

## CONGRESSO NAZIONALE DI MEDICINA DEMOCRATICA MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE - UNIVERSITA' DI FIRENZE: 19/21 novembre 2015

### SINTESI GRUPPO DI LAVORO: PARTECIPAZIONE, PREVENZIONE, SALUTE: la difesa dei diritti sotto attacco

Il gruppo di lavoro è stato molto partecipato, ci sono stati tanti interventi (tutti quelli che hanno chiesto di intervenire hanno parlato) sostanzialmente legati al problema della sanità. Una sintesi che comprenda tutto risulta difficile, pertanto si è cercato di privilegiare le linee fondamentali e le proposte. **Certamente la sintesi può essere corretta da parte dei partecipanti.** Va sottolineato che le sezioni intervenute operano e lottano, in relazione alle loro scelte, proprio in ordine alla difesa del diritto alla salute.

- Si inizia con una premessa proposta da MD di Viareggio
  - Si continua con l'esposizione dei fondamenti di riferimento
  - Si conclude con le proposte
1. *I partecipanti al gruppo di lavoro propongono che ad iniziare dai primi mesi del 2016, le sezioni di Medicina Democratica, ognuno nello specifico delle esperienze, conoscenze e competenze più approfondite sul piano sia teorico che operativo, si candidi a promuovere e a realizzare iniziative di confronto e approfondimento sui diversi temi della difesa dei diritti alla salute su cui coinvolgere il movimento. L'obiettivo è quello di creare momenti di conoscenza diffusa e condivisa finalizzata alla non delega ad altri del sapere scientifico e tecnico, operatori, malati e cittadini. In questo modo il movimento può progressivamente consolidarsi come solido riferimento culturale e scientifico sul quale basare iniziative di lotta per la salute a sostegno della qualità e del rigore degli interventi sulla sanità, pubblica e universale.*
  2. Si riprendono qui le linee fondamentali in tema di difesa del servizio sanitario nazionale scaturite dall'apposito **gruppo di lavoro del VII Congresso nazionale**. Si sottolinea che si tratta di riferimenti di carattere generale, assolutamente importanti, anche se non immediatamente applicabili in termini di mobilitazione e di lotta nella attuale condizione sociale e politica.

**“ LA SANITÀ BENE COMUNE DIFENDERE E AFFERMARE LA SANITÀ PUBBLICA** *E' uno degli obiettivi del VII Congresso di Medicina Democratica, Movimento di Lotta per la Salute. Esso è una parte integrata del più ampio obiettivo della difesa-affermazione del diritto alla salute. Diritto difeso o affermato vuol dire diritto realizzato o che si realizza nei confronti di tutti, in quanto si tratta di un diritto universale.*

*La realtà ci mostra come solo parzialmente i cittadini hanno a disposizione una risposta efficace al loro bisogno di salute, ed un'organizzazione sanitaria, altrettanto efficace, che traduce il bisogno in risposta adeguandola alla situazione storica e personale di ciascuno e della collettività nel suo insieme.*

*L'organizzazione sanitaria pubblica è più efficace rispetto a risposte di altro tipo che vengono fornite in Italia e nel mondo. E' un dato affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sulla base di numerosi studi pubblicate sulle riviste più accreditate nel mondo. (Si veda in particolare l'articolo di Carlo Romagnoli: “Dal servizio sanitario pubblico a quello comune”, pubblicato nel n. 197/199 della rivista Medicina Democratica a pag. 67)*

*Da ciò non deriva automaticamente che, visto il vantaggio sociale ed economico che ogni governo, nel mondo, operi in questa direzione. Anche chi, come l'Inghilterra, ha messo in atto il sistema sanitario pubblico fin dal dopo guerra, può benissimo rimetterlo in discussione e cambiarlo. (1)*

*Il mondo non è dominato dalla logica o dalla democrazia, men che meno dalla partecipazione di chi lo abita, ma dall'interesse e dal potere. E' stato dimostrato, ad esempio, che la TAV in Val Susa è un'opera non solo inutile, ma anche dannosa.*

La sanità è un grande apparato, è stato detto che è il secondo grande business (dopo le armi). L'organizzazione sanitaria è diventata pubblica, da noi, come in Inghilterra, come in altri stati, al seguito di una grande discussione, di lotte e di iniziative politiche. Non è garantito che resti tale per sempre. Oggi in Italia il 30% della sanità è privata ed elementi di privatizzazione sono stati inseriti nel sistema pubblico. Dire che la sanità sia gratuita è proprio un'affermazione gratuita. Il nostro ragionamento ci spinge anche ad affermare che una privatizzazione totale, ovvero il passaggio ad un sistema di assicurazioni private, sia difficile proprio a difesa degli interessi privati che hanno nelle erogazioni di denaro pubblico per farmaci, macchinari sanitari, edilizia sanitaria, prestazioni sanitarie, strutture sanitarie, una fonte di mantenimento e di guadagno certo. Tuttavia un sistema siffatto, progressivamente, pur non totalmente privatizzato, costoso per i cittadini, non risponde alle esigenze che erano alla base delle lotte per la riforma e, almeno, ai principi sanciti dalla legge istitutiva del Servizio sanitario Nazionale.

### **I BENI COMUNI**

Dopo i referendum che hanno sancito il No al Nucleare e il Sì all'Acqua pubblica e pulita si è affermato il concetto di BENI COMUNI. Questa nuova formulazione si sta allargando. E sono alcune decine i Comuni che lo stanno approfondendo e costruendo. Ciò è avvenuto recentemente, per iniziativa del Comune di Napoli il 28 gennaio u.s.

In quell'occasione non si è parlato di Sanità perché altri erano i temi all'ordine del giorno, perché occorre difendersi dall'incedere di iniziative del governo e di multinazionali che cercano di aggirare il risultato del referendum, almeno in tema di acqua pubblica. O forse perché da anni i comuni sono stati esautorati dalla gestione della sanità pubblica. La Sanità è un problema o "un affare" delle Regioni, delle aziende sanitarie locali, dei direttori generali. Come dire: "la Sanità, fuori dal Comune, non è più un bene comune".

Allora proviamo a rimettercela, facciamo un percorso a ritroso, partiamo dall'attuale sistema sanitario, strumentale agli interessi di chi ha centrato ogni intervento sulla erogazione di prestazioni, utili o inutili, indipendenti dal loro significato e dalle cause che le renderebbero necessarie.

Quindi sorge per noi un primo compito importante: fare nascere la consapevolezza che l'organizzazione sanitaria è perfettamente un BENE COMUNE che non può essere privatizzato, è come l'Acqua, non può essere utilizzata per fini di profitto e di profittabilità. Si può entrare nel merito di una piattaforma, e lo si farà alla fine.

### **Il movimento di lotta per la salute**

Dopo avere chiarito il Perché (la privatizzazione strisciante della sanità), prima del Che Cosa (la Piattaforma), occorre stabilire anche il Con Chi.

Il percorso è quello dei movimenti che si unificano per difendere un diritto e per affermare un sistema pubblico, assolutamente messo in crisi.

