



Osservazioni CGIL allo schema di Piano Sanitario Nazionale PSN 2011 - 2013, approvato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri il 21 gennaio u.s. (trasmesso per il parere dal Ministro della Salute con nota “Registro – classif: DGPROG/I.6.a.p./2011/01”)

- Il PSN offre una cornice molto ampia per la programmazione sanitaria. Questa, come è noto, non essendo più limitata al PSN, si articola in più strumenti e sedi decisionali (piani sanitari regionali, linee guida stato regione, accordi e intese stato regione su singole tematiche, progetti obbiettivo di piano sanitario nazionale).
- In realtà quindi il Piano è “poco stringente” e rinvia ad altri atti di programmazione. Tuttavia resta un documento importante, che traccia, in relazione al Patto per la Salute 2010 - 2012, e seppur a grandi linee, il “percorso del SSN nel prossimo triennio” e le strategie per assicurare il diritto alla salute e alle cure nel nostro Paese. Perciò intendiamo in primo luogo sottolineare gli orientamento generali condivisibili.
- In particolare è condivisibile il valore positivo che viene assegnato dal PSN – pure nel nuovo contesto federalista - al carattere universalistico e unitario del nostro SSN, giudicato tra i più efficienti ed efficaci a livello europeo e considerato come un modello da sviluppare e non certo da ridimensionare. Ciò appare in controtendenza con altre indicazioni governative, quale ad esempio il Libro Bianco sul welfare.
- Indicazioni del PSN particolarmente importanti sono poi il riconoscimento che occorre agire anche sui determinanti non sanitari di salute (perseguendo una strategia “per la salute in tutte le politiche”), l’obiettivo di rilanciare la prevenzione, la riconversione dell’offerta a favore dell’assistenza distrettuale, delle cure primarie, dell’integrazione socio sanitaria e della sanità d’iniziativa. E ciò per rispondere in modo appropriato alla domanda di salute e di cure segnata dalle transizioni epidemiologiche – che vedono prevalere le cronicità - e demografiche.

Le criticità

- Invece non può essere sottaciuta la contraddizione clamorosa tra l’impostazione del PSN e i tagli decisi dal governo con le manovre finanziarie. Solo nel 2011 ammontano a oltre 1,5 miliardi, tra riduzione del livello di finanziamento e mancato stanziamento dei fondi previsti dal Patto per la Salute. Nel 2012 il taglio rischia di essere ancor più consistente. Inoltre, agli interventi sulla sanità si sommano quelli per le politiche sociali (complessivamente la riduzione ai vari fondi afferenti le politiche sociali ammonta a 860 milioni nel 2011) e poi la drammatica riduzione dei trasferimenti imposti dall’ultimo Patto di stabilità. Considerando che gran parte dei tagli sono dovuti a misure sul personale – risorsa cardine del SSN, sulla quale si sta operando un vero e proprio disinvestimento sia dal punto di vista occupazionale che da quello del riconoscimento professionale - si comprende il rischio di mettere così in discussione gli stessi obiettivi del PSN.
- Un’altra criticità che segna il PSN è il perdurare del blocco del DPCM che nel 2008 aveva rivisto i LEA sanitari e, ancora più grave, la persistente mancata definizione dei LEP di Assistenza Sociale. Anche i recenti decreti attuativi la Legge 42/2009 sul federalismo fiscale non hanno colmato questa grave carenza. Ciò continua ad ostacolare i processi di integrazione socio

sanitaria, che pure sono considerati dallo stesso PSN come essenziali per riqualificare e rendere più appropriata l'offerta di servizi.

- Resta "debole" – anche nella formulazione del PSN - il legame tra la programmazione e la valutazione nazionale e quelle regionali. Anche alla luce dell'evoluzione federalista, gli strumenti disponibili sono certamente da rivedere: dai progetti obiettivo di PSN ai collegati progetti dei Piani regionali, dagli Adempimenti a carico delle regioni previsti dal Patto per la Salute agli Indicatori per il monitoraggio dei LEA previsti dal DM 12.12.2001.

