

Roma, 25 settembre 2012

Alla XII Commissione della Camera
Affari Sociali

Illustre Presidente, illustri onorevoli,

siamo oltremodo riconoscenti per l'opportunità che ci è concessa, mediante questa audizione di rappresentare la nostra opinione le nostre osservazione sul "decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

Il Sindacato Italiano Medici del Territorio conta tra i suoi iscritti medici di medicina generale, della medicina dei servizi e della continuità assistenziale e medici dirigenti dipendenti del Servizio Sanitario, questa nostra duplice anima ci offre l'opportunità di rappresentare riflessioni e opinioni che scaturiscono dal confronto di diverse esperienze e differenti prospettive di professionisti che svolgono il loro lavoro nell'ambito del servizio sanitario nazionale e in particolare nelle cure primarie e nel territorio.

La scorsa settimana si è svolto a Roccella Ionica il nostro XXIII Congresso Nazionale, che ha visto al centro della discussione e del dibattito congressuale il cosiddetto Decreto Balduzzi.

Il provvedimento ha suscitato tra i nostri iscritti delusione e forti perplessità. Le misure proposte non sembrano, infatti, offrire efficaci soluzioni alle reali criticità del SSN. Grandissima delusione per l'esclusione dal Decreto della possibilità di passaggio nel ruolo della dirigenza medica dei medici convenzionati operanti nei servizi di emergenza.

Forti perplessità suscita il nuovo assetto delle cure primarie. In primo luogo si ritiene non giustificato il ricorso alla decretazione di urgenza, in quanto si tratta in larga misura di un provvedimento di modifica dei principi generali che orientano gli accordi collettivi nazionali e non in grado quindi di produrre alcune effetto immediato considerato altresì che il rinnovo dell'accordo non è previsto nel breve periodo. Inoltre, a nostro parere, l'attuale formulazione

contiene disposizioni che vanno a incidere, condizionando scelte e orientamenti, nell'ambito di scelte organizzative di competenza esclusiva delle Regioni. Le cure primarie rappresentano un ambito cruciale del SSN, l'individuazione di un assetto razionale ed efficace costituisce un fattore decisivo per garantire la sostenibilità complessiva del sistema. Questo ambito non può pertanto rimanere un ambito separato del SSN che risponde a logiche e assetti giuridico-normativi non coerenti con le altre componenti. C'è certamente bisogno di una sua profonda revisione, che tuttavia, a nostro avviso non può fare a meno di un percorso di discussione e confronto che in quest'occasione è venuto totalmente a mancare.

Ugualmente si esprimono fortissime perplessità sulla modifica della regolamentazione della mobilità, Il SSN è stato al centro di numerosi provvedimenti finalizzati al risanamento dei conti pubblici; il blocco del turn over che sta procurando gravissimi vuoti negli organici degli ospedali e delle ASL con rischiose ricadute sulla qualità e sulla sicurezza del sistema, la forzata pausa della contrattazione collettiva e le altre misure di natura economica stanno mettendo duramente alla prova i professionisti del SSN, e fonte di un disagio sempre più profondo, radicato e diffuso tra i colleghi, che si preparano per questo ad avviare a breve iniziative di protesta civile in difesa del Servizio Sanitario Nazionale e, al suo interno, della nostra professione, della sua autonomia e dei suoi legittimi interessi. In tale contesto dobbiamo necessariamente esprimere la nostra contrarietà, a modifiche unilaterali, per via legislativa, di istituti quali la mobilità e la valutazione che devono trovare la loro naturale sede di definizione nella contrattazione collettiva.

Ci delude anche la tanto attesa riforma della Libera Professione Intra Moenia, che appare gravata di tantissimi fardelli burocratici e penalizzanti oneri economici che a nostro avviso rischiano di renderla di fatto impraticabile, per molti colleghi.

Rinnovando i ringraziamenti per l'attenzione concessa, si allegano alla presente le proposte di emendamento del testo del decreto.

