

CGIL



SALUTE, QUALITA', LAVORO, DIRITTI.

UNA SANITA'. DI TUTTI



le proposte della CGIL

22 gennaio 2013 - Centro Congressi Frentani, Roma

Qualificare, non privatizzare

Il Servizio Sanitario Nazionale è “*un titolo di civiltà*”, così lo ha definito di recente il Presidente della Repubblica. Ed è così, anche se non mancano critiche e lamentele. Tuttavia la stragrande maggioranza dei cittadini riconosce che il sistema sanitario *pubblico e universale*, per quanto limitato e imperfetto, è una grande conquista, un indubbio vantaggio per tutti ¹.

Invece, nei paesi dove i bisogni sociali sono stati affidati prevalentemente alle risposte di mercato, gli effetti in termini di disuguaglianze - e di maggiori costi generati dalla spinta al consumo - sono riscontrabili e descritti in numerosissime pubblicazioni e studi. Per questo l'idea, che viene ciclicamente riproposta, di ridurre la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria per allargare l'intervento dei fondi privati, va respinta. Questa non sarebbe una sanità integrativa, per coprire le prestazioni che attualmente il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non assicura o assicura in parte (ad esempio quelle per l'odontoiatria). Bensì una sanità privata parallela al SSN pubblico.

E a quel punto il diritto alla salute e alle cure non è “universale”: il cittadino viene più o meno tutelato a seconda della copertura assicurativa che riesce a comprare. Invece di qualificare il SSN, qualcuno vuole spalancare le porte al mercato assicurativo in sanità, proprio mentre il Presidente Obama negli USA tenta di invertire questa tendenza. Nell'ipotesi “migliore” torneremmo all'Italia delle vecchie mutue: autentici carrozoni, di scarsa qualità e oltretutto pieni di debiti.

La CGIL intende reagire per scongiurare questa idea di tutela della salute come merce e di sanità come mercato. Anche perché il nostro Servizio Sanitario pubblico è tra i meno costosi al mondo. Nelle statistiche internazionali, l'Italia si presenta con una spesa più bassa della media OCSE e della media UE (vedi Figure 1: ultimo anno disponibile e figura 2: ultimi dieci anni) e con migliori servizi e performances (si veda l'ultimo Rapporto OCSE: *Oecd Health data 2012*).

