di altri odontotecnici diplomati aventi veste di collaboratori subordinati;
2. gli odontotecnici i quali prestano la loro opera in favore o dei laboratori o dei dentisti;
3. gli odontotecnici (oggi abusivi) i quali esercitano un'attività paramedica di intervento diretto sul paziente e sono costretti ove è possibile ad esercitare tale attività sotto copertura nominale di un dentista. Questi ultimi sono la maggioranza.

Questa situazione ha un risvolto oltre che morale, anche fiscale, dato che l'odontotecnico non può fatturare la prestazione effettiva al paziente, dato che in tal modo andrebbe ad autodenunciarsi ed a correre gli attuali gravi rischi scaturenti dalla legislazione vigente. Con il nuovo progetto di legge, si tende a regolarizzare una situazione pratica degli odontotecnici, ai quali verrà negato l'intervento diretto sul paziente, ottenendosi altresì il risultato di recuperare al fisco una notevolissima quantità di imposte che attualmente sono evase. In tal modo non solo la legge si autofinanzia, ma anche incrementerà notevolmente l'introito dell'Erario.

Etc.....

L'ODONTOTECNICO E LA NUOVA RIFORMA SANITARIA

La nuova legge che istituisce il S.S.N. è senz'altro una legge di indiscutibile valore democratico, con la quale per la prima volta nel nostro Paese si costruisce una funzione pubblica collegata direttamente alle sedi istituzionali decentrate (Regioni e Comuni).

La legge prevede inoltre lo spostamento dei poteri decisionali a livelli sempre più periferici, permettendo così una azione di controllo da parte dei cittadini e, quindi, una maggiore democraticità del tipo di assistenza.

Uno tra gli aspetti principali messi in risalto da tale legge è, oltre alla prevenzione, la riabilitazione garantita ad ogni cittadino, indipendentemente dal ceto e dalla posizione sociale; quindi anche la riabilitazione protesica, che riguarda gli odontotecnici molto da vicino. La dello S.N.O. nel definire i nuovi compiti dell'Odontotecnico, e cioè: progettare, produrre ed applicare le protesi, nasce da una profonda analisi della situazione attuale, in prospettiva di quanto viene affermato dalla nuova legge.

Ad esempio: l'art. 26, mentre fissa le Unità Sanitarie Locali, fissa anche le loro competenze in vista delle garanzie di prestazioni protesiche, secondo le modalità stabilite dal secondo comma dell'art. 3, che fissa i livelli delle prestazioni sanitarie in base alle procedure di programmazione e di attuazione del nuovo Servizio Sanitario Nazionale.

Lo stesso art. 26 stabilisce che con decreto del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, vengano approvati un tariffario nazionale delle protesi ed i criteri per una sua periodica visitaione.

Pertanto, la collaborazione degli Odontotecnici è senza alcun dubbio indispensabile e di capitale importanza.

E' quindi opportuno precisare che:

- 1) gli odontotecnici debbono garantire le protesi in collaborazione con le U.S.L. senza alcuna intermediazione, nell'ambito della programmazione Regionale e Nazionale e ciò viene già fatto in alcune regioni.
- 2) Fare un serio discorso di protesi sociale, cioè, di protesi di ottima qualità dal costo contenuto, in quanto tale prezzo è concordato con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, in base a convenzioni con i laboratori odontotecnici.

- 3) Garanzia di superamento degli squilibri territoriali, creando serie condizioni socio-sanitarie unitarie ed efficienti sul territorio.
- 4) Affrontare un serio discorso di riabilitazione protesica nei suoi aspetti più delicati, come ad esempio nella prevenzione per quanto riguarda le malformazioni dell'infanzia.
- 5) Presenza concreta nel settore degli anziani e degli emarginati in genere, per l'importanza che assume l'apparato masticatorio in questi strati di popolazione e le influenze che esso comporta nelle malattie dell'apparato digerente.

Inoltre, è importante sottolineare come a livello unitario, si stia elaborando un tariffario minimo nazionale, sulla base di un elemento molto importante, avvenuto di recente, e cioè il contratto collettivo Nazionale di Lavoro, stipulato tra le organizzazioni Sindacali degli odontotecnici e la F.L.M.

