

DOCUMENTO POLITICO SMI SU DECRETO BALDUZZI

PREMESSA

Se doveva rappresentare la riforma ter del SSN, il decreto ha fallito. Se rappresenta il cuore del patto della salute prossimo venturo, come più volte dichiarato dal Ministro Balduzzi, è legittimo avanzare forti timori per il futuro della sanità nel nostro Paese.

E poi, tanta urgenza per ventilati cambiamenti non rinviabili che tali non sono!

RIORGANIZZAZIONE CURE PRIMARIE

La grande rivoluzione delle cure primarie e dell'H24 non è avvenuta: l'art.1 del decreto è una riscrittura, piuttosto semplicistica, esempio incontrovertibile di mille mediazioni, di quanto già presente nei vigenti accordi della medicina generale, della pediatria e della specialistica. L'ulteriore rinvio agli accordi nazionali, regionali e aziendali dei medici del territorio, in tempi incerti e lontani, nega la volontà espressa di voler implementare quell'assistenza territoriale necessaria a ridurre la ospedalizzazione impropria.

Sempre all'art. 1 comma d) un'ulteriore prova di inefficacia del provvedimento: si parla di accesso al ruolo unico senza che esso venga definito; la lettura del testo rimanda indietro, nella storia degli ACN della medicina generale, alla graduatoria unica, con i settori che accedono singolarmente alla specifica convenzione. Il ruolo unico e l'accesso unico sono da intendersi come superamento dei settori, unica convenzione a tempo pieno e attribuzione delle funzioni disciplinate dall'ACN. Ma di questo non vi è traccia.

Ancor più inopportuna, se non iniqua, la cancellazione della norma sul passaggio a dipendenza dei medici del servizio 118, presente nei testi precedenti del decreto. Come si colloca questo profilo professionale all'interno del ruolo unico e della riorganizzazione delle cure primarie? Come si sanano le incongruenze operative determinate dallo svolgimento delle attività all'interno del DEA a fianco dei dirigenti medici, con diverse tutele giuridiche e trattamenti economici? I medici convenzionati del 118 necessitano del riconoscimento della specificità professionali fuori dal rapporto convenzionale, che li condanna a una deriva come figure residuali, per beneficiare, al pari di molti altri colleghi nel recente passato, delle previsioni del vigente e famoso art. 8 1 bis che tuttavia necessita di una riscrittura che tolga la discrezionalità regionale nell'avvio delle procedure necessarie al percorso di inquadramento nei ruoli della dirigenza medica.

Per la riorganizzazione delle cure primarie, è necessario prevedere stanziamenti adeguati e tempi certi, anche in considerazione dei provvedimenti di tagli avanzati dall'Esecutivo (spending review) e della necessaria razionalizzazione della rete ospedaliera e del potenziamento dei servizi nel territorio. Un progetto organico e modulato, evitando che si vada in ordine sparso e a diverse velocità (vedi sud e nord del Paese e realtà con i Piani di Rientro).

Chiarire, innanzitutto, come si costruisce l'integrazione per la definizione delle forme associative che devono portare alla continuità dell'assistenza. I soggetti interessati sono i medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale, del 118, dei servizi, i pediatri e gli specialisti ambulatoriali. Irrazionale e controproducente lasciare nel decreto spazi alle Regioni per avviare sperimentazioni pericolose come quelle che vedono l'eliminazione della guardia medica e l'attribuzione di quelle competenze al 118. Da precisare in modo netto il rapporto con la rete degli studi dei medici ora presente in modo capillare sul territorio e che è uno snodo fondamentale per la sanità di prossimità e come risposta alle sfide dell'invecchiamento della popolazione e della cronicità.

Le proposte, in sintesi per integrare e modificare diversi aspetti del Decreto.

Per quanto riguarda la medicina generale vogliamo ribadire la necessità che si introduca nel decreto, oltre al ruolo unico, il tempo pieno. Questo è lo snodo strategico per evitare che si creino sacche di precariato e di incertezza professionale. Ed è la premessa per la valorizzazione delle guardie mediche, un'area vasta di medici che garantisce attualmente l'h24, insieme al 118, e che opera in condizioni di disagio, di insicurezza e di insufficienti garanzie lavorative.

Per il 118 si deve reintrodurre il passaggio a dipendenza di tutti quei medici che sono convenzionati. Allo stesso tempo, chiediamo che si prevedano posti riservati nelle scuole di specializzazione di emergenza-urgenza o Master specifici per i medici 118, che al momento ne sono esclusi. Infine la stabilizzazione dei precari operanti nel sistema

La specialistica ambulatoriale deve essere adeguatamente potenziata perché altrimenti non ha senso parlare di diagnostica nelle aggregazioni funzionali o strutturali che dovrebbero garantire la continuità dell'assistenza.