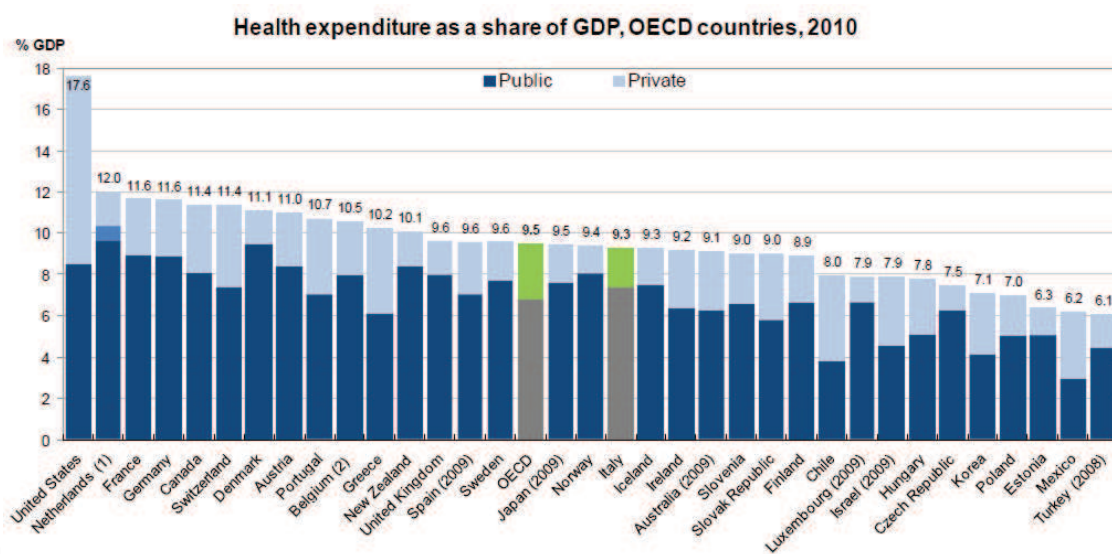


Figura 1

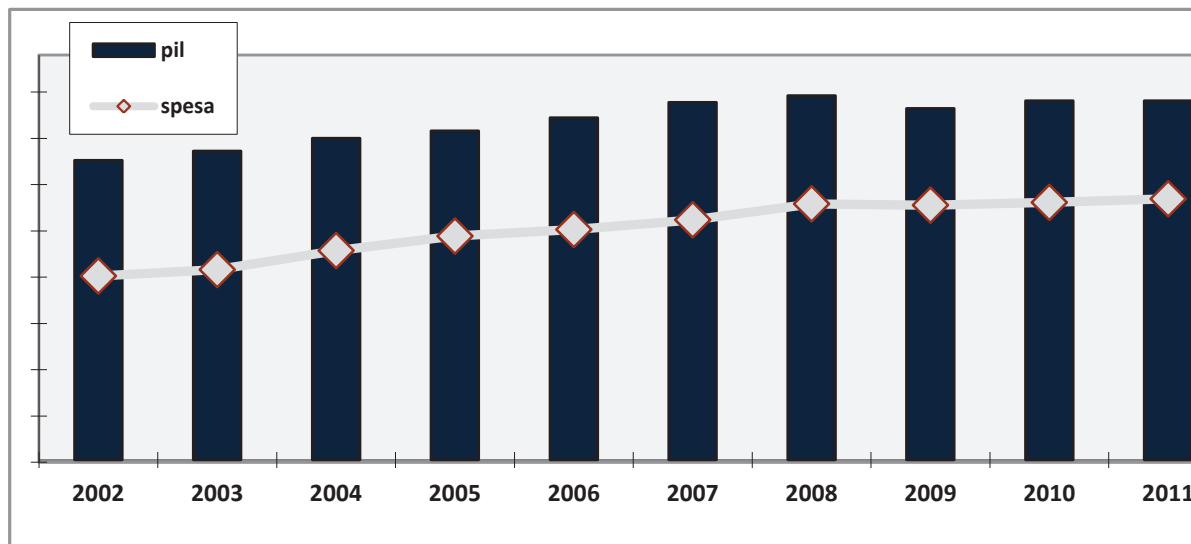
¹ A conferma di precedenti sondaggi, una recente indagine Censis (“*Il sistema sanitario in controllo*” - giugno 2012) rivela che alla domanda “*quali iniziative per rendere maggiormente compatibile l’assistenza sanitaria con la quantità limitata di risorse?*”, solo il 6% degli italiani ritiene che si debba ridurre la copertura sanitaria pubblica per tutti (anche nelle regioni con piano di rientro).

Figura 2 – rapporto tra andamento spesa sanitaria e PIL anni 2000 - 2010



Mentre l’allarme sulla crescita della spesa sanitaria è infondato: lo segnala la Corte dei Conti nel *“Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica”* e la Ragioneria dello Stato con l’ultimo aggiornamento delle *“Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario”* Vedi anche Figura 3 andamento spesa sanitaria in rapporto al PIL

Figura 3 - Negli ultimi dieci anni nessun BOOM della spesa sanitaria in % sul PIL (elaborazione Cgil su dati Ministero Salute)



Certamente ci sono ancora margini per “migliorare”, soprattutto in alcune regioni: va recuperata efficienza ed efficacia, contrastando sprechi e illegalità, colmando un divario sempre più ampio tra aree del Paese, che non è più accettabile.

La scelta strategica è per noi qualificare il nostro SSN, non privatizzarlo.

Contrastare i tagli - riqualificare il SSN, dare valore al lavoro, salvaguardare l'occupazione

I tagli lineari al finanziamento del SSN (30 miliardi di tagli cumulati nel periodo 2011- 2015: vedi Tabella 1) mettono in discussione la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria per i cittadini, le condizioni di lavoro e persino i livelli di occupazione. Il Governo Berlusconi ha previsto 20 miliardi di tagli, quello Monti ha aggiunto altri 10 miliardi. A cui vanno aggiunti i tagli alle Politiche Socio Assistenziali. Senza correttivi, nei prossimi anni rischia di venir meno il diritto universale alla salute e alle cure.

Tabella 1: tipo di tagli al finanziamento SSN manovre finanziarie (milioni euro)	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	TOTALE
Art 9 comma 16 L. 122/2010 * Misure sul personale	418	1.132	1.132	1.132	1.132	4.946
Art 11 comma 12 L. 122/2010 ** Economie di spesa farmaceutica	600	600	600	600	600	3.000
Art 17 comma 6 L. 111/2011 *** Reintroduzione super ticket 10 euro		834	834	834	834	3.336
Art 17 L. 111/2011 Tagli vari (e 2 mld nuovi ticket dal 2014 ?)			2.500	5.450	?	7.950
Art. 17 comma 5 b) viste fiscali**			70	70	70	210
Risorse necessarie per Indennità Vacanza Contrattuale (previste Patto Salute 2010 –2013: non stanziati)		466	466	466	466	1.864
Tagli Legge 135/2012 (spending review) Governo Monti		900	1.800	2.000	2.100	6.800
Ulteriori tagli Legge di Stabilità 2013 Governo Monti			600	1.000	1.000	2.600
Totale tagli finanziamento	1.018	3.932	8.002	11.552	6.202	30.706

Intanto si sentono i primi effetti negativi: ad esempio con ricadute per i lavoratori impegnati nelle strutture accreditate e negli appalti dei servizi (pulizie, ristorazione, ecc). Mentre anche nei settori pubblici è a rischio l'occupazione dei lavoratori precari, impiegati spesso proprio per garantire servizi essenziali.

① [Per approfondire vedi: "Cgil effetti per Sanità e Sociale DD Legge di Stabilità 2013"](#)

Un Ministro deludente

Dopo queste manovre, ci si aspettava dal Ministro della Salute un intervento limpido per sostenere il servizio sanitario nazionale pubblico, così duramente provato dai tagli. Invece è stato presentato un decreto per la sanità (il Decreto Balduzzi ora diventato legge) a dir poco deludente: ci siamo trovati di fronte a interventi confusi e contraddittori, presentati ancora una volta senza un confronto trasparente con il sindacato e le associazioni di rappresentanza. Il testo è deludente e proprio nelle norme più "attese": cure primarie h24, libera professione, non autosufficienza, autonomia dalla cattiva politica, edilizia sanitaria.