IL Segretario Nazionale

Mauro Mazzoni

EMENDAMENTI

ARTICOLO 1,

COMMA 1,

Abolizione completa della lettera B

Per prima cosa si ritiene, anche sotto il profilo giuridico, non giustificato il ricorso alla decretazione di urgenza, in quanto si tratta di un provvedimento di modifica dei principi generali che orientano gli accordi collettivi nazionali e non in grado quindi di produrre alcuno effetto immediato considerato altresì che il rinnovo dell'accordo non è previsto nel breve periodo.

Si ritiene inoltre che l'attuale formulazione contiene disposizioni che vanno a incidere, condizionando scelte e orientamenti, nell'ambito di scelte organizzative di competenza esclusiva delle Regioni.

In subordine si propongono i seguenti emendamenti

b) dopo la lettera b) sono inserite le seguenti:

«b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate: "aggregazioni funzionali territoriali", che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate: "unità complesse di cure primarie", che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie (~~e del sociale a rilevanza sanitaria~~)

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, **per il tramite del distretto sanitario**, forme di finanziamento a budget;

b-quater) **definire le condizioni per le quali è richiesta un referente o coordinatore delle forme organizzative, esplicitando i compiti, le funzioni, e conseguentemente i requisiti professionali richiesti ed i criteri di selezione del referente**

b-quinquies) **disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali, tenuto conto anche delle previsioni di legge sui requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi delle strutture e attività sanitarie ai sensi del successivo articolo 8 ter e quater ;**

b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano, **per il tramite del distretto sanitario di riferimento territoriale**, i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;»;

COMMA 2

Il testo tra parentesi sottolineato è da eliminare

Le regioni provvedono all'attuazione di quanto disposto dall'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal comma 1 del presente articolo, nei limiti delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente. Le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere e il distretto sanitario. (nonché' prevedendo, sulla base della convenzione nazionale, la possibilità della presenza di personale esercente altre professioni sanitarie già dipendente presso le medesime strutture, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura ospedaliera) Le regioni disciplinano altresì le forme di coinvolgimento delle organizzazioni sindacali interessate.

COMMA 3

Abolire l'intero comma

AGGIUNGERE COMMA 4

Le Regioni, per cinque anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, al fine di accrescere l'efficienza organizzativa, possono inquadrare nel ruolo della dirigenza medica i medici convenzionati operanti alla predetta data nei servizi di emergenza, fermo restando il possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e previa verifica di professionalità, a condizione di non procedere al convenzionamento di ulteriori medici nel medesimo periodo. I predetti professionisti, qualora siano sprovvisti del titolo di specializzazione in medicina di emergenza-urgenza, possano svolgere attività professionale se in possesso di un titolo di specializzazione in disciplina equipollente o affine ovvero, limitatamente ai primi due anni di attivazione, di un master in emergenza-urgenza, istituito secondo criteri individuati con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute. Ai medici transitati nei ruoli della dirigenza medica ai sensi della normativa richiamata, è riconosciuta la qualifica di dirigente medico nella disciplina di Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza e l'anzianità di servizio ai sensi e nel rispetto del DPCM 8 marzo 2001.

ARTICOLO 2:

COMMA F) NEL COMMA 4 LA LETTERA F) È SOSTITUITA DALLE SEGUENTI:

Togliere “ salvo deroga concedibile dal competente ente o azienda del servizio sanitario nazionale, su disposizione regionale , a condizione che..”

Tale norma rischia di privilegiare taluni e sfavorire altri creando disegualianza tra soggetti.

Sostituire con “ salvo domanda all'ente a condizione che sia garantita completa tracciabilità e nel rispetto delle incompatibilità che riguardano i dirigenti dipendenti del SSN”

Concetto ribadito all'art. 2 comma 2 modifica dell'art. 1 comma 4 della Legge 120/07 presente nel Decreto.

ARTICOLO 3, COMMA 2 C):

Togliere da “prevedere chefino a comunque” il comma resterebbe:

“ La disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario”

Inserire un sistema bonus/malus, tipo rc auto creerebbe le storture già riscontrate in questo campo.

ARTICOLO . 4

Comma 1 g) prima dell'ultima frase :”Ai componenti del predetto collegio...”, aggiungere” Nel caso in cui il direttore generale adotti un provvedimento contrario al parere del Collegio di direzione, questo deve essere motivato.”