Un compito più difficile rispetto a quello dell'acqua, perché la Sanità è un organismo grande e complesso con centinaia di migliaia di addetti, con ospedali, università, con grandissimi interessi industriali e corporativi che vogliono sempre di più allargarsi e insediarsi dentro e fuori dal pubblico.

E' un compito difficile perché oggi si è creata una divaricazione fra l'oggetto e il soggetto. Gli operatori della sanità sono volti a salvaguardare la loro condizione professionale e contrattuale, solo marginalmente sono interessati a come si evolve (o si involge) il sistema. E se ne sono coscienti non si vede quali iniziative ne conseguono. (2)

In molte aziende si firmano accordi di "sanità integrativa". Si stabilisce che i lavoratori possono accedere a polizze assicurative (stipulate dai datori di lavoro) che danno la possibilità usufruire di visite ed esami gratuiti, saltando i tempi di attesa cui normalmente si va incontro nel pubblico. I soggetti contraenti non si chiedono a che cosa servono, eppure sono previsti esami ed indagini "mirati" come previsto dal decreto legislativo 81/2008 (sulla salute e sicurezza sul lavoro). Anche se i lavoratori non li pagano (ma pur sempre si tratta di una parte del loro salario), sono privi di senso. Invece che occuparsi della condizione di lavoro, ricostruire il ciclo produttivo, essere a conoscenza delle sostanze che vengono manipolate, verificare come l'organizzazione del lavoro incida sulla salute dei dipendenti, si sceglie di far passare l'idea che i tanti esami garantiscono il controllo, la sicurezza delle proprie condizioni di salute.

La libera professione, anche quella all'interno delle stesse strutture sanitarie pubbliche, acquista sempre maggiore spazio, pur costituendo una contraddizione sempre più marcata, diventata un modo consistente di tagliare i cittadini utenti. Sembra pure che anche i sindacati siano sempre meno interessati ad intervenire sulle misure legislative e amministrative che vengono prese. I cittadini si difendono individualmente dalla cosiddetta "malasanità" con contenziosi legali sempre più frequenti. Questa vertenzialità diffusa non produce movimento o organizzazione; produce forse qualche risarcimento, riconoscendo palesi ingiustizie, al tempo stesso fa prosperare le assicurazioni.

Di partecipazione nemmeno più si parla, men che meno la si pratica.

Ci dobbiamo guardare intorno e vedere se fra i movimenti, gli operatori, gli esperti, pezzi di sindacato e altro si può riprendere un percorso, che oggi possiamo riattualizzare: La Sanità BENE COMUNE.

Una piattaforma da discutere, anche progressivamente fra coloro che pensano di coinvolgersi può essere la seguente:

#### **1. Il fondo sanitario nazionale deve essere adeguatamente finanziato.**

Se è vero che un sistema sanitario nazionale è più efficace e meno dispendioso di qualsiasi altro tipo di sistema è pure ed altrettanto vero che non può essere sotto finanziato, soprattutto nel momento in cui si spendono miliardi in armi (si pensi ai 15 miliardi ed oltre utilizzati per comprare gli F 35), oppure ci si appresta a imporre – con la forza – opere la cui inutilità e ancora più nocività è palese (come la TAV in Val Susa e in altri territori). Ci viene detto che la spesa sanitaria aumenta più velocemente del PIL (certamente in una situazione in cui il PIL non cresce), sottendendo ancora una volta che la sanità sia "un peso" del quale se non ci si può liberare, almeno debba essere fortemente ridimensionata. Si tralascia di parlare di quelle sacche di sprechi (uso dei farmaci distorto, mancanza di educazione sanitaria e alla salute, consulenze, visite, esami e certificazioni inutili, non utilizzo adeguato dei macchinari, ecc.), utili alle clientele e alla corruzione.

Il diritto alla salute è comunque un diritto assoluto, libero da compatibilità economiche di qualsiasi tipo. E' presumibile allo stato attuale che un finanziamento del fondo pari all'9% del PIL (corrispondente all'attuale finanziamento pubblico più le

spese private dei cittadini) sia l'obiettivo da perseguire considerando che occorre intervenire prima di tutto al sud perché siano abolite le differenze in termini di strutture ed organizzazione sanitaria rispetto al nord, non ultimo contro la migrazione sanitaria di migliaia di cittadini.

Al 9% di finanziamento per la sanità si può giungere progressivamente agendo da un lato con nuovi investimenti e dall'altro sul fronte dei risparmi.

In molte situazioni è stato sperimentato ed attuato "il bilancio partecipativo". I cittadini devono potere conoscere le entrate sanitarie ed intervenire sulle modalità di spesa. Devono potere partecipare, ovvero decidere delle scelte in sanità.

2. **L'ideologia e la pratica dell'azienda deve essere abbandonata.** Il sistema deve essere in grado di autoregolarsi in quanto fondato su una solida base etica, con previsione di sanzioni per gli inadempienti. Deve essere ripreso come valido, storicamente e culturalmente fondato, il concetto di Unità Sanitaria Locale (USL). L'esperienza ha mostrato l'inadeguatezza dei comitati di gestione delle USL (non in tutte le situazioni); il modello aziendale con a capo un direttore generale monocratico con compiti economici, prima che di salute, non solo si è mostrato inadeguato, ma pure concettualmente sbagliato. La necessità del contenimento della spesa ha eliminato qualsiasi tipo di controllo democratico, non solo, la dipendenza politica, particolarmente nelle regioni di centro destra (a volte non solo) ha fatto scegliere persone in modo clientelare, privi di competenza e di storia, senza alcuna idea di prevenzione e di salute. Così proprio non va. E' difficile individuare una formula precisa e magica sostitutiva del sistema aziendalistico fondato sul direttore generale. Possiamo stabilire però dei principi:

a) Il primo è il principio degli obiettivi di salute. Chi dirige deve essere volto a migliorare le condizioni di salute della popolazione che si trova nel suo territorio. In altri termini si tratta del principio dell'epidemiologia e della prevenzione. **Occorre sapere dove si è e dove si vuole andare.** Certo vi è la programmazione regionale e nazionale, ma non basta, occorre avere una conoscenza territoriale dalla quale partire per operare in tempi diversi per raggiungere alcuni obiettivi di salute.

