



Valutazioni¹ sul Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” –

Seri dubbi sulla decretazione d’urgenza e delusione sulle norme approvate.

NON BASTA IL DECRETO: A RISCHIO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012 ha un titolo: “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” che suscita speranze e aspettative per chi riconosce il Servizio Sanitario Nazionale come un grande patrimonio dell’Italia. Si svela nel titolo una concezione del welfare, finalmente, non come mero costo ma come investimento indispensabile per garantire diritti ai cittadini e per promuovere uno sviluppo equilibrato.

Purtroppo la soddisfazione per il titolo non viene confermata dall’articolato: valutati i contenuti si pongono seri dubbi sul ricorso alla decretazione d’urgenza e delusione per la poca incisività delle norme approvate. Serve ben altro per dare forza al nostro Servizio Sanitario Nazionale, colpito duramente da tagli. Ormai, tra le manovre del Governo precedente e l’ultima della cosiddetta spending review, si calcola che nel 2014 la riduzione del finanziamento al SSN (periodo 2012 – 2014) raggiungerà la cifra di 21,7 miliardi (vedi Tabella1)

Tabella 1: tipo di tagli al finanziamento SSN manovre finanziarie Fonte: elaborazione Cgil da Conferenza delle Regioni e P.A.	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	TOTALE TRIENNIO Milioni euro
Art 9 comma 16 L. 122/2010 Misure sul personale	1.132	1.132	1.132	3.396
Art 11 comma 12 L. 122/2010 Economie di spesa farmaceutica	600	600	600	1.800
Art 17 comma 6 L. 111/2011 Reintroduzione super ticket 10 euro	834	834	834	2.502
Art 17 L. 111/2011 Tagli vari (e 2 mld nuovi ticket dal 2014 ?)		2.500	5.450	7.950
Risorse necessarie per Indennità Vacanza Contrattuale (previste Patto Salute 2010 – 2913: non stanziato)	466	466	466	1.398
Tagli Legge 135/2012 (spending review)	900	1.800	2.000*	4.700
TOTALE TAGLI FINANZIAMENTO	3.932	7.332	10.482	21.746

*dal 2015 la riduzione sarà di 2.100 milioni di euro

Così il SSN rischia di entrare seriamente in crisi: con il venir meno dei Livelli Essenziali di Assistenza per i cittadini, come peraltro già succede in alcune regioni impegnate nei piani di rientro.

E’ evidente che di fronte a questa situazione non basta il Decreto, serve un’azione decisa per restituire forza al nostro SSN. Intanto recuperando un rapporto di leale collaborazione tra Governo

¹ Vedi anche:

CGIL: [Decreto Balduzzi atto debole e contraddittorio, Servizio Sanitario Nazionale rimane in serie difficoltà, ci vuole ben altro](#)

CGIL: [Decreto deludente, proposte confuse e contraddittorie](#)

CGIL: [cambiare la norma sulla non-autosufficienza del decreto sanità](#)

CGIL nazionale Valutazioni su Decreto Legge Salute 158/2012 (24.09.2012)

e Regioni e aprendo finalmente un confronto con il Sindacato confederale. Ribadiamo che non sono più accettabili modalità di confronto di tipo lobbistico (come ha dichiarato il Ministro della Salute) tra Governo e alcune organizzazioni del settore, perché la sanità riguarda la vita di milioni di cittadini, le condizioni di chi lavora in sanità e non solo gruppi di interesse.

Per questo insistiamo affinché, al di là e oltre questo Decreto, si apra un vero confronto: per tornare a investire, con risorse adeguate e da usare in modo appropriato e rigoroso, nel Servizio Sanitario pubblico e universale, e per riqualificarlo, così da garantire, finalmente in tutto il territorio nazionale, il diritto alla salute e all'assistenza dei cittadini e come opportunità per creare lavoro qualificato e crescita economica. Questa è anche la migliore risposta alla crisi.

SU ALCUNI CONTENUTI DEL DECRETO

Il decreto contiene anche alcuni interventi utili, seppur specifici e limitati (ad esempio su Lea per le ludopatie, medicina difensiva, farmaceutica).