Mentre la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria proposta dal ministro Balduzzi è stata, ancora una volta, un'intenzione più che un atto concreto. E il fatto che la proposta non sia stata concordata prima con le regioni non facilita soluzioni concrete. In realtà la revisione dei LEA è assai limitata, ma anche quel poco, per essere vero, deve avere finanziamenti adeguati. In epoca di

tagli devastanti alla sanità, sarebbe intollerabile demagogia promettere nuovi LEA senza risorse per garantirli.

Il problema, inoltre, è che il Ministero della Salute più che agire d'intesa con il MEF, in una necessaria collaborazione, ne è stato spesso totalmente "subordinato".

Reagire

Per questo non è possibile "restare fermi": dobbiamo continuare la mobilitazione per fermare i tagli e per invertire la strategia anticrisi "recessiva" del governo italiano ed europeo (vedi "Etuc no to Austerity"²), e contemporaneamente associare una contrattazione e una mobilitazione per far avanzare i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione del nostro SSN e di salvaguardia del lavoro.

Tutto ciò è possibile se si riconosce **il valore del lavoro nel SSN**: fino a prevedere uno specifico Accordo per la salvaguardia dell'occupazione, la stabilizzazione dei precari e una Contrattazione per la riconversione della rete di assistenza ospedaliera e il potenziamento di quella distrettuale socio sanitaria h 24.

Innanzitutto va riaperta la questione del **finanziamento al SSN**, altrimenti il Patto per la Salute 2013 - 2015 – la cui definizione evidentemente riguarda il nuovo Governo - non è fattibile o si riduce a mero strumento per gestire le ricadute dei tagli. In particolare: va scongiurata la riduzione (1 miliardo) del finanziamento 2013 rispetto al livello del 2012; ed esclusa l'introduzione dei ticket aggiuntivi nel 2014 (2 miliardi circa previsti dalla legge 111/2010 art. 17: norma giudicata illegittima dalla Corte Costituzionale). Solo così è praticabile un confronto per definire un' "exit strategy" e rendere più equo il sistema di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini, che ha raggiunto livelli insopportabili.

La sanità fa bene all'economia e all'occupazione

Oltre a garantire il diritto alla salute e alle cure, la spesa per il SSN è un eccellente investimento economico. Il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute sorpassa i 150 miliardi di euro, pari a circa il 12% del PIL.

Negli ultimi dieci anni, accanto alla farmaceutica, vi è stata una notevole crescita dei servizi professionali e di quelli informatici, delle telecomunicazioni e dei dispositivi medici. Nei servizi sanitari l'intreccio tra il terziario avanzato e i settori ad alta tecnologia, ha impatti rilevanti sia in termini occupazionali che di remunerazione degli investimenti. Per ogni euro speso in sanità si generano 1,7 euro circa.

Ma le riduzioni dei finanziamenti stanno causando ricadute negative, anche sull'occupazione, nei settori privati che svolgono attività pubbliche per conto del SSN (strutture sanitarie e socio sanitarie "convenzionate"), in quelli della fornitura dei servizi (pulizie, pasti, ecc) e nei settori produttivi dell'indotto (es. farmaceutica, dispositivi medici).

Per questo bisogna escludere i tagli lineari, per consentire oculate politiche di acquisto di beni (in primo luogo farmaci e dispositivi medici) e di servizi. Con previsione di interventi compensativi a sostegno delle filiere produttive, per favorire così un governo della spesa fondato sull'appropriatezza (es. sostegno ai farmaci equivalenti, distribuzione diretta – sistema nazionale di Health Technology Assessment - centrali uniche d'acquisto, ecc) e sul rispetto dei diritti nel lavoro.

² <http://www.etuc.org/fr>

Bisogna investire per estendere la ricerca (pubblica e privata) in campo medico e biologico, nelle biotecnologie e nella strumentazione medica, nei sistemi di cura e riabilitazione, per far crescere, anche così, nuove attività economiche e nuovi servizi pubblici.

La questione cruciale è mantenere questi effetti positivi della sanità sull'economia, senza distorsioni ed eccessi. Ciò è possibile grazie al "modello pubblico e universale" che assicura il diritto alla salute e alle cure, dimostra maggiori capacità di controllo della spesa pubblica e contemporaneamente "frena" l'eccesso di consumismo sanitario privato (una spesa non appropriata alla lunga si rivela un boomerang per la stessa economia alimentando un uso improprio della spesa pubblica).