a) Il secondo è il principio della democrazia che non è solo quello della partecipazione (ovvero della possibilità dei cittadini organizzati di verificare e fare proposte sul funzionamento delle strutture e dei servizi sanitari), ma è anche quello della gestione sociale. Una direzione è indiscutibile, ma non può che essere collegiale, costituita da persone competenti a cui non toccano denari in più rispetto a quelli che prendono per il lavoro che precedentemente svolgevano. Si sono sperimentati ad un certo punto dell'evoluzione che ci ha portato all'attuale sistema dei "comitati di garanti" delle USL. Perché non ristabilire qualcosa di simile e perché non pensare ad elezioni dirette di questo organismo il cui compito sarebbe quello di controllare e di verificare il raggiungimento degli obiettivi di salute? Avremmo quindi in ogni USL (la A di azienda deve essere eliminata) un Comitato di Partecipazione ed un Comitato di Garanti, cui è affidata la direzione della USL, con un territorio delimitato e riconoscibile che ha all'interno l'ospedale

a) Oggi siamo arrivati all'azienda e al direttore generale i cui compiti sono prevalentemente economici, di bilancio, volute dagli organismi internazionali con la complicità dei governi liberali nazionali. I comuni, con il sindaco garante del diritto alla salute, dovevano essere i gestori della sanità territoriale. La sanità avrebbe dovuto costituire un impegno prioritario, essenziale, si sarebbe dovuto rivisitare la storia degli inizi del 900 quando nelle città i consigli comunali capirono che per salvaguardare la salute si doveva intervenire sull'ambiente, sull'igiene territoriale e abitativa non meno che su quella del lavoro. Non solo ma occorreva coinvolgere, in questo, la popolazione. Così il sindaco di Milano del biennio rosso (1920/21), Angelo Filippetti, medico e socialista aveva fondato i circoli rionali "fate largo alla povera gente" che operavano particolarmente nel campo della difesa della salute. Un'esperienza che venne stroncata dall'avvento del fascismo dove i comuni divennero strumenti di controllo sociale e dove l'intervento sulla salute era limitato a pagare le spese ospedaliere e manicomiali salvo rivalersi sui parenti abbienti (legge n. 1580/1931 abrogata solo da pochi anni).

I comuni non seppero trarre il massimo vantaggio dalla legge 833/78, delegarono la gestione della sanità territoriale (salvo non poche eccezioni) a figure di secondo piano, si esposero (i Comitati di gestione delle USL) alle critiche di clientelismo, spensieratezza nella gestione dei fondi della sanità, politicizzazione nelle scelte dei commissari, ecc. I comuni contribuirono ad aprire la strada al movimento contro riformatore che operò per indebolire e poi distruggere la riforma sanitaria. Difficile è oggi sostenere, come sarebbe giusto, la necessità per i comuni di riprendere la sanità nelle loro mani. Ma un percorso va pure fatto, una responsabilità va pure data e non può essere quella di vedere i comuni partecipi di fondazioni cui si affidano, probabilmente senza ritorno pezzi di sanità, siano essi residenze sanitarie assistenziali (RSA), siano piccoli ospedali. Il ruolo dei comuni potrebbe essere quello di promuovere la conoscenza delle condizioni igienico ambientali del territorio (gli effetti del traffico e delle altre fonti inquinanti), gli infortuni stradali, domestici e del lavoro ed interloquire con le USL sulle misure programmatiche da prendere, non meno di conoscere quale sia la condizione degli anziani malati, degli immigrati, dei tossicodipendenti, dei malati mentali, dei sieropositivi e dei malati di AIDS e pure di nuovo interloquire con gli altri enti cui spetta la programmazione sanitaria per l'adozione di misure preventive (ad esempio la prevenzione della non autosufficienza), e di interventi concreti contro la povertà e il degrado. I Comuni potrebbero essere i primi proponenti, possibilmente mettendo a disposizione i locali, per la costruzione delle Case della Salute cui più approfonditamente parleremo nel capitolo ad esse dedicato.

## 2. **Il finanziamento delle strutture (e degli operatori) cosiddetto a prestazione deve cessare.**

E' stato dimostrato (Alberto Donzelli) che il sistema di pagamento a prestazione (i famosi DRG) ha fallito gli stessi obiettivi che si era posto. Non è riuscito a contenere i costi della sanità, non è riuscito a trasferire risorse dall'ospedale al territorio, nemmeno è riuscito ad attuare misure di appropriatezza delle prestazioni, anzi proprio su questo terreno si è misurato l'effetto contrario. La spesa sanitaria si è ridotta nei primi anni dopo l'adozione del decreto legislativo 502/92 per effetto del blocco del personale e della progressiva riduzione dei servizi, successivamente verso la fine degli anni 90, in connessione con la piena applicazione dei DRG, la spesa ha ripreso a crescere, pur rimanendo costante il blocco del personale. Al contrario di quanto preventivato (ma nella realtà non vi era alcuna intenzione seria in proposito) i servizi territoriali hanno subito un arresto e la spesa ospedaliera è rimasta costante o è aumentata; solo alcune regioni, in questi ultimi anni, sono riuscite a ridurre la spesa

ospedaliera a favore di quella territoriale, nonostante i DRG. Il peggio si è avuto nell'incremento delle prestazioni ospedaliere. Le analisi fatte in Lombardia hanno ad esempio mostrato un aumento di 2,65 volte per l'insieme delle tracheotomie, le craniotomie sono aumentate del 50%, i DRG riferiti a "altri interventi chirurgici per traumatismo" sono aumentati del 75%, i due DRG che riguardano gli interventi sul ginocchio sono aumentati di 3 volte, ecc. Si tratta di dati che sono stati confermati a livello internazionale: il sistema che prevede il pagamento a prestazione spende di più di quello che utilizza il pagamento a quota capitaria. Altro esempio può essere quello della modifica della iscrizione di diagnosi diverse rispetto a quelle reali allo scopo di usufruire di DRG più remunerativi, soprattutto deve sfuggire la relazione che esiste fra l'impiego dei DRG e la libera professione intramoenia. "La libera professione che costituisce una forma di pagamento a prestazione per eccellenza, pesa tradizionalmente molto nella formazione del reddito dei medici pubblici dipendenti con una buona progressione di carriera, ed è destinata a pesare molto anche per il futuro, con l'enfasi politica e normativa che è stata posta sullo sviluppo della libera professione intramuraria e dell'area a pagamento nelle aziende sanitarie pubbliche. Si aggiunga che la pleora medica e la crescente competizione per risorse che il sistema sociale destina alla sanità con limiti sempre maggiori, fa sì che per molti medici la libera professione costituisca l'unica via d'uscita per integrare un reddito considerato insufficiente. L'incentivo finanziario legato alla libera professione è forte soprattutto nei professionisti pubblici più qualificati e/o titolati, il cui "valore di mercato" sale proporzionalmente. Ma i medici più brillanti e titolati sono in genere anche quelli che acquistano maggiore peso nelle società scientifiche. Pertanto è alta la probabilità che ai vertici associativi nelle diverse discipline salgano professionisti che hanno molto da guadagnare da un sistema di finanziamento basato sulla quantità di prestazioni effettuate, e che essi comunque tendano ad interpretare in tal senso gli interessi oggettivi di categoria che rappresentano. Inoltre il medico che effettua una significativa attività libero-professionale tende in buona fede a trasferire anche nella sua attività istituzionale comportamenti volti ad accettare passivamente qualunque richiesta del paziente o a incentivare l'utilizzo di tecnologie sofisticate, tipiche della libera professione." (Alberto Donzelli, Consiglio Superiore di Sanità, in ASI n. 17/29 aprile 99)  
E' dunque possibile costruire un sistema di finanziamento che possa fare a meno del pagamento a prestazione e della libera professione intramuraria?