Tuttavia qui tratteremo solo gli argomenti "critici", sui quali riteniamo sia necessario intervenire con correzioni:

- Articolo 1: Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle Aziende Sanitarie
- Articolo 2: Esercizio dell'attività di libera professione intramuraria
- Articolo 4: Dirigenza sanitaria e governo clinico
- Articolo 5: Aggiornamento de LEA Ludopatia: proposta cartello "Mettiamoci in gioco"
- Articolo 6: Disposizioni in materia di edilizia sanitaria ... nonché di ospedali psichiatrici giudiziari

Il testo è formulato in modo funzionale anche alla presentazione di specifici emendamenti

ARTICOLO 1: RIORDINO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E MOBILITÀ DEL PERSONALE DELLE AZIENDE SANITARIE

Nonostante il clamore mediatico suscitato da dichiarazioni del Ministro della Salute nel testo non c'è nessuna innovazione: il Decreto si limita a ribadire norme già esistenti e, dove cambia, addirittura prefigura un "disimpegno" del servizio pubblico nelle cure primarie (con il "budget/appalto"). Di qui la decisione Cgil di presentare una proposta, alla quale rinviamo per i contenuti ("[Assistenza continua h24 nel distretto socio sanitario](#)").

La proposta Cgil si fonda sulla convinzione che lo sviluppo dell'assistenza socio sanitaria distrettuale "h 24" sia decisivo per rispondere ai crescenti bisogni dei cittadini (quadro epidemiologico: cronicità; e demografico: invecchiamento popolazione) che non devono trovare risposta solo in ospedale (e solo nella sanità). Ciò serve anche a controllare e a rendere più appropriata la spesa. E' quindi anche un'autentica azione di "Spending Review", opposta alla logica dei tagli. Mentre, paradossalmente, l'attuazione del Decreto, oltre ad essere del tutto incerta, sarebbe certamente più costosa, senza garanzia di miglioramento dell'assistenza.

Cosa bisogna fare

- L'argomento, tipica materia concorrente tra Stato e Regioni, deve essere oggetto di Intesa, e quindi il decreto deve prevedere sia affrontato tra le priorità del nuovo Patto per la Salute, con

un obiettivo dichiarato: la creazione nel territorio di veri Centri Socio Sanitari², nell'ambito del Distretto, aperti 24 ore tutta la settimana, con assistenza medica (anche dei medici di medicina generale) ed infermieristica, ad alta integrazione socio sanitaria, e con capacità di offrire anche un primo soccorso per codici bianchi e verdi.

- Va stabilita una scadenza per attuare in tutto il territorio nazionale i centri "h24": con avvio immediato e termine ultimo per completarla al massimo entro il nuovo Patto per la Salute 2013-2015.
- L'Intesa dovrà rendere vincolanti ed esigibili le norme esistenti (articolo 8 D.Lgs 502/2002 e successive modificazioni e Accordo collettivo per la Medicina Generale), che permettono già l'organizzazione dell'assistenza territoriale "h 24" anche per le cure primarie: lo dimostra l'esperienza di alcune regioni. Ma nonostante l'esistenza di tali norme, in gran parte d'Italia, fuori dall'Ospedale e, fatto salvo in alcune fasce orarie diurne, non è garantita la continuità dell'assistenza.
- Deve essere esplicitato che spetta alla programmazione pubblica nazionale e regionale definire cosa deve essere garantito ai cittadini nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (qui in particolare il LEA Distrettuale, comprese le cure primarie); quindi l'Accordo di Medicina Generale (la cosiddetta "convenzione") è strumento attuativo che deriva dalla programmazione pubblica (e non il contrario).
- Vanno previsti interventi normativi sulla medicina generale per rendere realizzabile l'organizzazione delle cure primarie h24: con l'abolizione della "guardia medica" per creare effettivamente un'unica figura del "*Medico delle Cure Primarie*" (ruolo unico), intervenendo sul numero massimo di assistiti per ciascun medico (mille).
- Soprattutto bisogna cassare la norma del decreto (articolo 1 comma 1 lettere bter e b quinquies) che permette di "appaltare" l'assistenza h24 agli studi dei medici convenzionati (destinando budget, attrezzature, personale ecc. agli studi) ! Altrimenti, invece di portare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale la medicina generale, si frammenta l'offerta con diseconomie di scala che finirebbero per costare di più e con minori servizi. Questa ottica compromette il ruolo del distretto, l'omogeneità dell'assistenza in tutto il territorio ed è in contrasto con l'integrazione socio-sanitaria, con la strutturazione di centri h 24 per tutti i cittadini di quel territorio. E' il Centro socio sanitario h 24 nei Distretti la garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico globale e integrata del cittadino da parte di sistema sanitario universale. Oltretutto a minori costi.