Un piano per il lavoro nel welfare sociosanitario

Il nostro welfare socio sanitario ha ampi margini per creare maggiore occupazione, oltretutto di qualità: è al di sotto della media OCSE e UE come occupati nella PA sul totale Sanità³. Inoltre, a parità di spesa socio sanitaria procapite il rapporto occupati/abitanti in Italia è molto al di sotto di molti paesi UE⁴ vedi tabella 2

Tabella 2 Output occupazionale del settore sanitario (pubblico e privato) in alcuni paesi europei (2010)

Stati	Spesa sanitaria per occupato (euro)	Occupati per ogni milione di euro speso	Spesa sanitaria per abitante (euro)	Occupati in sanità ogni 1.000 abitanti
Austria	117.288,4	8,5	3.761,5	32,1
Belgio	122.525,3	8,2	3.515,3	28,7
Danimarca	139.674,4	7,2	4.852,9	34,7
Finlandia	89.897,4	11,1	3.007	33,4
Francia	130.606,8	7,7	3.563,4	27,3
Germania	103.728,9	9,6	3.539,7	34,1
Grecia	111.473,2	9	2.051	18,4
Italia	122.296,6	8,2	2.445,3	20
Norvegia	141.127,3	7,1	6.164,3	43,7
Paesi Bassi	116.743,3	8,6	4.226,9	36,2
Portogallo	93.381,1	10,7	1.785,5	19,1
Regno Unito	78.992,3	12,7	2.646	33,5
Spagna	110.518,9	9	2.166,7	19,6
Svezia	106.461,6	9,4	3.589,1	33,7
Svizzera	167.597,4	6	6.145,7	36,7

Fonte: elaborazione Fondazione "E. Zancan" - su dati Eurostat e Who

Il gap occupazionale può e deve essere colmato. Un piano per il lavoro nel welfare sociosanitario deve prevedere:

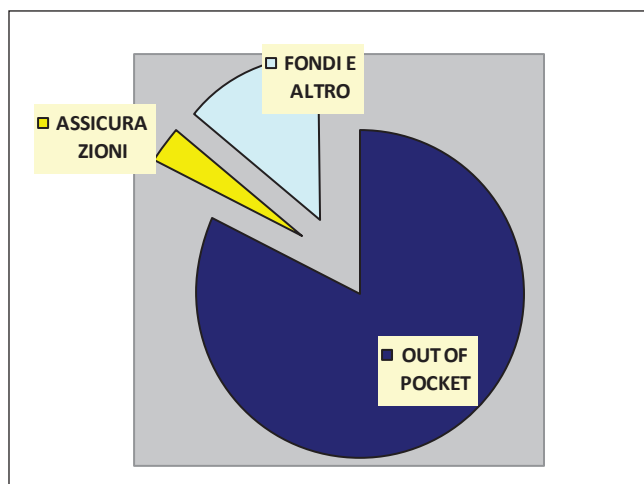
- L'adeguamento dei finanziamenti al SSN e alle Politiche Sociali (entrambi al di sotto della media UE ed OCSE), sbloccando il turn-over e indirizzando le assunzioni per far avanzare i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione del nostro SSN e Sociale e di salvaguardia del lavoro, a partire dalla stabilizzazione dei precari, che spesso assicurano i LEA in servizi essenziali.
- La riconversione dei servizi, produttiva e professionale per potenziare la prevenzione e l'assistenza integrata sociale (oggi sottodimensionata e addirittura assente in alcune regioni): elevando così lo standard di questi servizi soprattutto in alcune regioni, con un percorso di convergenza. L'assistenza territoriale integrata socio sanitaria può costituire anche un volano per creare nuova e qualificata occupazione.
- La riconversione, parziale e progressiva della spesa sociale per trasferimenti monetari in servizi esigibili, con conseguente miglioramento dell'output occupazionale

³ vedi: Rapporto CNEL sul mercato del lavoro 2011 - 2012 e Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato

⁴ Fondazione Zancan Rapporto Povertà 2012

Spesa pubblica, spesa privata, out of pocket.

Sta crescendo un fenomeno preoccupante, la spesa privata “out of pocket”. Nel 2011 è stata di oltre 28 miliardi. Si paga per prestazioni non coperte (o coperte male) dal servizio sanitario, come la non autosufficienza o l’odontoiatria, ma spesso anche per evitare lunghe liste di attesa. Ovvio che tagliare ancora i finanziamenti al SSN significherebbe alimentare la spesa a carico dei cittadini. La Spesa *out of pocket* % sul totale della spesa privata in Italia è stimata fra l’82 e l’ 87%, tra le più elevate al mondo. Vedi figura 4 composizione spesa sanitaria privata:



Intanto sempre più persone rinunciano a curarsi. In questa situazione, avanza l’ipotesi di un “secondo pilastro sanitario”. Il problema è che l’esperienza di questi anni dei fondi sanitari (e delle assicurazioni) segnala una preoccupante tendenza ad offrire prestazioni già coperte dal SSN, alimentando un’antieconomica competizione, piuttosto che un’utile integrazione per coprire la spesa “out of pocket” a carico dei cittadini. Perciò si tratta di regolamentare il settore senza intaccare la funzione universale del SSN pubblico nel garantire il diritto alla salute e alle cure. Infatti,

non è conveniente né opportuno un “secondo pilastro privato” nella sanità.