La risposta non può, non deve che essere positiva. Un sistema che, sempre come dice Donzelli, paga la salute e non la malattia, deve essere fondato sulla quota capitaria estesa dal medico di medicina generale, all'ospedale, al distretto alle altre strutture sanitarie. Nella legge che ha definito i LEA sono stati spartiti i finanziamenti fra i diversi erogatori: tanto alla prevenzione negli ambienti di lavoro e di vita, tanto alla medicina di base, tanto alla medicina specialistica e ospedaliera, ecc. Non si tratta altro che attribuire per ogni territorio una quota capitaria relativa ad ogni livello e di distribuirla fra i diversi erogatori. La quota capitaria deve essere ponderata, ovvero deve tenere conto della composizione demografica della popolazione, della situazione geografica territoriale, della situazione epidemiologica ed ambientale territoriale. In questo modo si evita la rincorsa alla moltiplicazione delle prestazioni e si incitano i diversi livelli organizzativi sanitari alla programmazione per obiettivi, particolarmente l'ultimo, quello territoriale. Infatti, qualcuno potrebbe obiettare che, senza l'incentivo DRG i diversi erogatori potrebbero operare in modo routinario e burocratico, lavorando al minimo, a maggior ragione se si elimina la libera professione. Prima di pensare ad incentivi occorre rifarsi alla coscienza e alle conoscenze degli operatori, alle motivazioni che li hanno spinti (per qualcuno costretti) ad intraprendere quella scelta. Coscienza, conoscenza e motivazione che possono venire da un lavoro di formazione permanente, non meno ad una possibilità di partecipazione alle scelte che riguardano il loro lavoro. La stessa partecipazione che hanno i cittadini utenti, ma che gli operatori, causa la loro permanenza e conoscenze, possono meglio applicare.

Gli incentivi devono essere anche economici. Il patto di solidarietà per la deve riguardare anche gli operatori cui deve corrispondere uno stipendio adeguato è questa è una delle ragioni dell'aumento all'8% del fondo sanitario nazionale. In particolare per i medici e per tutti coloro che possono allo stato attuale svolgere la libera professione deve essere previsto un consistente aumento salariale di fronte alla eliminazione di qualsiasi forma di libera professione dentro o fuori le mura: chi lavora nel pubblico non può lavorare né nel privato, né in forma privata dentro il pubblico. E' naturalmente libero di lavorare nel privato, anche se, con un sistema pubblico così previsto non gli conviene.

3. **La centralità della prevenzione deve essere fermamente voluta.** Sappiamo che la migliore condizione di salute non dipende prevalentemente dal sistema sanitario, ma dalla condizione di vita nel suo insieme (lavoro, ambiente, trasporti, abitazione, cultura, relazioni sociali ed altro); sappiamo però anche che un sistema sanitario in grado di conoscere e rilevare, oltre che di denunciare, le fonti di rischio diventa essenziale per lo scopo che si vuole raggiungere. Fondamentalmente un sistema preventivo deve essere indipendente dai soggetti che producono o possono produrre rischi e danni.
3. **IL Servizio sanitario Nazionale deve comprendere al suo interno per le attività di prevenzione cura e riabilitazione tutti i soggetti "qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata della malattia" (articolo 2 legge 833/78).** Non è più accettabile l'emarginazione dal SSN e dalle sue strutture di persone malate croniche non autosufficienti, di malati di AIDS, di persone affette da gravi disabilità, di persone con disagi e malattie mentali, di immigrati malati.
3. **La relazione medico-paziente, struttura sanitaria-cittadino utente, deve essere ripristinata.** All'origine, molte volte, della cosiddetta malasanià vi è la non personalizzazione degli interventi, la non considerazione della condizione umana, lavorativa, familiare, sociale, culturale delle persone. Chi è più povero e più disagiato ha bisogno di maggiore attenzione, non viceversa.
3. **Il testo unico delle leggi sulla salute nei luoghi di lavoro (previsto dalla riforma sanitaria) deve essere applicato.** Non solo contro le vecchie situazioni, pur esistenti, di nocività, fra le quali finalmente deve essere stabilito la messa al bando delle produzioni di morte e definito anche in via legislativa il rischio zero per i cancerogeni, ma vanno comprese tutte quelle forme dovute all'introduzione delle nuove tecnologie, nonché soprattutto alla precarietà del lavoro (che va combattuta in ogni caso), e alla violenze morali (mobbing). Non ultimo occorre realizzare quanto stabilito ancora dalla legge 833 in termini di riconoscimento degli infortuni e delle malattie professionali, e cioè il loro passaggio dall'INAIL alle USL. In particolare l'INAIL, ente di assicurazione sociale delle malattie deve essere totalmente riformato. In primis l'ISPESL deve ritornare alla sua autonomia o essere integrato nell'Istituto Superiore di Sanità.
3. **I cittadini devono essere sollevati dal pagamento dei ticket e di altre contribuzioni che si configurano come tassa sulla**

*malattia. In ciò va compresa la pratica della libera professione intramoenia che deve essere abbandonata chiarendo una volta per tutte che chi lavora nel pubblico non può lavorare anche nel privato. Certamente le retribuzioni dei dipendenti pubblici sanitari devono essere adeguate, come deve essere eliminata la precarizzazione del lavoro in sanità.*

3. *La ricerca scientifica deve essere parte integrante del servizio sanitario nazionale. Tutte le forme di privatizzazione dirette o indirette della ricerca scientifica a partire dall'ultima che stabilisce il passaggio a fondazioni degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), devono essere abbandonate. Allo scopo la politica farmaceutica deve essere ricondotta al pubblico nelle varie forme che si sono rivelate utili, come il ricorso ai farmaci generici, comunque all'educazione sanitaria e all'utilizzo dell'uso dei farmaci da parte dei medici di medicina generale.*

*Milano, 09.02. 2012”*

### 3. QUALI PROPOSTE

La situazione dal 2012 ad oggi è ulteriormente peggiorata: è peggiorata la situazione del lavoro, quella dell'ambiente, quella sociale. La crisi provocata dal “finanzcapitalismo” è stata determinata. La sanità è importante, ma influisce per una parte minoritaria rispetto al diritto alla salute. Se manca il lavoro, si perde la salute; se la condizione ambientale subisce iniziative legislative come lo “sblocca Italia”, se non si opera nel campo delle bonifiche, se – per una dissenata politica territoriale - aumentano i dissesti e i disastri, i cittadini, specie coloro sottoposti a maggiori disagi, ne subiscono le conseguenze; nel campo proprio della sanità e del sociale i tagli al fondo sanitario nazionale, e quelli sociali ai Comuni, fanno aumentare il livello di povertà, di disabilità e di malattia.

E' chiaro che il nostro intervento di mobilitazione e di lotta, da compiersi insieme a tutti coloro che condividono questa analisi, si deve dirigere in ognuno degli ambiti che concorrono alla perdita della salute e del suo diritto (si vedano le decisioni e le proposte degli altri 5 gruppi di lavoro).