“

Abbiamo tutti il dovere di lottare per ottenere il riconoscimento per un alto “ profilo Professionale “

La legge 29 febbraio 1999, n.42 recante disposizioni in materia di professioni sanitarie è importante per una molteplicità di aspetti che riguarda tutte le professioni sanitarie non mediche, con importanti riflessioni anche per la professione medica. In tale legge si registra in primo luogo, la scomparsa della anacronistica suddivisione delle professioni sanitarie in principali e ausiliarie. I criteri guida sono dati dal contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post base ricevuta e dal codice deontologico. E' da registrare anche l'attività di innovazione e di revisione dei codici deontologici da parte delle professioni. Oltre ai tre criteri guida la legge pone anche due limiti: il limite di competenze previste per i medici e per gli altri professionisti sanitari laureati. Il limite dell'atto medico si connota per la sua difficile individuazione per motivi che potremmo definire storici, in quanto nel nostro ordinamento da sempre vi è una sorta di equivalenza tra atto sanitario e atto medico. Equivalenza che ha trovato anche l'avallo della giurisprudenza della Suprema Corte di cassazione che ha avuto modo di precisare che solo una fonte normativa può consentire a soggetti diversi da

quelli esercitanti la professione di medico interventi invasivi sulla sfera corporale, sulla base di un ragionevole riconoscimento di competenze tecniche e professionali.

Per ribaltare quanto enunciato vi è la definizione di ATTO MEDICO così come è stata approvata dal Consiglio dell'Unione Europea dei Medici Specialisti che si è svolta a Budapest nei giorni di novembre 2006. tale definizione, che dovrà trovare puntuale riverbero nella riscrittura del Codice Deontologico attualmente in atto, prevede che gli atti medici NON SONO SOLO QUELLI SVOLTI DIRETTAMENTE DAL MEDICO, ma anche quelli da lui delegati a personale non medico e sotto la sua diretta supervisione.

L'implementazione della definizione dell'UEMS chiarificherà ulteriormente le mansioni del personale medico e paramedico che opera nelle strutture sanitarie pubbliche e private.

A fronte di una situazione di equivalenza, venuta meno, tra atto medico e atto sanitario, risulta facile il lavoro dell'interprete per l'individuazione degli atti di non esclusiva competenza medica e certo può esserci un rischio di ondeggiante giurisprudenza sul punto. Appare chiaro che il nostro ordinamento è passato da una situazione di evidente rigidità interpretativa, caratterizzata dall'esistenza di mansionari, ad una situazione di maggiore flessibilità, con una interpretazione dei ruoli e delle funzioni di ciascuna figura in modo non precostituito, ma destinato a letture di carattere storico-evolutivo, con particolare riguardo all'evoluzione delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti.

La nuova situazione si presenta pressoché antitetica rispetto all'interpretazione tradizionale della Corte di Cassazione che considerava vincolante per l'esercizio professionale il possesso del titolo e dell'abilitazione, arrivando ad affermare che dovevano considerarsi irrilevanti la perizia e la capacità del soggetto, criteri che vengono posti, come criteri guida per l'esercizio professionale; è anche vero che i tradizionali ambiti peculiari della professione medica sono da sempre, nella pubblicistica, nella trattatistica e nella giurisprudenza individuati come l'ambito della diagnosi e della cura, confini dell'attività medica non sempre esclusivi. I riferimenti, anche normativi, in questi anni non sono mancati, tanto da poter azzardare ad affermare che le norme contenute nella legge appena approvata costringono a un ripensamento e a un ridisegnamento delle competenze delle professioni sanitarie non mediche con la professione medica, visto anche il disposto finale della legge che

precisa che l'esercizio professionale deve avvenire nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Il percorso professionalizzante comune alle professioni non mediche che ha visto tutti i passaggi essenziali in formazione universitaria, pubblicazione del profilo professionale, abolizione degli eventuali mansionari, la soppressione del carattere di ausiliarità portano le professioni sanitarie a due livelli: un livello autonomo e uno collaborante. Possiamo affermare, quindi, che l'Odontotecnico in laboratorio compie un atto autonomo e questa fa parte della sua autonomia e una parte nella verifica e congruità del suo dispositivo in collaborazione con l'abilitato in Odontoiatria

L'Odontotecnico sanitario italiano vuole riconosciuta la propria identità.

In molti paesi del mondo gli Odontotecnici possono progettare e applicare direttamente sul paziente protesi dentarie e parodonti (dispositivi medici su misura); in Italia fino ad oggi questo è illegale, esponendo ad alto rischio gli operatori del settore, mentre gli **Untori** non mancano a proclamare con i loro spergiuri le mezze verità. Da 80 anni aspettiamo di riavere la nostra dignità.

Il Ministro della Salute nel 2001 ha presentato una bozza del PROFILO PROFESSIONALE DELL'ODONTOTECNICO approvata poi, con modifiche, dal Consiglio Superiore di Sanità.

All'art. 1 (Figura e profilo) di tale regolamento si legge:

- 1) E' individuata la figura dell'Odontotecnico
- 2) L'Odontotecnico è l'operatore sanitario che, in possesso del titolo universitario abilitante provvede alla progettazione ecc...
- 3) L'Odontotecnico, su richiesta, alla presenza e sotto la responsabilità dell'abilitato a norma di legge all'esercizio dell'Odontoiatria, può collaborare, solo all'interno di strutture odontoiatriche autorizzate ai sensi ecc...