(alcune) Proposte per la riorganizzazione

In tutte le regioni, anche in quelle cosiddette virtuose, l’opera di manutenzione e di riqualificazione deve essere continua. I bisogni legati alla transizione demografica (invecchiamento della popolazione) ed epidemiologica (cronicità) e le scarse risorse a disposizione impongono scelte selettive: più prevenzione e azioni di promozione della salute, che agiscono sui determinanti di salute anche non sanitari; più servizi territoriali, soprattutto ad alta integrazione sociale (anziani, salute mentale, dipendenze, materno infantili, handicap); accreditamenti rigorosi e di qualità all’interno della programmazione pubblica e con valutazione dei risultati.

Occorre una programmazione degli interventi basata su: esatta decodificazione degli scenari socio epidemiologici e delle loro linee di tendenza (invecchiamento, condizioni ambientali, struttura della famiglia, ...); valorizzazione delle risorse della comunità (intese sia come infrastrutture fisiche che come capitale sociale; corretto uso delle risorse, con lotta alle diseconomie, agli sprechi e alla corruzione);

La riqualificazione dei Servizi sanitari regionali e il controllo rigoroso degli accreditamenti sono “antidoti” contro le stesse infiltrazioni criminali cui è esposto un settore “economicamente attraente” come la sanità. Il primo obiettivo deve essere la legalità e il contrasto alle infiltrazioni criminali.

Più prevenzione

La prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, è stata largamente sottovalutata in questi anni. Oggi resta fondamentale, di fronte all’evoluzione del quadro epidemiologico, alla transizione demografica e alle grandi trasformazioni sociali. Oltre agli obiettivi consolidati (rimozione dei fattori di morbilità e mortalità, rimozione dei fattori di esclusione e disagio sociale, diagnosi precoce), la prevenzione deve porsi l’obiettivo anche dell’“invecchiamento attivo”, della

liberazione di anni di vita dalla disabilità, rilanciare la strategia della “Salute in tutte le politiche” e svilupparsi in campo sociale. Serve garantire che la spesa per la Prevenzione sia almeno il 5% del Fondo Sanitario (come da Accordo Stato Regioni 23.3.05) e sedi di confronto, aperte alla partecipazione delle forze sociali e dei cittadini, sul Piano nazionale della Prevenzione e sui piani regionali e locali. Una specifica, e fondamentale, linea della prevenzione riguarda **la Sicurezza nel lavoro**.

① **Per approfondire vedi: “Linee guida Cgil sulla Contrattazione Sociale - gennaio 2011”**

Riqualificare gli Ospedali, Assistenza socio sanitaria territoriale (h 24)

Lo sviluppo dell’assistenza socio sanitaria distrettuale “h 24” (nei Centri h 24, domiciliare, residenziale e semiresidenziale) è decisivo per rispondere ai crescenti bisogni dei cittadini, che non devono trovare risposta solo in ospedale (e solo nella sanità).

La campagna mediatica che ha accompagnato il decreto presentato dal Ministro Balduzzi sulla sanità, con il messaggio: “*assistenza territoriale e studi medici aperti h 24*”, si è ridimensionata quando si è capito che il decreto, poi diventato legge (n.189/2012), non conteneva impegni vincolanti. Tuttavia crediamo sia importante e possibile applicare le norme sull’assistenza territoriale h24, previste dall’articolo 1 della legge 189/2012. Questo permette anche di realizzare la prevista revisione degli standard ospedalieri (articolo 15 legge 135/2012) senza tagliare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l’occupazione.

Durante e dopo il dibattito in parlamento per la conversione del decreto sanità in legge, abbiamo avanzato precise proposte⁵.

La nostra proposta per l’assistenza “h 24” - VEDI BOX - parte dalle buone pratiche già attuate, o in corso di attuazione, in alcune regioni (es. Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Veneto), grazie anche all’esperienze del progetto “*Casa della Salute*”.

BOX Assistenza continua “h 24” nel distretto socio sanitario

L’applicazione dei nuovi requisiti e standard delle rete ospedaliera deve essere accompagnato da un piano per la riconversione della rete ospedaliera a favore dell’assistenza territoriale h24. Naturalmente i nuovi standard/requisiti della rete ospedaliera hanno effetti diversi nelle singole regioni (in alcune serve ridurre e riconvertire, in altre ampliare l’offerta ospedaliera), e devono essere accompagnati da precisi interventi per garantire il funzionamento il sistema dell’emergenza

Le strutture ospedaliere devono essere ridotte e riconvertite solo in presenza di una contemporanea offerta a garanzia dei Livelli di Assistenza socio sanitaria Distrettuale: centri h 24, domiciliare integrata, residenziale e semiresidenziale. Deve essere ridefinito il rapporto tra rete ospedaliera e strutture “intermedie post acuzie” (per le quali nelle proposte del Governo (novembre 2012) non sono previsti definizione e standard di riferimento, e ciò ostacola una dimissione celere e assistita, la stessa riduzione della durata della degenza e la continuità assistenziale).