Per quanto riguarda lo specifico della sanità, le compagne e i compagni di MD sono impegnati principalmente nei loro territori a sviluppare iniziative culturali e iniziative di lotta per il diritto alla salute e la difesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Alcune di queste sono specifiche, altre potrebbero essere generalizzate. Per altre ancora - ne indichiamo una alla fine - potrebbero essere proposte a tutti, avendo una dimensione nazionale.

In Toscana è in atto un'iniziativa alquanto significativa: la richiesta di un referendum abrogativo della recente legge sulla sanità al seguito della raccolta di 55.000 firme. Ciò ha comportato una larga intesa fra moltissime associazioni e sindacati: incontri assemblee, banchetti. Significa che si è condivisa la necessità di respingere, in una regione, tradizionalmente considerata di sinistra, delle norme che direttamente o indirettamente, si muovono verso un sistema di tipo privatistico.

Ancora in Toscana, ma anche in altre regioni, si sono portate avanti iniziative contro i ticket, dove si è visto che molti cittadini non ottemperano alle prescrizioni del loro medico, per mancanza di quattrini causa il costo ticket. In generale, ci dice il Censis, una famiglia su due ha al suo interno uno o più membri, che per motivi economici evitano di curarsi.

In Lombardia, in Toscana e in Piemonte sono state adottate forme di difesa per opporsi alle cd “dimissioni selvagge”, soprattutto di anziani malati cronici e di disabili gravi e al tempo stesso si agisce per applicare le leggi esistenti che impediscono ai comuni di fare regolamenti che impongono ai cittadini ricoverati in strutture protette (Residenze Sanitarie Assistenziali) di pagare rette esose senza provvedere alla loro integrazione. In proposito la associazione Senza Limiti – onlus (che ha sede nella sede nazionale di MD) il 1 dicembre avrà un'udienza davanti alla Corte Costituzionale (su rinvio da parte del giudice di Trento) per affermare che per le rette si deve fare riferimento al solo assistito e non a tutta la famiglia.

Fra l'altro, MD è parte civile in due processi che riguardano la sanità: il primo a Milano contro gli imputati (chirurgo toracici) della ex Clinica Santa Rita di Milano (attualmente in Appello contro la sentenza che ha condannato in primo grado il principale responsabile; e a Torino contro gli imputati della cd “Stamina”, processo in parte risolto per gli imputati principali con condanna con rito abbreviato.

In Lombardia, inoltre, ogni anno si propone agli operatori e ai militanti in sanità, un corso di informazione e formazione sulla sanità e si partecipa ad una trasmissione a Radio Popolare sui temi della lotta contro emarginazione (cronicità non autosufficienza, disabilità) condotta da Vittorio Agnoletto.

**Inoltre si sono proposti due discussioni comuni, come MD a livello nazionale di cui la prima ha già visto una discussione via mail, riguardo al tema delle vaccinazioni con particolare riferimento al Piano Nazionale Vaccinazioni emanato dal ministero della Salute.**

**Seconda discussione proposta questa volta dalla sezione di Viareggio, riguarda la Riabilitazione (“ La riabilitazione come prevenzione dell’handicap: aspetti biologici e pedagogici”).**

**Si stabiliranno a breve le date e i luoghi.**

**Ed ancora Medicina Democratica aderisce – facendo parte – alle iniziative promosse dalla Rete Sostenibilità e Salute per il ritiro della proposta di legge approvata dalla Commissione Affari Sociali della Camera, che affida le linee guida per la cura delle principali patologie alle società scientifiche.**

**Non solo ma si è aderito ad un progetto di legge predisposto da un’associazione della Rete a riguardo della trasparenza del rapporto fra medici e case farmaceutiche sull’esempio del sunshine act degli USA (1)**

**Infine per quanto riguarda l’indizione di un’iniziativa di lotta contro l’incedere della privatizzazione della sanità, quindi il passaggio, sempre, più prossimo, pur senza essere dichiarato, dal SSN ad un sistema assicurativo o a un sistema misto, opponendosi alle proposte di sanità integrativa che vedono sostanzialmente d’accordo governo, regioni, confindustria e sindacati. Una lotta certamente difficile che richiede una grande opera di controinformazione e, nella misura del possibile, di convincimento dei sindacati dei lavoratori (CGI-CISL-UIL, categorie comprese), che tradiscono le lotte, anche da essi stessi promosse, che hanno avuto come effetto la realizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.**

**In questo caso è necessario prevedere la costruzione di una Rete (o Coordinamento) fra movimenti, associazioni, esperti in campo sanitario per promuovere un’organizzazione che ne definisca le opportune modalità.**

**Allo scopo MD, in connessione con la Rete per il diritto alla Salute indice un apposito convegno il 16 gennaio a Milano (da confermare) nel quale spiegare le ragioni politiche e scientifiche che confutano la necessità di scegliere per la sanità integrativa.**

**Si propone anche di discutere della possibilità di promuovere un’apposita proposta di legge nazionale per le cure odontoiatriche pubbliche, come parte dei livelli essenziali di assistenza.**  
**(2)**

**(1)**

Il 23 marzo 2010 gli Stati Uniti hanno emanato una legge, detta Physician Payments Sunshine Act (all’interno di un pacchetto di leggi più ampio sulla protezione dei pazienti e l’accesso alle cure), che obbliga i produttori di farmaci ed altri dispositivi medici a dichiarare tutti i pagamenti e i regali che fanno ai medici e agli ospedali. Il Sunshine Act non ha lo scopo di limitare i regali e i finanziamenti, ma di renderli trasparenti. La legge è stata elaborata dopo che un gruppo di giornalisti aveva rivelato che nel biennio 2009/10 l’industria farmaceutica aveva elargito a oltre 18.000 medici somme per un totale di circa 320 milioni di dollari, con versamenti intorno ai 250.000 dollari ai 10 medici che guidavano la graduatoria. Proposte simili si stanno facendo in Gran Bretagna ed altri paesi, pur senza arrivare, finora, ad una formalizzazione in parlamento, ed in Australia, con una mossa anticipata a sorpresa, la GlaxoSmithKline ha reso noto che a cominciare dal bilancio del 2010 pubblicherà tutti i pagamenti e i regali fatti ai medici.

Perché l’Italia dovrebbe restare indietro? NoGraziePagoIo ha deciso di elaborare una proposta per sottoporla dapprima agli Ordini dei Medici ed alle associazioni professionali, ma in seguito anche a parlamentari interessati ad iniziare un iter legislativo.

## **Proposta di legge sulla trasparenza dei finanziamenti da parte delle industrie della salute**

### **Preambolo**

Tutti i cittadini hanno il diritto di essere informati sui finanziamenti ricevuti da medici, loro associazioni e in generale qualsiasi organizzazione sanitaria pubblica e privata da parte delle industrie della salute. Queste informazioni devono essere fornite dalle industrie stesse e devono essere accessibili tramite accesso ad un sito internet dedicato, come prevista dall’articolo 7.