Aprire il confronto

Riteniamo utile segnalare alcuni primi argomenti/obiettivi del PSN, sulla cui attuazione crediamo sia **necessario formalizzare da subito una sede di confronto** permanente tra Organizzazioni Sindacali Confederali, Ministero della Salute e Conferenza delle Regioni, sviluppando così il tavolo di confronto avviato nel 2010 dal Ministro Fazio con Cgil, Cisl, Uil:

1. Prevenzione, con uno specifico confronto dedicato a quella riferita ai luoghi di lavoro. 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 indicati (Valutazione Impatto Salute e quindi strategia della Salute in tutte le politiche, 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 e svilupparsi anche in campo sociale.

2. Centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali, con una particolare attenzione rivolta allo sviluppo dei servizi ad alta integrazione socio sanitaria (aree salute mentale, dipendenze, anziani, handicap, materno infantile) troppo spesso trascurati.

Si tratta di definire anche una misura di sostegno - con finanziamenti vincolati - alla riconversione ospedale/territorio (integrazione socio sanitaria, riorganizzazione della medicina del territorio, continuità delle cure primarie nelle 24 ore, sanità d'iniziativa). Tale misura è particolarmente urgente nelle regioni impegnate nei piani di rientro, dove il risanamento economico passa attraverso la riorganizzazione e riqualificazione dei servizi e non può continuare ad essere scaricato sui cittadini e sul personale.

3. Accredimento delle strutture d'offerta Il buon funzionamento del sistema di accreditamento è necessario sia per salvaguardare il modello universale e la qualità del SSN, che per favorire il risanamento di alcune regioni, nelle quali il disavanzo si accompagna ad un'elevata spesa verso i privati accreditati. Si tratta di assicurare l'integrazione – e non la competizione - tra erogatori pubblici ed erogatori privati, strategie di coinvolgimento degli accreditati negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, e di estendere il controllo rigoroso dei volumi di attività e della spesa nell'ambito della programmazione pubblica. In particolare, occorre assumere come centrali e pregiudiziali, tra i criteri di accreditamento, il rispetto dei diritti del lavoro e dei Contratti Collettivi.

4. Monitoraggio appropriatezza e uniformità dei LEA. Bisogna che sia decisamente aggiornato e potenziato il "sistema di garanzia" per misurare e verificare l'applicazione dei LEA in tutto il territorio nazionale (come prescrive la Costituzione). Questo ad esempio, è uno dei compiti affidati alla nuova Struttura tecnica di monitoraggio (STEM) prevista dall'ultimo Patto per la Salute. Considerato il crescente divario nord sud, occorre organizzare un percorso di convergenza, che tenga insieme recuperi di efficienza, lotta agli sprechi e raggiungimento di standard uniformi quantitativi e qualitativi. Ciò comporta anche investimenti mirati, e

vincolati, alla riorganizzazione e riqualificazione dei servizi (come in parte è previsto, dall'art. 22 bis del recente decreto sul federalismo sanitario).

5. Ulteriori argomenti saranno indicati nel corso del confronto.
- Inoltre, intendiamo concentrare l'attenzione per selezionare le priorità per i progetti obbiettivo che seguiranno il PSN, che sono finanziati con quote vincolate da ripartire tra le regioni (nel 2010 erano circa 1,4 miliardi di euro). A questo proposito, nel documento di dicembre 2010 ([*“Sanità e federalismo, diritti e risorse. Le proposte della CGIL”*](#)) avevamo già segnalato come nostre priorità:
 - La linea progettuale sulla Prevenzione
 - Le linee progettuali cure primarie, non autosufficienza
 - La linea progettuale per la Sanità penitenziaria, che va recuperata anche nell'ambito del PSN, compresa la chiusura degli OPG Ospedali Psichiatrici Giudiziari
 - Infine, per quanto riguarda la valutazione del PSN (ma è evidente che la valutazione riguarda tutti gli ambiti del SSN) apprezziamo la proposta di associare alla valutazione di processo quella di risultato, e in particolare l'intenzione di rendere pubbliche (e aggiungiamo trasparenti) le informazioni ai cittadini. Tuttavia le indicazioni sono ancora “deboli”, la questione è collegata alla garanzia sulla esigibilità dei LEA e non può prescindere dalla definizione di un set di indicatori condivisi e dalla creazione effettiva di spazi di partecipazione e di confronto democratico a tutti i livelli del SSN.

Roma, 4 aprile 2011