Sulla pediatria di libera scelta si deve considerare l'esiguo numero di medici del settore e la scarsa offerta formativa. La proposta è quella di prevedere una programmazione sufficiente nella formazione di nuovi Pediatri, introdurre il ruolo unico specialistico Pediatrico Territorio – Ospedale.

RIASSUMENDO. Sul tempo pieno, si gioca quindi la vera partita della riorganizzazione delle cure primarie, è il motore di un processo che consente, insieme al ruolo e all'accesso unico, prima l'integrazione, e quindi una continuità dell'assistenza di qualità, con la valorizzazione di tutte le figure professionali interessate (specialisti, pediatri, 118, guardia medica e medici di famiglia). Ed è in questo contesto, che il sopra citato passaggio alla dipendenza dei convenzionati del 118, potrà facilitare la messa in rete dei servizi che costituiscono il complesso Sistema dell'Emergenza Sanitaria, partendo dal presupposto che l'emergenza sanitaria pre-ospedaliera sia parte integrante del dipartimento di Emergenza ed accettazione (DEA).

DIRIGENZA MEDICA E NON SOLO

La grande bagarre sull'intramoenia, in particolare nella forma "allargata" viene liquidata con l'inasprimento dei controlli, resi possibili dalla informatizzazione del sistema. **Di fatto l'intramoenia allargata sopravvive con buone speranze di lunga vita**, ben conoscendo lo stato di reperimento degli spazi aziendali e di informatizzazione nella maggioranza delle ASL del Paese.

Affermare che la colpa lieve è esclusa in determinate fattispecie (art. 3 comma 1) fa ben sperare che si sia imboccata l'auspicata strada che porta alla depenalizzazione dell'atto medico. Ma non serve inserirlo in un decreto sulla sanità, pur apprezzandone il principio: occorre modificare il codice penale! Aspettiamo segnali incoraggianti dal ministro della giustizia e un'azione forte del ministro della salute in tal senso.

I medici temono per eventuali coinvolgimenti in accuse di colpa grave per le quali devono caricarsi di apposite assicurazioni che si preannunciano con forti rialzi di costi. Le previsioni dell'art. 3 non tutelano in nessuna delle due direzioni.

Sulla buona strada, infine , l'intento di "riequilibrare il rapporto tra indirizzo politico e gestione delle aziende sanitarie". Ovvero il vecchio slogan sull'ingerenza della politica nella scelta dei dirigenti e nella gestione della cosa pubblica, trova, finalmente, una qualche soluzione. **Concordiamo sulla necessità di individuare un soggetto indipendente che selezioni i manager e che le Commissioni esaminatrici siano composte anche da figure "terze"**. Tuttavia, molte sono ancora gli aspetti da approfondire.

LUCI E OMBRE

Queste sono le maggiori criticità rilevate. **Non neghiamo che via siano anche aspetti lodevoli: la revisione del prontuario farmaceutico e la semplificazione di alcune procedure per la sperimentazione farmacologica, la razionalizzazione di alcuni enti pubblici** e la definizione

del **contenzioso ONAOSI**, il trasferimento al SSN delle funzioni di assistenza al personale navigante.

Per quest'ultimo punto ci auguriamo che i decreti attuativi previsti disciplinino in maniera puntuale anche le norme per il trasferimento del personale medico, per non ripetere le caleidoscopiche e, talora, conflittuali, soluzioni adottate dalle regioni per l'avvenuto analogo trasferimento delle competenze in tema di assistenza carceraria.

CONCLUSIONI

In questo decreto avremmo voluto trovare anche altro: **socio-sanitario, integrazione ospedale-territorio, riforma delle professioni sanitarie** e quant'altro era da rivedere alla luce dei cambiamenti legislativi ed economici intervenuti a distanza di oltre 25 anni dalla prima riforma del SSN.

Ci rendiamo conto che è una impresa ciclopica che confligge con i caratteri "dell'urgenza" invocati dal ministro (ma cosa c'è di così urgente in provvedimenti che produrranno effetti dopo il 2014?).

Ma almeno una cosa poteva essere fatta: una sistematizzazione delle varie norme, variamente e sistematicamente inserite in altre leggi e decreti, che negli anni hanno sostanzialmente modificato l'organizzazione strutturale del sistema sanitario e il rapporto di lavoro dei medici che quotidianamente, con il loro lavoro e quello degli altri professionisti della sanità, riescono miracolosamente a tenere in piedi ed efficiente il SSN.

LA SEGRETERIA NAZIONALE SMI