### **Articoli**

- 1.** A partire dalla data di entrata in vigore di questa legge, ed in seguito ogni tre mesi, tutti i produttori di articoli sanitari (farmaci, vaccini, dispositivi chirurgici, materiali diagnostici di ogni tipo compresi strumenti e materiali per la diagnostica per

immagini, attrezzature e materiali di laboratorio, alimenti speciali compresi quelli per l'infanzia, ed altri da definire) devono inviare al Ministero della Salute (ufficio da definire), in formato elettronico (da definire), un rapporto, **redatto nelle forme della dichiarazione sostitutiva di certificazione ex. D.P.R. 445/2000 (c.d. autocertificazione)**, contenente le seguenti informazioni relative al trimestre appena concluso (ai 12 mesi precedenti per il primo rapporto):

- a. Il nome completo del ricevente (persone fisiche, istituzioni, associazioni professionali, associazioni di pazienti, associazioni di cittadini, etc);
  - b. L'indirizzo completo del ricevente (con telefono e email);
  - c. La quantità di denaro erogata o il valore della donazione (specificandone la natura) (sono esenti i pagamenti e le donazioni fino ad un valore cumulativo di 100 euro l'anno, una volta superato questo valore devono essere dichiarati tutti i pagamenti e le donazioni precedenti);
  - d. La data del pagamento o donazione;
  - e. La modalità del pagamento o donazione (contanti, assegno, bonifico, azioni, dividendi, in natura, sotto forma di servizi, etc);
  - f. La ragione del pagamento (consulenza tecnica, onorari per servizi come conferenze o articoli, viaggi, partecipazione a corsi o congressi, ricerca, borse o assegni di studio, prestiti, regali a fondo perduto, pasti, diversioni, o altro);
  - g. Se il pagamento o donazione è relativo alla ricerca, alla formazione o alla promozione commerciale di uno specifico farmaco o altro dispositivo medico (specificando);
  - h. Ogni altra informazione che il Ministero della Salute possa richiedere in casi specifici.
- 2.** Il produttore che invia il rapporto di cui sopra dovrà anche rivelare, se è il caso, se il pagamento o la donazione sono stati effettuati in parte o totalmente attraverso terzi, specificando le persona, istituzioni o le organizzazioni che hanno svolto questa funzione nella transazione.
- 3.** Il produttore dovrà anche inviare ogni anno (scadenza da definire) allo stesso ufficio del Ministero della Salute, sempre in formato elettronico (da definire) nonché nelle su citate forme **della dichiarazione sostitutiva di certificazione ex. D.P.R. 445/2000 (c.d. autocertificazione)**, la lista dei medici (con nome e indirizzo completi), compresi parenti stretti, che nei 12 mesi precedenti detenevano parte della proprietà dell'impresa o hanno investito nella stessa, specificando:
- a. La quantità di denaro investita e/o la quota di proprietà;
  - b. Il valore ottenuto dall'investimento e/o dalla proprietà (dividendi, quota dei guadagni);
  - c. Qualsiasi altro pagamento o donazione fatti ad ognuno dei medici di questa lista (come per articolo 1, commi a-g);
  - d. Qualsiasi altra informazione che il Ministero della Salute ritenga necessaria.
- 4.** Il produttore che non invia nei tempi e con le modalità previste le informazioni descritte negli articoli precedenti sarà soggetto alle seguenti sanzioni:
- a. Una **sanzione amministrativa** non inferiore a 10.000 e non superiore a 100.000 euro per il mancato invio di ogni rapporto dovuto secondo l'articolo 1;
  - b. Una **sanzione amministrativa** non inferiore a 100.000 e non superiore a 500.000 euro per il mancato invio di ogni rapporto dovuto secondo l'articolo 3.
- 5.** Il produttore che, dopo adeguata verifica, ha comprovatamente omesso di dichiarare pagamenti o donazioni, o ha dichiarato il falso, **salve le responsabilità di natura penale derivanti dal mendacio commesso nella dichiarazione sostitutiva di certificazione**, sarà soggetto alle seguenti sanzioni:
- a. Una **sanzione amministrativa** non inferiore a 1.000 e non superiore a 10.000 euro per ogni pagamento o donazione non o non veritariamente dichiarati nel rapporto di cui all'articolo 1; la multa non potrà superare i 150.000 euro per ogni scadenza di invio del rapporto;
  - b. Una **sanzione amministrativa** non inferiore a 10.000 e non superiore a 100.000 euro per omissione o falsa dichiarazione nel rapporto di cui all'articolo 3; la sanzione non potrà superare il 1.000.000 di euro per ogni scadenza di invio del rapporto;
- 6.** I fondi raccolti con le multe di cui all'articolo 4 saranno usati per il funzionamento del sistema di raccolta e analisi delle informazioni previste dalla presente legge, compreso il sistema di audit (vedi articolo 8).
- 7.** Prima dell'entrata in vigore della presente legge, il Ministero della Salute dovrà:
- a. Elaborare la lista dei produttori nell'ambito di applicazione della legge; la lista dovrà essere aggiornata ogni anno;
  - b. Definire le procedure per l'invio dei rapporti trimestrali e annuali (scadenze, formati, uffici competenti, indirizzi di posta elettronica, misure per la privacy);
  - c. Definire le modalità per l'accesso ai dati da parte di associazioni professionali e di cittadini, ricercatori, altri enti ed istituzioni, comprese le misure per garantire la privacy;
  - d. Definire le modalità per riferire a scadenza annuale al parlamento ed ai cittadini i risultati della raccolta dei dati in termini di somme erogate per produttore, categoria di ricevente e ragione per l'erogazione;
  - e. Tale rapporto annuale dovrà essere trasparentemente consultabile da tutti i cittadini sul sito internet del Ministero della Salute e dovrà perciò essere scritto in linguaggio semplice e chiaro; dovrà anche contenere informazioni sulle multe comminate e pagate.

8. Il Ministero della Salute si avvarrà di un gruppo di auditors che a scadenze regolari dovranno effettuare verifiche a campione della veridicità delle informazioni inviate dai produttori, mediante interviste agli stessi, interviste ai riceventi, e consultazione di documenti gestiti sia dai produttori che dai riceventi, o da terzi. La fornitura di informazioni false sarà punita a termini di legge.

(2)

*PROGETTO DI LEGGE:*

***PREVENZIONE, IGIENE, CURA E RIABILITAZIONE ODONTOIATRICA PER TUTTI***

**Relazione**

Il diritto alla salute è garantito dalla Costituzione. Non sempre questa fondamentale affermazione dell'articolo 32 della Costituzione trova la sua pratica attuazione sia a livello individuale che a livello collettivo. Problemi economici, disfunzioni organizzative, inadeguate applicazioni delle leggi esistenti impediscono la realizzazione di questo diritto. Non solo, ma la sanità costituisce un costo, oltre il giusto e progressivo contributo in termini di imposte, per il singolo cittadino che deve pagare il ticket di fronte a determinate prestazioni, oppure rette e contributi in caso di ricovero in RSA, che si deve rivolgere al privato, anche non sempre giustamente, per potere accedere a prestazioni sanitarie in tempi ragionevoli. Il costo della sanità privata ha quasi raggiunto il 30% della spesa sanitaria totale. Molti cittadini e molte famiglie si sono impoveriti e si impoveriscono per sostenere i costi della sanità.