La logica impone che il corso universitario per gli Odontotecnici dovrebbe correre sullo stesso binario del corso di laurea in odontoiatria, dal momento in cui i due soggetti (Odontotecnico e Odontoiatra o abilitato in Odontoiatria) lavorano assieme e concorrono allo stesso obiettivo: riabilitare il paziente.

L'Odontotecnica è una branca della medicina riabilitativa, in quanto mira alla cura e alla riabilitazione di una funzione perduta. Pertanto, non può essere solo il dentista il detentore esclusivo di tutto ciò che riguarda cura e terapia, ma si dovrà riconoscere, così come all'abilitato in Odontoiatria anche all'Odontotecnico alcune mansioni di cura e terapia. Nei fatti il dispositivo medico su misura non è un manufatto, ma la terapia medica per una soluzione pratica.

I due soggetti devono parlare la stessa lingua se vogliono comunicare tra loro: l'uno completa l'altro. Due ruoli diversi con competenze necessariamente diverse ma, integrate assieme per raggiungere un unico obiettivo: riabilitare il paziente, raggiungendo l'eccellenza.

Perché allora dividere un qualcosa che dovrebbe stare assieme, che per conseguenza logica dovrebbe correre sullo stesso binario? Quindi il corso di laurea dovrà essere inserito non certo in quello bioingegneristico o biotecnologico, BENSÌ NELL'AMBITO SANITARIO DI MEDICINA.

La legge 29 febbraio 1999, n.42 recante disposizioni in materia di professioni sanitarie è importante per una molteplicità di aspetti e riguarda tutte le professioni sanitarie non mediche, con importanti riflessi anche per la professione medica. In tale legge si registra in primo luogo la scomparsa della anacronistica suddivisione delle professioni sanitarie in principali e ausiliarie. I criteri guida sono dati dal contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post base ricevuta e dal codice deontologico.

E' da registrare anche l'attività di innovazione e di revisione dei codici deontologici da parte delle professioni. Oltre ai tre criteri guida la legge pone anche due limiti: il limite delle competenze previste per i medici e per gli altri professionisti sanitari laureati. Il limite dell'atto medico si connota per la sua difficile individuazione per motivi che potremmo definire storici, in quanto nel nostro ordinamento da sempre vi è una sorta di equivalenza tra l'atto sanitario e l'atto medico. Equivalenza che ha trovato anche l'avallo della giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione che ha avuto modo di precisare che solo una fonte normativa può consentire a soggetti diversi da quelli esercitanti la professione di medico interventi invasivi sulla sfera corporale, sulla base di un ragionevole riconoscimento di competenze tecniche e professionali.

Per ribaltare quanto enunciato vi è la definizione di Atto Medico così come è stata approvata dal consiglio dell'Unione Europea dei Medici Specialisti che si è svolto a Budapest nei giorni 23 novembre 2006.

Tale definizione, che dovrà trovare puntuale riverbero nella riscrittura del Codice Deontologico attualmente in atto, prevede che gli atti medici NON SONO SOLO QUELLI SVOLTI DIRETTAMENTE DAL MEDICO, ma anche quelli da lui delegati a personale non medico e sotto la sua diretta supervisione.

L'implementazione della definizione dell'Uems chiarificherà ulteriormente le mansioni del personale medico e paramedico che opera nelle strutture sanitarie pubbliche e private.

A fronte di una situazione di equivalenza, venuta meno, tra atto medico e atto sanitario, risulta facile il lavoro dell'interprete per l'individuazione degli atti di non esclusiva competenza medica, non escludendo, comunque, il rischio di una contrastante giurisprudenza sul punto. Appare chiaro che il nostro ordinamento è passato da una situazione di evidente rigidità interpretativa, caratterizzata dall'esistenza di mansionari, ad una situazione di maggiore flessibilità, con una interpretazione dei ruoli e delle funzioni di ciascuna figura in modo non precostituito, ma destinato a letture di carattere storico-evolutivo, con particolare riguardo alla evoluzione delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti.

La nuova situazione si presenta pressoché antitetica rispetto all'interpretazione tradizionale della Suprema Corte di Cassazione che considerava vincolante per l'esercizio professionale il possesso del titolo e dell'abilitazione, arrivando ad affermare che dovevano considerarsi irrilevanti la perizia e la capacità del soggetto, criteri che vengono posti, **come criteri guida per l'esercizio professionale**; è anche vero che i tradizionali ambiti peculiari della professione medica sono da sempre, nella pubblicistica, nella trattatistica e nella giurisprudenza individuati come l'ambito della diagnosi e della cura, confini dell'attività medica non sempre esclusivi. I riferimenti, anche normativi, in questi anni non sono mancati, tanto da poter azzardare ad affermare che le norme contenute nella legge appena approvata costringono a un ripensamento e a un ridisegnamento delle competenze delle professioni sanitarie non mediche con la professione medica, visto anche il disposto finale della legge la quale precisa che l'esercizio professionale deve avvenire nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Il percorso professionalizzante comune alle professioni non mediche che ha visto tutti i passaggi essenziali di formazione universitaria, di pubblicazione del profilo professionale, di abolizione degli eventuali mansionari e della soppressione del carattere di ausiliarietà comporta l'inquadramento delle professioni sanitarie in due livelli: un livello autonomo e uno collaborante.

Possiamo affermare, quindi, che l'Odontotecnico in laboratorio compie un atto autonomo in virtù della sua autonomia mentre, la verifica e la congruità del suo dispositivo avviene in collaborazione con l'abilitato in Odontoiatria.

Il limite delle competenze previste per le professioni mediche ci induce ad una riflessione anche per la professione che, nata in seno alla professione medica, ha iniziato da tempo un suo percorso autonomo: la professione Odontoiatrica.

La professione Odontoiatrica si discosta da altre professioni mediche perché è molto parcellizzata, frazionata in tante sottobranche: esistono diverse prestazioni che rientrano nella logica della specializzazione ma che in realtà fanno parte del corredo base di questa professione come ad esempio l'ortodonzia, la parodontologia, l'implantologia, la chirurgia, l'endodonzia, la conservativa, l'igiene orale e la complessa e articolata protesi, ulteriormente suddivisa in ulteriori sottobranche. Evidentemente, qui ci troviamo di fronte ad un tuttologo (l'abilitato in Odontoiatria) che afferma di essere in grado di saper fare tutto, che vuole far credere all'opinione pubblica di essere in grado di fare tutto e bene, ma che in pratica dimostra il perfetto contrario.

E'praticamente impossibile per un singolo individuo essere in grado di fare tutto, in modo eccellente con il rischio di mettere a repentaglio la salute del paziente. Ecco il motivo per cui gli Odontotecnici devono collaborare a delicati interventi specifici direttamente sul paziente IN UNA SITUAZIONE DI ASSURDA ILLEGALITA'. In realtà l'abilitato in odontoiatria non è in grado di gestire il dispositivo medico su misura in quanto non è in grado di crearlo; questo lo vediamo tutti i giorni. Quando qualche abilitato in Odontoiatria riesce in maniera autonoma a gestire il tutto lo deve all'insegnamento tramandatogli dalle mani esperte di un Odontotecnico; se lo continua a fare in questa condizione non è in linea con la legge 93/42 in quanto il realizzatore responsabile rimane unicamente l'Odontotecnico che deve certificare la congruità ottimizzata dal follow-up. A tal fine deve avere la possibilità di farlo direttamente sul paziente. Questo è il principio del D.Lgs del 24.02.1997, n.46 - Direttiva 93/42/ CEE.

Richiamiamo dunque tutti alla legalità.

Partendo dal presupposto che il primo obiettivo è la salvaguardia della salute del cittadino ne consegue che limitare, impedire per legge quelle competenze che per logica sono sempre appartenute all'Odontotecnico, (poiché il suo lavoro è questo) significa danneggiare il paziente e limitare di fatto il suo diritto alla salute costituzionalmente garantito.

L'Odontoiatra e l'Odontotecnico, quindi, devono mettere a disposizione le proprie competenze per il bene e per la salute del paziente.

Le argomentazioni delle associazioni degli Odontoiatri, partendo da un presupposto iniziale sbagliato, cioè dalla difesa corporativa dei propri interessi, portano a conclusioni errate, illogiche e dannose impedendo di fatto il progresso..

Le nuove scoperte in Neurofisiologia, la scoperta delle leggi dell'equilibrio, fanno assumere alla protesi dentaria un aspetto sempre più complesso e sempre più articolato e quindi la necessità da parte dell'Odontotecnico di acquisire una base clinica sempre più complessa e sempre più ampia.

L'Odontotecnico non è un artista che realizza statue, opere d'arte immobili, inanimate senza alcuna funzione; l'evoluzione della forma non comprende solo l'estetica e la gnatologia ma tutto il sistema sensoriale e propriocettivo, la conoscenza e la capacità di registrare e trasferire i dati o i segnali della lingua. Se non si consentirà di fare questo legalmente all'Odontotecnico, si continuerà a realizzare dispositivi che oggi possiamo definire preistorici; si sta compromettendo l'opportunità verso il benessere e la salute del paziente.