Il Decreto, pur rinviando necessariamente ad un Intesa Stato Regioni, intanto può intervenire per stabilire alcuni principi e obiettivi da raggiungere entro una precisa scadenza.

- Sulla mobilità del personale, indispensabile per garantire i processi di riorganizzazione, si deve far riferimento alle norme contrattuali, senza incursioni legislative.

ARTICOLO 2: ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

Sulla libera professione intramuraria (c.d. "intramoenia") è prevista un'inaccettabile "sanatoria", che permette di svolgerla in studi privati, premiando proprio quelle situazioni che non si sono mai messe in regola con la legge 3 agosto 2007 n. 120. E' bene ricordare che tale legge ribadiva e regolamentava lo svolgimento della libera professione "intramuraria" solo all'interno delle

² Vedi la proposta CGIL: [Assistenza continua h24 nel distretto socio sanitario](#)

strutture pubbliche, vietando a medici con rapporto pubblico esclusivo di svolgerla presso studi privati. E ciò per evidenti ragioni di trasparenza e incompatibilità, riconoscendo così all'impegno esclusivo presso il servizio pubblico un valore aggiunto a garanzia dei cittadini. Ripetute proroghe hanno rinviato il termine di applicazione della legge a causa dei ritardi di alcune Regioni e Aziende Sanitarie che non hanno provveduto a mettere a disposizione spazi nell'ambito della struttura pubblica. Così l'inadempienza viene premiata, una beffa per chi ha rispettato le regole !

Perciò l'articolo 2 va assolutamente modificato, confermando la legge 120/2007: l'esercizio della libera professione per il medico con rapporto esclusivo nel SSN si svolge, in modo trasparente e regolamentato, solo dentro le strutture pubbliche, senza deroga alcuna.

ARTICOLO 4: DIRIGENZA SANITARIA E GOVERNO CLINICO

Le nomine dei Direttori generali e dei Primari

Nonostante alcuni "passi in avanti" non viene frenata l'invasione della cattiva politica nelle nomine di direttori e primari, e, grave mancanza, non è prevista una maggiore partecipazione dei professionisti e dei cittadini.

La nomina dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie deve restare giustamente in capo alla Giunta Regionale, che risponde ai cittadini circa il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale. Tuttavia occorre rendere più trasparenti le procedure di nomina e valorizzare le competenze professionali dei candidati a svolgere un incarico manageriale, per evitare eccessi di discrezionalità che premiano la "fedeltà" e meno le competenze. Un punto di equilibrio è l'obbligo da parte della Giunta di attingere da un elenco pubblico di idonei e di rendere pubblici e accessibili, anche online, gli elenchi dei candidati Direttori Generali e le motivazioni che hanno determinato la nomina.

Mentre sulla nomina dei dirigenti sanitari (cd primari) occorre che le competenze professionali siano riconosciute da professionisti: quindi bene fa il decreto a far valutare i candidati da una commissione "tecnica" (composta da direttori di struttura complessa della medesima disciplina dell'incarico da conferire). Mentre non è coerente con questa impostazione volta a "premiare la professionalità" lasciare al Direttore Generale la discrezionalità di scegliere il vincitore del concorso tra i primi tre arrivati in graduatoria: potrebbe scartare chi è arrivato primo ! come lo giustifica ? Piuttosto l'esigenza di valutare anche la potenziale "compatibilità" del candidato con la obiettivi e la mission aziendale può essere garantita dalla presenza direttamente in commissione del Direttore Sanitario, così da far assumere il "migliore" in graduatoria.

La partecipazione

Positiva la previsione del Collegio di direzione, composto da tutte le figure professionali, come organo dell'Azienda Sanitaria.

Ma manca in quest'articolo del decreto una norma che rinforzi, accanto a quella dei professionisti, la partecipazione dei cittadini, anche perché l'azienda sanitaria (il SSN) sia percepita come un patrimonio della comunità. Proponiamo l'istituzione a livello di Azienda Sanitaria dell'**Assemblea della Salute**: la valutazione dei cittadini e degli stessi operatori deve diventare uno strumento di partecipazione, di condivisione e di miglioramento per un'azienda che come fine deve avere la tutela della salute. Peraltro, proprio una partecipazione attiva può suscitare maggiore consapevolezza sull'importanza dell'appropriatezza in sanità e quindi favorire processi di riorganizzazione e riconversione, ad esempio, di ospedali in servizi distrettuali. Con Intesa Stato-Regioni si definisce l'istituzione dell'Assemblea della Salute, composta da rappresentanti degli operatori e dei cittadini, che annualmente si riunisce per dare una valutazione sull'Azienda, della quale la Regione tiene conto nel giudizio della direzione generale. E proprio per accrescere

l'efficacia dei SSR, vanno previste anche nuove forme di governance partecipata alla programmazione e alla valutazione dei risultati, a livello regionale e territoriale (Regione, Asl, Distretti, Zone), coinvolgendo sindacati confederali e associazioni sociali e di rappresentanza dei cittadini.

ARTICOLO 5 AGGIORNAMENTO DEI LEA ...

Ludopatie.

E' positivo aver previsto tra i LEA l'ingresso di prestazioni e attività rivolte alla Ludopatia, che sta diventando un fenomeno preoccupante. Tuttavia la norma è ancora incerta: su questo punto vedi la [posizione della coalizione "Mettiamoci in gioco"](#), di cui far parte anche la CGIL

ARTICOLO 6 DISPOSIZIONI IN MATERIA DI EDILIZIA SANITARIA ... NONCHÉ DI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

Ospedali ceduti ai privati

Sull'edilizia sanitaria si prevede un allargamento degli spazi ai privati, fino alla cessione di ospedali pubblici in cambio di lavori di ristrutturazione

Considerato che una grande quantità di progetti che riguardano l'edilizia sanitaria in Italia sono realizzati con il partenariato pubblico-privato, il rischio di dismettere il patrimonio ospedaliero pubblico e di svenderlo ai privati è enorme (è questa la strada per aumentare la presenza privata in sanità delineata nell'agenda ufficiale del Governo Monti a fine Agosto ?).

Ospedali Psichiatrici Giudiziari OPG

Il decreto, al comma 3 dell'articolo 6, accelera e semplifica le procedure per ripartire alle Regioni i finanziamenti in conto capitale per costruire e attrezzare strutture sostitutive gli OPG (realtà indegne per un paese civile dove sono internati 1500 malati) che devono essere chiusi entro marzo 2013 (articolo 3 ter legge 9/2012). Questa può essere l'occasione per vincolare la destinazione di tali finanziamenti ai Dipartimenti di Salute Mentale, per evitare di costruire le "strutture speciali" che, per logica e caratteristica, riproducono il manicomio: sarebbe un paradosso chiudere gli OPG e riaprire i manicomi in ogni regione. Ciò significa prevedere nella norma che vengono privilegiati progetti regionali (necessari per ottenere il riparto dei finanziamenti) per "soluzioni e strutture" a sostegno di progetti terapeutico riabilitativi individuali dei Dipartimenti di Salute Mentaler: per la dimissione degli internati, per piccole residenze assistite, finalizzate al reinserimento, per la creazione di piccole realtà abitative protette inserite nel tessuto sociale, ecc.

NON AUTOSUFFICIENZA

Nel testo definitivo del decreto è stato cancellato qualsiasi riferimento alla Non Autosufficienza. La stesura provvisoria era effettivamente assai discutibile e pericolosa (un intervento al buio" sull'indennità di accompagnamento e senza alcun finanziamento previsto) ma non è giustificato lo stralcio completo dell'argomento. E' un'emergenza nazionale: eppure non c'è nemmeno l'impegno a presentare un Programma e a ricercare adeguati finanziamenti, recuperabili anche con l'integrazione tra sanità e sociale. Un Piano sulla Non Autosufficienza, va discusso e presentato subito e, per essere credibile, deve essere, seppur progressivamente, adeguatamente finanziato.

Vedi anche [Spi-Fnp-Uilp, decreto Balduzzi lacunoso e non risponde ai problemi degli anziani](#)

Ulteriori osservazioni, che trattano anche questioni relative al personale , sono contenute nel documento FP CGIL "[Prime valutazioni sul DL Sanità](#)"