Uno di questi – molto pesanti – è quello per le cure dentarie. Come avviene per ogni patologia prevenibile, e a maggior ragione per quelle facilmente prevenibili come le malattie della bocca e dei denti, i costi da sostenere per le cure quando le malattie si instaurano sono molto elevati.

A questa considerazione bisogna aggiungere anche quella delle ricadute sulla salute generale dei cittadini delle patologie del cavo orale, spesso sottovalutate.

Nella stragrande maggioranza dei casi soltanto una piccola parte della popolazione riesce ad affrontare i costi delle cure odontoiatriche erogate in ambito privato, e, nella fattispecie, le tariffe e i livelli di appropriatezza sono più derivati dall'andamento del mercato che da valutazioni oggettive.

La domanda che molti si pongono è la seguente: perché le cure odontoiatriche sono al di fuori delle prestazioni, più propriamente dei livelli essenziali di assistenza? Perché il Servizio Sanitario Nazionale le esclude in gran parte dal suo intervento? Perché anche quelle che dovrebbero essere garantite nei confronti dei bambini e degli anziani vengono realizzate solo in alcune regioni?

La legge finanziaria per il 2007 ha stabilito per l'assistenza odontoiATRICA una quota ulteriore di 100 milioni di euro oltre alla spesa attualmente sostenuta di... Un'inezia rispetto al reale fabbisogno, tuttavia possiamo vederla come un inizio, una modalità di aprire la strada all'effettivo inserimento delle cure dentarie nei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'obiettivo della proposta di legge è proprio quello di inserire progressivamente il sistema di prevenzione e cura dei denti all'interno dei LEA. La legge di riforma sanitaria del 1978 lo prevedeva, ma è rimasta in questo settore inapplicata, quindi si è determinata una prassi tale per cui, come abbiamo precedentemente sottolineato, la gran parte dei cittadini si deve rivolgere al privato.

Nella proposta di legge prevediamo due fasi per giungere allo scopo: la prima di rendere effettivo e uniforme ciò che fin'ora rientra nei LEA : prevenzione e cure odontoiatriche rivolte ai bambini e adolescenti, agli anziani ultrasessantacinquenni e alle persone con redditi bassi; una seconda fase nella quale si attiva nel Servizio Sanitario Nazionale un servizio odontoiATRICO pubblico rivolto a tutti i cittadini.

Al fine di rendere accessibili le cure odontoiatriche ai cittadini e allo stesso tempo di utilizzare la rete capillare territoriale degli studi dentistici privati che praticano nella maggior parte un'odontoiatria di qualità, si incoraggia l'accreditamento dei privati con la definizione di tariffe adeguate ed incentivi fiscali e contributivi per il personale sanitario e infermieristico ausiliario operante negli ambulatori. Il pdl stabilisce che questi studi – oltre ad essere accreditati debbono svolgere anche azioni preventive in coordinamento con il Servizio Pubblico.

Per fare ciò deve essere prevista una forma di tariffazione e finanziamento basata sui risultati di salute orale da raggiungere: il finanziamento deve essere legato non immediatamente all'effettivo miglioramento epidemiologico di quella popolazione difficilmente apprezzabile se non nel lungo periodo, ma valutato secondo obiettivi di processo come l'adesione alle campagne preventive o per le strutture pubbliche premi di produttività legati alla capacità di copertura delle attività di prevenzione sulla popolazione o all'aumento della percentuale di cittadini che riescono ad accedere alle cure odontoiatriche, in altri termini deve essere pagata la salute piuttosto che la malattia.

E' necessario comunque prestare la massima attenzione al problema della trasmissione delle infezioni crociate e della sicurezza di cittadini e del personale sanitario, perciò sarà compito del nuovo dipartimento istituito emanare delle linee guida dettagliate per la sicurezza e predisporre i necessari controlli.

Sempre in questa prima fase hanno diritto alle cure dentarie gratuite tramite il sistema dell'accreditamento con le strutture private accreditate anche i cittadini con bassi redditi. Come ha legiferato la regione Emilia-Romagna è prevedibile (ma spetterà al Ministero della Salute stabilirlo) che il reddito ISEE cui fare riferimento sia inferiore ai 15.000 euro. Coloro invece che hanno un reddito ISEE fino ai 30.000 euro avranno diritto alle prestazioni pagando un ticket pari al 50% del costo.

Il successivo passaggio riguarda l'organizzazione del servizio odontoiATRICO pubblico il quale dovrà svolgere tutte le funzioni da quella preventiva fino a quella curativa e protesica. Certamente vi dovranno essere anche le cure che si è scelto di organizzare all'interno del distretto sanitario con apposito organico e apposita strumentazione.

Si ritiene essenziale l'assunzione all'interno del dipartimento l'inserimento degli igienisti dentali sia per campagne di educazione alla salute orale, per la raccolta di dati epidemiologici sul territorio e per l'insegnamento delle corrette procedure di igiene orale sia ai singoli che in comunità (RSA etc.) Le campagne di prevenzione dovranno preferibilmente realizzarsi secondo una logica



multidisciplinare con il coinvolgimento di pediatri, geriatri, assistenti sanitarie oltre che ai già menzionati igienisti dentali. In questo modo si ridurrà certamente nel tempo il carico patologico dentario cui la gran parte dei cittadini è affetto con minore dispendio di risorse economiche e ancora di più con riduzione di sofferenza e di tempo.

#### **Articolo 1 (obiettivi)**

1. La presente legge si pone l'obiettivo di inserire progressivamente la prevenzione e l'igiene orale, la cura e la riabilitazione odontoiatrica all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui al DPCM del 21.11.01.
2. Entro un anno dalla approvazione della presente legge le regioni istituiscono in ogni Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) il Dipartimento di Prevenzione, Igiene, Cura e Riabilitazione Odontoiatrica (DIPICRO) in attuazione dei LEA odontoiatrici di cui al precedente comma.
3. Il DIPICRO (in seguito Dipartimento) coordina anche l'attività dei centri, studi, ambulatori odontoiatrici privati accreditati e convenzionati.

#### **Articolo 2 (organizzazione del DIPICRO)**

1. Il Dipartimento è organizzato su base distrettuale e subdistrettuale (Casa della Salute) mediante servizi e ambulatori in funzione dei programmi stabiliti a livello di AUSL nonché in attuazione dei piani sanitari nazionali e regionali, e in funzione di coordinamento dei centri privati accreditati e convenzionati presenti nel suo territorio.
2. Il dipartimento è diretto da un direttore di dipartimento cui si accede per concorso secondo la normativa nazionale stabilita.
3. Il Dipartimento è organizzato in 2 Unità Operative:

- a) Unità Operativa di Prevenzione e Igiene Orale,
- b) Unità operativa di cura e riabilitazione odontoiatrica.

In ogni UO sono presenti uno o più ambulatori.

4. Il dipartimento è decentrato Dipartimento nei distretti socio-sanitario e in ogni unità sub distrettuale (fra 10 e 25.000 abitanti) (Casa della Salute);
5. L'organico di ogni sub distretto è formato da n. tre operatori (poltrone) operanti a pieno tempo (delle quali uno dedicato all'Igiene Orale) corrispondenti ad una popolazione base composta di 25.000 residenti. L'Ambulatorio deve essere aperto per 12 ore al giorno e si deve potere accedere ad esso tramite prenotazione presso gli uffici distrettuali (CUP). Tre ore al giorno devono essere lasciate libere per eventuali interventi d'urgenza. Vanno garantiti la cura di carie semplici e complesse, le terapie canalari e la terapia parodontale semplice (curettage a quadranti).

La riabilitazione protesica completa per tutti i soggetti di cui all'articolo 5 è assicurata mediante gli studi odontoiatrici convenzionati di cui all'articolo

#### **Articolo 3 (funzioni dell'Unità Operativa di prevenzione ed Igiene Orale)**

1. L'O.P. di Prevenzione e Igiene orale provvede a:
  - a) sviluppare iniziative di educazione sanitaria odontoiatrica rivolta alla fascia di età da 6 a 14 anni tramite interventi diretti nelle scuole materne, elementari e medie inferiori;
  - b) promuovere interventi di diagnosi precoce differenziati in relazione all'età degli alunni nelle medesime scuole;
  - c) inviare i soggetti che presentano iniziali patologie odontoiatriche all'ambulatorio di primo intervento di cui al successivo articolo 4 e/o ai dentisti convenzionati per potere essere curati con le modalità previste dal medesimo articolo.

#### **Articolo 4 (funzioni dell'Unità Operativa di cura e riabilitazione odontoiatrica)**

1. L'U.O. fornisce cure odontoiatriche e, in caso di necessità, le relative protesi ai soggetti nella fascia di età di cui al comma 1 dell'articolo 3 e agli anziani ultrasessantacinquenni;
2. La medesima U.O. invia ai centri odontoiatrici convenzionati, svolgendo una funzione di filtro, i cittadini che richiedono un intervento odontoiatrico,
3. L'U.O. verifica periodicamente i centri, le strutture e gli ambulatori odontoiatrici convenzionati sia per quanto riguarda le condizioni igieniche-ambientali, delle attrezzature e dei macchinari, sia per quanto riguarda la funzionalità e i costi

#### **Articolo 5 (accreditamento delle strutture odontoiatriche pubbliche e private)**

1. Tutte le strutture odontoiatriche devono essere autorizzate a svolgere i compiti e le funzioni per cui sono state istituite dall'autorità sanitaria locale.
2. Le strutture odontoiatriche pubbliche e private che operano in nome e per conto del SSN devono essere accreditate secondo i criteri stabiliti dal decreto legislativo 502/92 e successive modifiche.
3. I criteri di accreditamento specifici per le strutture odontoiatriche devono garantire il massimo livello di sicurezza, sia per i cittadini che per gli operatori sanitari; gli ambienti devono essere accessibili, e le apparecchiature in perfetto stato di efficienza.
4. Il Ministero della Salute, entro 6 mesi dalla promulgazione della presente legge, emana in proposito dei tre precedenti commi, apposite linee guida.

#### **Articolo 6 (Convenzione con gli studi privati accreditati)**

1. Il Servizio Sanitario Regionale stabilisce convenzioni con gli studi odontoiatrici accreditati secondo i seguenti criteri:

- a) distribuzione omogenea sul territorio tenendo conto della presenza di ambulatori odontoiatrici pubblici garantendone la presenza in ogni sub distretto,
- b) scelta privilegiata di dentisti che si rendono disponibili ad effettuare interventi non solo curativi e riabilitativi, ma anche preventivi e di igiene orale.

2. Il Ministero della Salute stabilisce ogni anno le tariffe relative agli interventi e alle prestazioni sulla base della appropriatezza, dell'efficacia dei risultati considerando nel tempo il miglioramento epidemiologico odontoiatrico misurato sul territorio di riferimento.

#### **Articolo 7 (incentivi ai privati convenzionati)**

1. I Centri, le strutture e gli ambulatori privati accreditati che si convenzionano con il servizio sanitario nazionale possono accedere a crediti agevolati finalizzati alla sostituzione di macchinari più moderni, garantiti sul piano della sicurezza; possono usufruire dei medesimi crediti per acquisti di materiali di consumo destinati ai pazienti in convenzione;
2. Finanziamenti agevolati, nel rispetto della normativa UE, possono essere forniti a favore della costituzione di cooperative di giovani finalizzate all'apertura di ambulatori odontoiatrici che si convenzionano con il Servizio Sanitario Nazionale.
3. Vengono concessi per quei centri, ambulatori o studi dentistici che intendono operare in convenzione con il SSN in luoghi considerati territorialmente disagiati sgravi fiscali e ulteriori incentivazioni per rinnovo macchinari, adeguamento delle sicurezze e dell'igiene per evitare qualsiasi tipo di infezio

#### **Articolo 8 (Programmi di prevenzione, igiene, cura, riabilitazione)**

1. In attesa della emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1 comma 2, la legge finanziaria rispettivamente per gli anni 2007, 2008, 2009 stabilisce un finanziamento per la prevenzione, igiene, cura, riabilitazione odontoiatrica da ripartirsi fra le regioni, secondo le modalità stabilite dalla Conferenza Stato-Regioni, che comprendano:
  - a) prevenzione della carie in età pediatrica secondo il seguente programma:
    - valutazione dello stato di salute orale da parte del pediatra di famiglia,
    - incontri di prevenzione con dimostrazione delle metodiche di igiene orale in classe a favore dei bambini dell'ultimo anno di scuola dell'Infanzia,
    - incontri di formazione per gli insegnanti delle classi della scuola primaria;
  - b) promozione della salute orale per anziani ultrasessantacinquenni malati cronici curati a domicilio o in RSA consistente in:
    - formazione del personale sanitario delle RSA e dei servizi di Assistenza Domiciliare integrata
    - interventi di prevenzione e cura orale a favore dei soggetti interessati consistenti in igiene orale ed esecuzione domiciliare di trattamenti minimi attraverso l'utilizzo delle strumentazioni adeguate

#### **Articolo 9 (prestazioni odontoiatriche gratuite e agevolate)**

1. I cittadini che si trovano in una condizione di vulnerabilità sanitaria e di vulnerabilità sociale definiti annualmente con decreto dei ministri della Salute e della Solidarietà sociale hanno diritto ad effettuare cure odontoiatriche protesiche e ortodontiche gratuite nei centri pubblici e privati accreditati convenzionati;
2. I cittadini che non superano il doppio del reddito ISEE dei cittadini di cui al punto 1 hanno diritto ad effettuare cure odontoiatriche, protesiche e ortodontiche con una compartecipazione alla spesa non superiore al 50% del costo della prestazione richiesta.

*(progetto di legge del 2007)*