L’apertura nel Distretto dei Centri Socio Sanitari h 24:

o per garantire in tutte le 24 ore e 7 giorni su 7 la presenza a turno dei medici medicina generale (compresi i medici di guardia medica), dei pediatri di libera scelta e di infermieri. È punto di accesso dove il cittadino è accolto, informato, prenota e accede a tutti i servizi sociali e sanitari. Assicura l’assistenza specialistica ambulatoriale nelle ore diurne (cardiologia, pneumologia, diabetologia, geriatria, ecc.), la diagnostica di base (radiologia, centro prelievi/laboratorio, ecografia, ecc.) e una Sanità

⁵ *Cgil - Assistenza continua h 24 nel distretto socio sanitario - settembre 2012 e “Documento CGIL alla Conferenza delle Regioni” - dicembre 2012*

d'iniziativa, secondo il Chronic Care Model (prevenzione, stili di vita sani, screening popolazione a rischio, reale presa in carico della persona fragile/non autosufficiente, attraverso l'uso di idonei strumenti, come la figura del case manager (medico di medicina generale o infermiere professionale) e dei registri di patologia, ecc). Offre un primo soccorso per i codici bianchi verdi. Non è più solo l'Ospedale ad essere sempre aperto.

- o I centri territoriali h24 sono il punto di integrazione delle cure primarie, non sostituiscono gli ambulatori dei medici convenzionati.
- o Nei centri h 24 sono coinvolti tutti gli altri professionisti delle cure primarie: specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche, psicologi, figure amministrative, ecc. e l'integrazione con gli operatori dei servizi sociali dei Comuni. Oggi tutto questo è possibile grazie anche allo sviluppo delle tecnologie e dell'informatica che può consentire la diffusione dei servizi nel territorio senza alcuna dispersione. I Centri h 24 sono collegati all'ADI, all'assistenza residenziale e semiresidenziale e diurna e agli ospedali
- o Il centro h 24 è sede (o è collegato) a: consultorio familiare, centro di salute mentale, SerT. E al progetto **Non Autosufficienza**, che ha, come obiettivo prioritario e alternativo alle pratiche di confinamento in RSA, il mantenimento della persona anziana quanto più possibile presso il proprio domicilio (attraverso: il ricorso alla domotica, alle forme modulari di co-housing e di housing sociale, l'implementazione dell'ADI, con gruppi assistenziali polispecialistici che lavorano in team, domiciliarizzazione delle cure, un percorso completo, dalla diagnostica, alla riabilitazione, alla rieducazione di tipo motorio e del linguaggio, e una riabilitazione di tipo sociale, sotto forma di inserimento. In questo percorso è centrale la realizzazione del Piano di assistenza individualizzato (PAI), come strumento di lettura del bisogno della persona e di valorizzazione del capitale sociale di cui dispone. A questo proposito le risorse stanziare dal Ministero della Coesione Sociale e finalizzate al mantenimento degli anziani presso il proprio domicilio, devono essere con certezza utilizzate.

Applicare gli interventi previsti sulla medicina generale e sull'organizzazione delle cure primarie h24 (attuazione articolo 1 legge 189/2012):

- o costituire le Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT e le Unità Complesse di Cure Primarie UCCP
- o Le UCCP comprendono almeno tutti i medici di medicina generale e tutti i pediatri di LS compresi nell'ambito di riferimento, e comprendono tutti i medici attualmente operanti a rapporto orario (servizio di Guardia medica, medicina dei servizi) nel territorio.
- o Le Regioni devono procedere alla organizzazione dei servizi territoriali e dei centri h 24, attraverso l'utilizzo pieno di tutti i medici - guardia medica compresa - in tutte le funzioni assistenziali notturne e diurne. Ciò in attesa dell'adeguamento della convenzione nazionale che dovrebbe definitivamente cancellare la differenza professionale tra medico di assistenza primarie (medico di famiglia) e medico di continuità assistenziale (guardia medica)
- o Escludere di "appaltare" l'assistenza h24 agli studi dei medici convenzionati (budget, attrezzature, personale ecc) ! E' il Centro socio sanitario h 24 nei Distretti la garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico globale e integrata del cittadino

La riconversione serve anche a controllare e a rendere più appropriata la spesa, ri-orientando gli stessi Piani di Rientro.

① **Per approfondire vedi: "Cgil - Assistenza continua h 24 nel distretto socio sanitario - settembre 2012 e "Documento CGIL alla Conferenza delle Regioni" - dicembre 2012**