Oggi non si può parlare più di manufatti protesici, ma di protesi dentarie dotate di intelligenza propria, capaci di influenzare, di interagire e riprogrammare in base alle esigenze fisiologiche individuali. Protesi dentarie in grado di influenzare il sistema nervoso e muscolare in modo permanente, protesi dentarie che ripristinano l'equilibrio dell'individuo migliorando la qualità della vita.

Di conseguenza L'ODONTOTECNICO per riuscire a realizzare queste forme di intelligenza, che influiscono con il resto del corpo, deve avere conoscenze cliniche e tecniche molto elevate DIVENTANDO DI FATTO UN PROFESSIONISTA DELLA MACCHINA RIABILITATIVA TERAPEUTICA.

Esiste già un percorso di laurea nelle Biotecnologie; questi sono ingegneri che faranno ricerca per poi mettere a disposizione i nuovi materiali a coloro che devono avere l'abilità di progettare e realizzare, con competenze specifiche ed anche cliniche: protesi dentarie individuali.

La scelta indicata dalle associazioni degli Odontoiatri di inserire gli Odontotecnici nel corso di laurea delle biotecnologie o delle bioingegneria anziché in quello di MEDICINA e CHIRURGIA, con argomentazioni illogiche, irrazionali e di parte, fa presumere un interesse corporativo contro gli Odontotecnici, strumentalizzando anche le istituzioni per meglio raggiungere i loro scopi egoistici, arrivando a proporre una soluzione forviante per il futuro corso universitario degli Odontotecnici, impedendogli in definitiva il riconoscimento al diretto contatto e nella bocca del paziente.

L'introduzione dell'Odontotecnico in un percorso di laurea delle biotecnologie ,oltre ad essere illogico e contraddittorio, non offre adeguate conoscenze al fine di ottenere competenze proporzionate all'esercizio di una attività che rientra a pieni titoli in quella MEDICA. Dunque, così facendo si rischia di bloccare il progresso, l'evoluzione.

La scelta di inserire l'Odontotecnico nel CORSO UNIVERSITARIO ALL'INTERNO DELLA FACOLTA' DI MEDICINA non deve essere dettata dalla logica di una difesa corporativa , ma da una logica che abbracci un interesse comune: quello di realizzare protesi dentarie al passo coi tempi.

E'immorale fermare il progresso solo per difendere interessi economici di una categoria responsabile anche del caro protesi dentarie, danneggiando le tasche dei pazienti-consumatori ed impedendo di fatto una protesi dentaria a costi più accessibili e quindi sociale. In altri termini, consentendo la vendita direttamente dal vero realizzatore del dispositivo, che è solo l'ODONTOTECNICO, al paziente- consumatore, si elimina di fatto un passaggio di mano, che vede oggi protagonista l'abilitato in Odontoiatria; da ciò ne conseguirà una riduzione degli attuali costi.

E' impensabile immaginare che debba essere impedita la verifica della protesi dentaria durante il suo ciclo di realizzazione da parte dell'Odontotecnico, cioè colui il quale ha COMPETENZA tecnica esclusiva in materia di progettazione, ideazione e quindi realizzazione di protesi dentarie, le quali andranno impiantate sul corpo umano con una funzione individuale, giacchè si dovranno integrare perfettamente con quel sistema. Tutto ciò è un insulto alla ragione, al buon senso, ma soprattutto alla dignità di un soggetto che da decenni si prodiga per migliorare e garantire sempre più risultati ottimali.

Il ciclo di una realizzazione è fatta da una programmazione, da una organizzazione, dalla messa in atto e da una verifica dei risultati. Ebbene, all'Odontotecnico gli è impedito di verificare i risultati: perché impedire il progresso? L'eccellenza si basa sulla sequenzialità di passaggi complessi e articolati; basta che un passaggio sia interrotto o sbagliato e tutto il processo di conseguenza è sbagliato. Quale logica può impedire questo?

Non è possibile che siano gli altri a verificare un qualcosa che non fanno e che non sono in grado di fare.

Significa impedire il progresso, rovinare il lavoro che fa l'Odontotecnico e quindi danneggiare il paziente.

In un ciclo di un'attività ci deve essere: un inizio, uno svolgimento e una conclusione.

Il ciclo di un'attività si conclude efficacemente con la verifica dei risultati. Negare ciò significa ancora una volta danneggiare il paziente.

Come si può raggiungere l'eccellenza in una riabilitazione così complessa, articolata, se non puoi verificare quello che fai?

La verifica consiste nel confrontare gli obiettivi iniziali con i risultati finali; il controllo di un passaggio serve per consentire di procedere al successivo, misurare lo scarto.

La valutazione va, inoltre, effettuata direttamente sul paziente durante e a fine impianto in ordine alla funzionalità del dispositivo.

La verifica dei risultati è una fase necessaria di un'attività ed implica, per essere efficacemente gestita, lo sviluppo della capacità di valutare (auto-etero) e quindi di confronto.

Non si può negare all'Odontotecnico di riabilitare un organo masticatorio in modo eccellente.

Non si può negare di fare una protesi dentaria migliore per il paziente.

PERCIO' NEGARE ALL'ODONTOTECNICO LA VERIFICA DELLA PROTESI DENTARIA (che solo lui conosce bene), direttamente sul paziente, EQUIVALE A DANNEGGIARE IL PAZIENTE.

Dunque, si comprende chiaramente come all'Odontoiatra non interessi il risultato e quindi il bene del paziente, ma solo l'affare della protesi dentaria, altrimenti agirebbe diversamente.

Un Odontotecnico laureato può creare confusione nel comparto odontoiatrico; affermare questo pertanto significa non conoscere cosa fa l'Odontotecnico.

Qual è stato il principio utilizzato per decidere di inserire i Tecnici di Ortopedia?.... E perché per gli Odontotecnici tale principio non può più andare bene? Si capisce bene che gli Odontotecnici sono vittime di un sistema discriminatorio, che si basa su principi di difesa corporativa da parte solo degli Odontoiatri.

Non è questione di farsi la guerra tra categorie; il problema è che dal 1928 i dirigenti delle associazioni degli Odontoiatri, con la collaborazione di alcuni "amici" politici hanno ostacolato qualsiasi evoluzione normativa della figura dell'Odontotecnico. Tutto questo, si sa, avviene solo per mantenere nelle loro mani la vendita delle protesi dentarie.

Se il contenzioso non fosse la VENDITA delle protesi dentarie, l'Odontotecnico avrebbe avuto il dovuto GIUSTO PROFILO da anni.

Poi, per quanto riguarda le mansioni, cosa c'è di "esclusività medica" nella realizzazione, per esempio, di una protesi dentaria mobile: forse l'impronta? Il bordaggio? Il montaggio della protesi dentaria o le prove fonetiche? Oppure il controllo della centrica? Ma dov'è l'esclusività medica? E' lapalissiano che l'Odontotecnico oltre ad avere conoscenze tecniche deve possedere anche conoscenze cliniche ai fini della riabilitazione, mentre si è sempre cercato di impedirgli ciò, violando i più elementari principi di informazione e formazione.

Sono tutte esecuzioni tecniche; è certo atto di esclusività medica, fare diagnosi, impostare una terapia, bonificare la bocca, atti cruenti, atti chirurgici, controllare lo stato di salute e della riabilitazione, ma basta! Il resto sono tutti atti non di esclusività medica, come quelli del Tecnico Ortopedico, di un Ottico, di un Podologo, di un Tecnico audioprotesista e di gran lunga meno invasivi di interventi come quelli degli Infermieri.

Non è forse atto più strettamente di esclusività medica inserire un piercing in una lingua?

Ma quì non si vende la protesi!

A noi sembra che gli abilitati in Odontoiatria si siano appropriati abusivamente di una professione tecnica per guadagnare sulle protesi dentarie.

Se così non fosse perché in fattura non indicano il valore della protesi dentaria che pagano all'Odontotecnico e separatamente il valore della loro prestazione professionale?

Se si vuole il vero progresso e non disperdere il grande patrimonio dell'attuale capacità e genialità intellettuale degli Odontotecnici Italiani bisogna inserire GLI ODONTOTECNICI IN AREA MEDICA per ottenere una formazione adeguata e realizzare i dispositivi medici individuali a garanzia e tutela della popolazione bisognosa di riabilitazioni masticatorie e di sorriso.

Ad eccezione di coloro che si prodigano per la nostra giusta causa indirizziamo questo messaggio:

ai membri del Consiglio Superiore della Sanità, a Voi rappresentanti delle istituzioni, ai parlamentari, a Lei Ministro della Salute, a voi presidenti di associazioni mediche...

SAPPIATE CHE:

TEMPOREGGIARE O NON VOLER RICONOSCERE LA NOSTRA GIUSTA IDENTITA' PROFESSIONALE, CI COSTRINGE ALLA FORMA ESTREMA

DI PROTESTA ALL'INFINITO !

Gli Odontotecnici Italiani

Alla cortese attenzione dell'AVVOCATO di Piazza Sant'Apollonia:

La categoria degli Odontotecnici italiani da 80 anni è sotto continuo ricatto nel compiere il suo lavoro.

Da 80 anni aspetta che le venga riconosciuto il suo giusto ruolo per poter porre fine ad un ignobile ricatto.

La categoria, malgrado tutto, confida ancora nelle capacità delle associazioni culturali e sindacali (ma senza certezza di risultato) oggi le uniche che tengono in piedi un'istanza per una rivendicazione che rischia, però, di esaurire le spinte necessarie per arrivare all'obiettivo.

Nel tentativo di porre fine a questa battaglia, alcuni Odontotecnici italiani avanzano l'ipotesi di combattere per la giusta causa da più fronti

Uno fra questi potrebbe essere, arrivati a questo punto, quello di una causa collettiva da presentare ad una CORTE SUPREMA.

Per questo le diamo uno spunto da una vicenda reale di qualche decennio fa, tra tante, riportata da una rivista del settore:

Ordinanza emessa il dal Pretore di..... nel procedimento penale a carico dell'Odontotecnico.....

L'Odontotecnico Imputato del reato previsto e punito dall'art.348 del codice penale per essere stato sorpreso ad eseguire, in un gabinetto dentistico di..... e nell'assenza dell'odontoiatra titolare, il fissaggio di una corona laterale destra ed una centrale sinistra ecc..., ha eccepito con apposita istanza la illegittimità costituzionale dell'art. 11 del

regio decreto 21 maggio 1928 – cui, nel caso in specie, deve farsi riferimento – in violazione dell’art. 33 della Costituzione, che sancisce la libertà dell’arte e della scienza.

L’istanza richiama alcune norme della legge 23 giugno 1927, n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie – la quale agli articoli 1 e 6 prescrive, rispettivamente, che gli Odontotecnici possono esercitare la loro arte soltanto se muniti di apposita licenza ecc.....

Dall’esame della surrichiamata normativa, in relazione al fatto che per partecipare agli esami è necessaria la visita medica, alla quale sono soggetti tutti coloro che devono trattare direttamente col pubblico, e che i laboratori degli odontotecnici sono sottoposti a vigilanza sanitaria- osservando che tutto ciò non sarebbe necessario se essi dovessero soltanto predisporre nei loro laboratori le protesi, senza possibilità di contatto diretto col pubblico- viene dedotto che l’odontotecnico, dopo il conseguimento dell’attestato di abilitazione, diviene un vero e proprio professionista con esercizio diretto nei confronti del pubblico.

Invece si rileva che l’art. 11 del regolamento, in contrasto con la legge del 1927 e con le altre norme dello stesso regolamento, vieta nei soli confronti dell’odontotecnico alcuna manovra cruenta o incruenta nella bocca del paziente, sana o ammalata – cioè, il rilievo delle impronte, la prova degli apparecchi di protesi e il loro adattamento – vietandogli in sostanza, l’esercizio diretto nei confronti del pubblico, CUI PER LEGGE HA DIRITTO.

Viene, a tal uopo, ricordato che la formulazione di tale articolo è stata criticata dal Consiglio superiore della Sanità, il quale, fornendo il suo parere il 30 gennaio 1923 – ai sensi dell’art. 7, capo II, del regio decreto, n.45 – in previsione del regolamento, così si è espresso: o si sopprime la figura dell’odontotecnico.... o BISOGNA FACOLTIZZARLO a quelli atti preliminari ed accessori, rispetto a quelli principali relativi alla costruzione dell’ apparecchio; cioè quindi, il rilievo dell’impronta nella bocca già preparata dal medico, la prova e l’adattamento dell’apparecchi NON POSSONO NEGARSI ALL’ODONTOTECNICO.

Da tali premesse premesse, fondate sul presupposto che l’art.11 del regolamento è in contrasto con la legge che tale regolamento ha previsto e alla quale non può, quindi, derogare, si fa discendere che esso è, altresì, in contrasto con l’art. 33 della Costituzione, che sancisce la libertà delle arti e delle scienze e del quale costituisce, invece, UNA PALESE VIOLAZIONE, in quanto limita illecitamente il libero esercizio dell’arte

di Odontotecnico; arte compresa tra quelle per le quali la Repubblica, come sancisce il secondo comma dell'art. 33 della Costituzione, detta le norme generali sulla istruzione ed istituisce le scuole, già previste dall'articolo 2 della legge 23 giugno 1927, n. 1264, e dall'art. 1 del regolamento.

Il pretore, premesso che il giudizio, stante la natura delle prestazioni per le quali l'imputato è stato ritenuto responsabile di esercizio abusivo della professione, non può essere definito indipendentemente dalla risoluzione della questione di legittimità costituzionale sollevata, non ritiene che la stessa sia manifestatamente infondata.