EMENDAMENTI “DECRETO BALDUZZI”

ARTICOLO 1 **COMMA 1**

Abolizione completa della lettera b

Cancellare la parte in parentesi ed inserire la parte in grassetto

Per prima cosa si ritiene, anche sotto il profilo giuridico, non giustificato il ricorso alla decretazione di urgenza, in quanto si tratta di un provvedimento di modifica dei principi generali che orientano gli accordi collettivi nazionali e non in grado quindi di produrre alcune effetto immediato considerato altresì che il rinnovo dell'accordo non è previsto nel breve periodo.

Si ritiene inoltre che l'attuale formulazione contiene disposizioni che vanno a incidere, condizionando scelte e orientamenti, nell'ambito di scelte organizzative di competenza esclusiva delle Regioni.

In subordine si propongono i seguenti emendamenti

b) dopo la lettera b) sono inserite le seguenti:

b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate: "aggregazioni funzionali territoriali", che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate: "unità complesse di cure primarie", che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie (e del sociale a rilevanza sanitaria)

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, **per il tramite del distretto sanitario**, forme di finanziamento a budget;

b-quater) **definire le condizioni per le quali è richiesta un referente o coordinatore delle forme organizzative , esplicitando i compiti, le funzioni, e conseguentemente i requisiti professionali richiesti ed i criteri di selezione del referente.**

b-quinquies) **disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali, tenuto conto anche delle previsioni di legge sui requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi delle strutture e attività sanitarie ai sensi del successivo articolo 8-ter e quater;**

b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano, **per il tramite del distretto sanitario di riferimento territoriale**, i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;»;

ARTICOLO 1

COMMA 2

Il testo tra parentesi è da eliminare

Le regioni provvedono all'attuazione di quanto disposto dall'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal comma 1 del presente articolo, nei limiti delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente. Le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere e il distretto sanitario. (nonché' prevedendo, sulla base della convenzione nazionale, la possibilità della presenza di personale esercente altre professioni sanitarie già dipendente presso le medesime strutture, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura ospedaliera) Le regioni disciplinano altresì le forme di coinvolgimento delle organizzazioni sindacali interessate.

ARTICOLO 2

COMMA f)

nel comma 4 la lettera f) è sostituita dalle seguenti:

Cancellare la parte in parentesi ed inserire la parte in grassetto (salvo deroga concedibile dal competente ente o azienda del servizio sanitario nazionale, su disposizione regionale , a condizione che..)

RAZIONALE

Tale norma rischia di privilegiare taluni e sfavorire altri creando disegualianza tra soggetti.

salvo domanda all'ente a condizione che sia garantita completa tracciabilità e nel rispetto delle incompatibilità che riguardano i dirigenti dipendenti del SSN.

RAZIONALE

Concetto ribadito all'art. 2 comma 2 modifica dell'art. 1 comma 4 della Legge 120/07 presente nel Decreto.

ARTICOLO 3

COMMA 2

Lettera c):

Cancellare la parte in parentesi ed inserire la parte in grassetto (prevedere che..fino a comunque) **il comma resterebbe:**

“La disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario”

RAZIONALE

Inserire un sistema bonus/malus, tipo rc auto creerebbe le storture già riscontrate in questo campo.

ARTICOLO 4

COMMA 1

d) 7-quinquies **“per il conferimento dell'incarico di struttura complessa..” aggiungere: si applica anche agli incarichi di struttura della dirigenza professionale, tecnico ed amministrativa**

RAZIONALE

Sembrerebbe una dimenticanza.

COMMA 1

Lettera g):

Dopo “ *composizione* ” aggiungere :

Direttori di distretto, di dipartimento e di presidio e dirigenti delle professioni sanitarie presenti in azienda.

RAZIONALE

L’ipotesi contenuta nel Decreto “ partecipazione di tutte le figure professionali presenti “ vuol dire creare un organismo pletorico vista la numerosità (più di 40) delle figure professionali.

COMMA 1

Lettera g):

Prima dell’ultima frase :”*Ai componenti del predetto collegio*”, aggiungere:

Nel caso in cui il direttore generale adotti un provvedimento contrario al parere del Collegio di direzione, questo deve essere motivato.