I Piani di Rientro

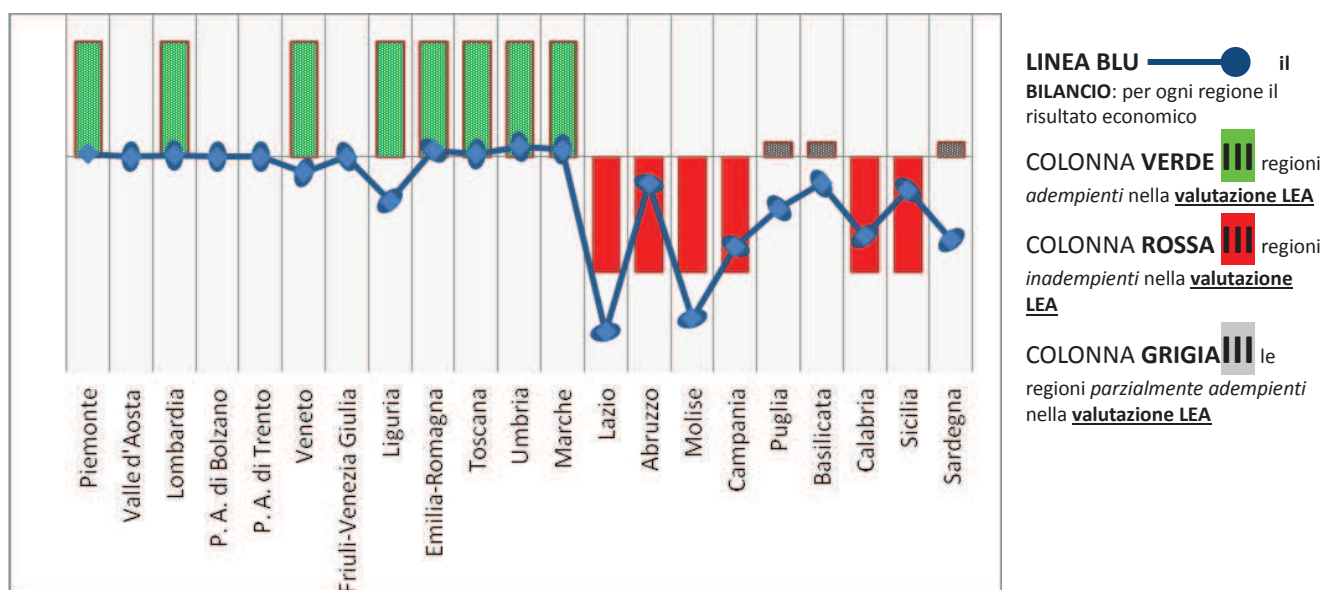
Accanto ad una mobilitazione generale a sostegno del SSN in tutto il Paese, serve una specifica iniziativa per le regioni impegnate nei piani di rientro, dove i tagli rischiano di fare danni irreparabili. L'utilità dei piani di rientro è stata fuori discussione, sono serviti anche per evitare il rischio di un vero e proprio "default". Ma la riduzione dei disavanzi operata in queste regioni è stata frutto di un mix "poco virtuoso": tasse, ticket e tagli lineari. Anziché agire sulle cause dei disavanzi, le manovre hanno colpito i cittadini e i lavoratori. Mentre, come è dimostrato nelle regioni più "virtuose", la via maestra del risanamento economico è la riorganizzazione dei servizi, per rispondere in modo appropriato ai bisogni di cure e di salute, utilizzando bene le risorse a disposizione. Bisogna dunque passare dai Piani di Rientro dal disavanzo a veri e propri Piani di salute, per garantire i LEA in modo appropriato, e così facendo contribuire al risanamento. Peraltro, considerati i tagli al finanziamento, è necessario anche rivedere i parametri attuali che determinano l'obbligo di avvio del piano di rientro e, soprattutto, insistiamo per sbloccare il congelamento della quota di riparto, vincolandola ai processi di riorganizzazione.

① [Per approfondire vedi "Cgil Oltre la crisi, salute fondamentale diritto" novembre 2011"](#)

Garanzia dei LEA in tutto il territorio nazionale.

I LEA non sono assicurati in modo uniforme in tutto il territorio nazionale, quanto previsto dalla nostra Costituzione è ancora lontano dall'essere realizzato. Le differenze enormi tra aree del paese – per quantità e qualità dei LEA assicurati ai cittadini - sono solo in parte dovute alle disparità di condizioni sociali ed economiche, che condizionano performance ed esiti dei servizi sanitari regionali. In realtà pesano di più le differenti capacità di governo dei sistemi. Infatti, come è noto, e ampiamente dimostrato, a parità di finanziamento pro capite i risultati sono assai diversi tra regione e regione. Ciò che colpisce è il legame tra risultati di bilancio e assistenziali. Dove i risultati di bilancio sono migliori la qualità dell'assistenza è migliore. Viceversa se il bilancio soffre qualità assistenziale e appropriatezza sono scarse (vedi Figura 5)

RAPPORTO TRA RISULTATO DI BILANCIO = RISULTATO LEA: [Figura 5](#) Fonte: elaborazione CGL su dati Ministero Salute 2011)



E' perciò indispensabile costruire percorsi di convergenza, per le regioni più deboli, verso le condizioni delle regioni più virtuose (con un benchmark finalizzato), così valutate perché associano all'equilibrio di bilancio buona qualità assistenziale. E serve per questo una revisione delle attuali forme del federalismo, che, pur assicurando alle Regioni la necessaria autonomia, assicurino alla

sanità certezza di governo. Bisogna uscire dalla debolezza dell'attuale *governance* e costruire un vero governo federale della sanità, che si occupi di assicurare ai cittadini l'uniformità dei LEA in tutto il territorio nazionale. Un primo passo è quello di elevare al rango di "sistema di garanzia costituzionale" il monitoraggio sui LEA, come previsto all'ultimo Patto per la Salute (e dallo stesso Decreto Legislativo 68/2011 sul federalismo). La valutazione degli adempimenti regionali relativi ai LEA (vedi figura 1.5: Ministero Salute 2011) deve pesare quanto quella relativa ai bilanci economici, anche per premi e sanzioni alle regioni. Accanto al monitoraggio "quantitativo", delle performance e dell'assistenza ospedaliera, serve sviluppare quello sui LEA distrettuali e della prevenzione, sull'appropriatezza e sugli esiti. Un primo passo è il Programma nazionale Valutazione Esiti⁶ che ora va completato e reso disponibile. Occorre unificare il *Tavolo di verifica degli*