Osserva, infatti, che l'art. 11 del regolamento riserva agli Odontotecnici una condizione palesemente o ingiustificatamente discriminatoria nei confronti degli esercenti le arti ausiliarie previste dall'art. 1, mentre gli articoli 12, 13, 14, 15 del regolamento autorizzano ottici, meccanici ortopedici, ernisti, infermieri ad esercitare liberamente e direttamente nei confronti del pubblico – pur con le limitazioni di legge – la loro arte, l'Odontotecnico è costretto ad esercitare la propria, relegato nel suo laboratorio e senza la possibilità di trarre legittima e diretta soddisfazione del frutto del suo lavoro, pur altamente specializzato e squisitamente tecnico.

La sua attività, giuridicamente di secondo piano ed effettuata a rimorchio di quella del dentista, nei confronti del quale l'Odontotecnico – per la formulazione dell'art. 11 del regolamento – svolge quasi un lavoro subordinato, appalesandosi il suo laboratorio come una dépendence del gabinetto dentistico, assume praticamente un rilievo e una funzione sociale ben più elevati, che reclamano, proprio nell'interesse della comunità, un legale riconoscimento mediante la eliminazione delle pastoie in cui l'art. 11 ha previsto che si svolgesse tale attività, la quale – tra quelle previste dall'art. 1 del regolamento – è quella che ha maggiori titoli per essere definita “arte”

Dal riscontro delle rispettive norme, si rileva che l'ottico può confezionare, apprestare e vendere direttamente al pubblico occhiali o lenti, anche se soltanto su prescrizione del medico, ed è autorizzato a fornirgli direttamente al pubblico e ripararli; così come il meccanico ortopedico può rilevare direttamente sul paziente misure e modelli – anche se solo su prescrizione del medico – può allestire apparecchi tutori su misure e modelli da lui rilevati, può eseguire prove di congruenza degli apparecchi in corso di allestimento.

Non si ravvisa, quindi, alcun motivo per il quale all'Odontotecnico non debbano essere riconosciute le stesse facoltà, seppure con la stessa limitazione di eseguire le sue prestazioni tecniche su prescrizione del medico.

Appare opportuno considerare che si assiste ormai al generalizzarsi di una tendenza già diffusa – costituente attualmente un abuso ma ben più rispondente alle esigenze pratiche, e soprattutto economiche, dei cittadini – secondo la quale questi ultimi preferiscono rivolgersi direttamente all'Odontotecnico quando abbisognano appunto delle sue prestazioni puramente tecniche.

Indipendentemente da queste pur valide considerazioni, si conviene nel ritenere che l'art.11 del regolamento, così come formulato e in relazione a quelle prestazioni specializzate e puramente tecniche di esclusiva o primaria, come nel caso in esame, competenza anche professionale dell'Odontotecnico, sia in contrasto con l'art. 33 della Costituzione, il quale sancisce la libertà delle arti e delle scienze.

Sembra, altresì, che in tale accezione non possa non ricondursi la libertà di esercitare l'arte di Odontotecnico, nel senso sopra specificato, che l'art.11 del regolamento si ritiene abbia limitata e compressa, senza alcun riscontro per qualunque altra arte o professione.

P. Q. M.

Visto l'art. 23 della legge 11 marzo 1953, n.87, ritenuto che il giudizio non può essere definito indipendentemente dalla risoluzione della questione di legittimità e non ritenendosi che la questione sollevata sia manifestamente infondata, ordina l'immediata trasmissione degli atti alla Corte costituzionale e sospenda il giudizio in corso.

Ordina, altresì, che a cura della cancelleria la presente ordinanza non letta al pubblico dibattimento, venga notificata all'imputato, al pubblico ministero e al Presidente del Consiglio dei Ministri e venga comunicata ai Presidenti delle due Camere, ai sensi dell'ultimo comma del suddetto art.23.

Il Pretore.

Da questo articolo, Avvocato carissimo, sicuramente Lei avrà compreso la dimensione dell'intera questione. Per il momento tralascio il giudizio della

Corte di Cassazione, anche se può sembrare scontato visto che a distanza di qualche decennio la situazione per la categoria degli Odontotecnici non è mutata, ma le posso dire che il contenuto lascia intendere possibilità di manovra per una possibile risoluzione.

Molti hanno gettato la spugna, noi intendiamo rilanciare sperando di trovare in Lei uno spirito da GUERRIERO che si batte contro quello che può sembrare utopia.

Per oggi concludo sintetizzando il pensiero che non è solo il mio :

nell'interesse dell'intero paese Italia con costi Zero per lo Stato, va riconosciuto urgentemente all'Odontotecnico il suo giusto ruolo sia per le sue specifiche competenze tecniche sia per le sue peculiari capacità globali (anche cliniche) che devono essere riconosciute a pieno titolo e annoverarlo come collaboratore insostituibile dell'abilitato in Odontoiatria a stretto contatto del paziente così come sempre è stato.