Figura 1.5. Risultati griglia LEA (Anno 2010).



adempimenti (che si occupa soprattutto di bilanci) con il *Comitato Lea* in un'unica struttura Stato Regioni, che oltre a "valutare" possa intervenire a supporto e affiancando le regioni (una sorta di "task Force" a garanzia dei LEA). Il problema infatti, come dimostra la paradossale esperienza dei Commissari/Presidenti di Regione, non sono le "formule" utilizzate per esercitare i poteri sostitutivi nelle regioni "inadempienti a garantire i LEA" (ciò che legittima il commissariamento) ma la concreta azione per garantire ai cittadini che la riorganizzazione dei servizi produrrà benefici e non solo sacrifici.

Ruolo dei Comuni e integrazione

Infine occorre recuperare un ruolo attivo dei Comuni, fondamentale per un'integrazione fra azione sociale e sanitaria: bisogna scegliere e rendere obbligatoria l'associazione tra i Comuni e fissare ambiti territoriali (Zone Sociali) coincidenti con quelli del Distretto sanitario. La scelta è vincolante almeno per le aree ad alta integrazione socio sanitaria: anziani, materno infantile, salute mentale, dipendenze, handicap. Piani Sociali e Sanitari devono essere integrati a tutti i livelli.

① Per approfondire vedi: [Cgil Sanità e Federalismo, Diritti e Risorse, 1.12.2010](#)

Aprire alla partecipazione democratica

I processi di riorganizzazione dei servizi per avere successo devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione e un'ampia partecipazione. La complessità e la delicatezza delle scelte da compiere reclamano una *governance* partecipata, in cui si eserciti, accanto a quella doverosa delle Istituzioni, la responsabilità dei cittadini e delle forze sociali di rappresentanza. Ciò deve tradursi in sedi e strumenti riconosciuti, in cui si possano esercitare le forme della democrazia partecipativa, arricchendo il ruolo insostituibile delle istituzioni elette dai cittadini. Perciò insistiamo affinché si formalizzi una sede di confronto nazionale e sedi di confronto in tutte le regioni, con una specifica attenzione a quelle con i Piani di Rientro. E si deve riaprire un rapporto democratico all'interno delle aziende sanitarie e tra queste e il territorio: la proposta è quella dell'Assemblea della Salute e dell'Azienda Sanitaria di Comunità

① Per approfondire vedi: [Fp Cgil Medici 31 maggio 2012 "Per la salute bene comune. Quale governo clinico"](#)

⁶ Vedi PNVE

IN SINTESI

Al nuovo Governo e alle Regioni la Cgil chiede un confronto per:

- *IL RILANCIO DEL SSN PUBBLICO E UNIVERSALE*, costruendo le condizioni per un nuovo Patto per la Salute. Priorità immediata: evitare l'introduzione di 2 miliardi di nuovi ticket dal 2014 e che il finanziamento del SSN nel 2013 sia addirittura inferiore al livello del 2012 (- 1 miliardo). La definizione del sistema a *garanzia dei Lea in tutto il territorio nazionale e di "nuovi" Piani di Rientro che agiscano sul "disavanzo assistenziale" per risanare quello economico.*
- *L'ASSISTENZA TERRITORIALE H 24*, in attuazione della legge 189/2012, anche con specifiche destinazioni di risorse dedicate⁷. A questo scopo va finalizzato il rinnovo della "convenzione per la medicina di base"⁸. Sul piano relativo ai nuovi standard ospedalieri, per la riqualificazione e riconversione degli ospedali: offrendo servizi h24 sostitutivi delle strutture eventualmente da chiudere e precise garanzie anche per l'occupazione. Con un piano di investimenti pubblici per l'ammodernamento della rete ospedaliera.
- *IL LAVORO*: sostegno del piano per il lavoro, per *creare e salvaguardare l'occupazione* nel SSN (diretta e indiretta), la stabilizzazione dei precari e una Contrattazione per favorire la riconversione ospedale territorio. Vanno definite con Governo e Regioni:
 - precise misure a garanzia dell'occupazione riferita alle strutture ospedaliere, pubbliche e private operanti nell'ambito del SSN, ridotte o soppresse, con un progetto di reinserimento dei lavoratori eventualmente in esubero: all'interno dei servizi ospedalieri qualora gli standard di personale siano carenti, e nell'assistenza distrettuale per ampliare l'offerta (es. centri 24).
 - Analoghe misure per le ricadute occupazionali nei servizi in appalto, a rischio con la riduzione lineare della spesa. A partire dalla previsione di precise a garanzia della qualità e dei diritti nel lavoro nei servizi in appalto e convenzione
 - soluzioni contrattuali per il personale (di tipo salariale e di carriera professionale) che incentivino la riconversione ospedale territorio.

⁷ si veda anche: ["Cgil:sul nuovo Patto per la Salute 2013 – 2015"](#)

⁸ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina del rapporto con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali