



VALUTAZIONI SU DL SANITA' 158

Valutati i contenuti si pongono seri dubbi sul ricorso alla decretazione d'urgenza e delusione per la poca incisività delle norme approvate, che presentano più ombre che luci. Serve ben altro per dare forza al nostro Servizio Sanitario Nazionale, colpito duramente da tagli, così come affermato nel documento Cgil sulla valutazione del Decreto ed al quale si rimanda per alcune considerazioni più generali.

Cure primarie (art. 1 comma 1 e 2)

Il DL Balduzzi ha introdotto delle modifiche all'Art. 8, comma 1 del DL 502/92 e s.m. con l'Art. 1 (*Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie*).

E' una clamoroso bluff. Queste modifiche sono state mostruosamente amplificate dai media ed hanno indotto nell'opinione pubblica, ed anche nei medici e negli ambienti sanitari, la convinzione che si stesse apportando una rivoluzione nella organizzazione delle cure territoriali che avrebbe portato tutti i medici ad integrarsi e a garantire un'apertura degli ambulatori h24 e 7 giorni su 7.

Ma le cose purtroppo non stanno così. Abbiamo per primi denunciato l'inganno e abbiamo qualificato il decreto, su questo tema, come velleitario, illusionistico, vuoto, una bolla mediatica, un bluff clamoroso sulla assistenza sanitaria territoriale h24.

Nel ribadire quanto già presente nella 502/92, il decreto trascura le evoluzioni positive che quelle norme avevano già trovato nelle convenzioni nazionali ed in molti accordi regionali. Pertanto rappresenta addirittura un rilevante passo indietro. Una regressione, altro che innovazione, riforma o rivoluzione!

Insomma nonostante il clamore mediatico non c'è nessuna innovazione, ma regressione.

Si è trattato evidentemente di una mossa politica di un Governo, con orizzonte temporale (e non solo) limitato, che da l'illusione ai cittadini di aver previsto una riforma del servizio.

Ma quando i cittadini non troveranno i cambiamenti promessi la responsabilità della mancata realizzazione andrà alle regioni e poi ai medici che si troveranno in prima linea.

Anche perché questi fantomatici cambiamenti si dovrebbero iniziare a realizzare fra diversi anni.

Il decreto intenderebbe cambiare alcuni riferimenti che le convenzioni nazionali e poi gli accordi regionali dovrebbero concretizzare.

Ma le convenzioni nazionali sono bloccate fino al 2014, generalmente richiedono almeno un anno per essere rinnovate e poi bisogna fare gli accordi regionali, quindi nessuna immediatezza, come i tempi avrebbero richiesto.

Questo non giustifica la decretazione d'urgenza, contrasta con l'esigenza di riforma immediata del sistema e sono norme abbondantemente presenti, come vedremo, nella nostra legislazione.

Il decreto si limita in sostanza a ribadire norme già esistenti nella 502 di ben 20 anni fa, e lo fa perfino con le stesse parole.

Sono inoltre assenti le funzioni fondamentali del personale sanitario dipendente, a partire dall'assistenza infermieristica, quali fattori indispensabili per un reale potenziamento della sanità territoriale.

L'assistenza territoriale 24

La 502 parla di *"organizzazione distrettuale del servizio"*. Il decreto Balduzzi sfuma in *"nell'ambito della organizzazione distrettuale"* allentando di fatto la gestione pubblica ed il ruolo del distretto definito dalla stessa 502. E noi non siamo d'accordo.

Non si parla di centri o ambulatori aperti h 24, come largamente pubblicizzato, e neanche di servizi attivi h24, ma si ricopia letteralmente la 502, parlando di *"garantire l'assistenza territoriale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana"*. Ma questa legge c'è da 20 anni, ed i risultati sono sotto gli occhi di tutti. E come si può sostenere che sia una novità!

Il punto è che *"assistenza territoriale per intero arco della giornata"* è troppo generico, non indica quali servizi devono essere garantiti, dove, per quanto tempo, da chi, e come si debbano integrare fra loro.

Questo tipo di assistenza c'è già: il giorno c'è il medico di famiglia e la notte c'è la guardia medica, e poi c'è il 118, i servizi distrettuali, gli specialisti ambulatoriali, i pediatri di libera scelta, i professionisti medici e non del territorio, ecc. Ed è insoddisfacente.

La convenzione del 2009 prevedeva l'obiettivo di *"realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza (e non l'attività assistenziale) 24 ore su 24 e 7 giorni su 7"* (e non arco della giornata). Ma già prima, nella convenzione nazionale del 2005 (Art. 5) era prevista questa copertura assistenziale h 24.

C'è già molto di più del decreto, ma dopo anni questo è rimasto (salvo rarissime eccezioni) sulla carta. E le convenzioni bloccate.

In sostanza prima del decreto l'h 24 era almeno previsto, ora non più.

Per questo l'assistenza territoriale del decreto, è meno strutturata di quella che abbiamo oggi. Insomma si torna indietro.

Le forme organizzative (AFT, UCCP, UTAP)

Continuando con le presunte “novità” del decreto Balduzzi rispetto alla 502 si parla di *“forme organizzative monoprofessionali, denominate: “aggregazioni funzionali territoriali” (AFT), 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: “unita' complesse di cure primarie”, (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria;*

A questo si aggiunge quanto previsto dal decreto nel comma 2):

“Le Regioni disciplinano le UCCP privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione....”

Ma già la convenzione nazionale del 2005 (art. 26) parlava della *“costituzione delle Unità di assistenza primaria (UTAP), strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.”*

A queste UTAP nella convenzione nazionale del 2009 (Art, 12 e 13) si sono aggiunte proprio le Aggregazioni Funzionali Territoriali e le Unità Complesse di Cure Primarie.

Insomma queste forme organizzative multiprofessionali, queste reti di poliambulatori distrettuali, sono previste in Italia da sette anni, e sono definite in modo molto più stringente rispetto al decreto...eppure non si concretizzano.

Basta leggere per comprendere la regressione che il decreto Balduzzi produce nelle cure primarie.

Sottolineiamo che il decreto non dice nulla sulle caratteristiche, composizione, tempi e funzioni di queste AFT e UCCP, rimuove l'obbligo di adesione, e sulla rete di poliambulatori si limita ad un generico auspicio e non parla di h 24, come abbiamo visto. Mentre già la convenzione prevedeva come requisiti definiti “minimi” per le UCCP: composizione , sede, obblighi h 24 ecc.

Il processo che avrebbe dovuto portare ad una assistenza territoriale continua sette giorni su sette e H 24 non si è però realizzato, ma non perché mancasse la legge e le norme.

Il Ministro avrebbe dovuto rimuovere gli ostacoli che impediscono la realizzazione, invece di annacquare anche la prospettiva. Ne indichiamo alcuni:

a) la mancanza di risorse specifiche alle Regioni. Invece il Governo ha pensato di penalizzarle ancora di più con la spending review (-6,8 MLD), arrivando a - 22 MLD di tagli complessivi nel triennio 2012-2014.

b) la mancata riforma dei profili e dei ruoli professionali, con l'introduzione del ruolo unico per tutti i medici convenzionati a partire da quelli che oggi fanno la guardia medica e l'assistenza primaria, con l'adeguamento dei compiti e delle funzioni che un territorio rinnovato richiede ai professionisti.

c) la mancata elaborazione, anche culturale, di linee di sviluppo nazionali della assistenza territoriale sulla base di una visione moderna della assistenza sanitaria, e di un sistema sanitario nazionale non più ospedalocentrico e non più inteso come prestazionificio.

Manca insomma l'orizzonte sul quale inserire le differenti ed autonome scelte organizzative regionali.

d) la mancata ristrutturazione del compenso dei medici che avrebbe dovuto separare il reddito dai costi dei mezzi di produzione, e rendere coerente lo stipendio con le nuove attività svolte ed i nuovi ruoli, allentando almeno il vincolo della quota capitaria, per sviluppare il territorio.

Il finanziamento a budget

Si prevede, poi, la possibilità del finanziamento a budget e di dotazioni strutturali, strumentali e di servizi alle forme organizzative

Siamo contrari ad ogni forma di privatizzazione dell'assistenza territoriale comprese le forme di finanziamento a budget o la fornitura di dotazioni strutturali, strumentali e di servizi erogate anche direttamente alle forme organizzative dei medici. Tutti i medici devono avere la disponibilità dei "mezzi di produzione" distinti dal compenso per evitare la sua erosione, non la gestione privata di risorse pubbliche solo per qualcuno.

Il decreto con questi punti, prefigura per legge un preoccupante "disimpegno" del servizio pubblico nelle cure primarie. Insomma un cedimento netto verso chi non vuole cambiare nulla e verso chi intende sfruttare le cure primarie per interessi privati. Invece di trovare ambulatori aperti h24 i cittadini potranno trovare solo una maggiore disarticolazione dell'assistenza territoriale.

Riteniamo pertanto che siano da cassare le suddette previsioni del decreto che permettono sostanzialmente di appaltare l'assistenza territoriale a soggetti privati!

Anche i medici che inizialmente potrebbero coltivare qualche illusione si troverebbero ridotti nella loro professionalità e nel loro ruolo trovandosi a dover lavorare per soggetti privati e cooperative varie.

Un esempio eclatante di questa deriva privatistica si può già vedere nei CREG della regione Lombardia.

Riteniamo invece che la gestione delle cure primarie debba rimanere pubblica ed in capo ai distretti sanitari per molti motivi.

Intanto si prevedono risorse economiche e materiali ma non si sa bene quanto, a chi, visto che il decreto torna indietro e non definisce cosa siano le AFT e le UCCP, chi debba farne parte, per quali servizi e funzioni, quale territorio debbano servire, ecc. E poi non sono più neanche obbligatorie per nessuno. Insomma una deregulation piena delle risorse pubbliche.

Questo tipo di scelta compromette la continuità assistenziale e la relazione del territorio con l'ospedale. Invece di portare completamente all'interno del Servizio Sanitario Nazionale la medicina generale, si appalta contraddittoriamente l'assistenza, e si frammenta l'offerta con diseconomie di scala.

Insomma più costi, meno servizi e meno garanzie per chi paga, i cittadini.

Questa ottica compromette infine 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 Coordinatore delle forme organizzative

Nel Decreto si parla di referente o coordinatore delle forme organizzative. Ma anche questo è già previsto, d all'art. 1 dell' ACN del 2010. E il decreto non si preoccupa di definire a cosa effettivamente serva (compiti, funzioni e limiti), nell'ambito della complessiva organizzazione distrettuale del servizio.

Il ruolo unico

Si chiede di *“ prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del SSN avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali ”*.

Intanto graduatoria unica non fa ruolo unico, poi la graduatoria unica è anch'essa già prevista in Italia dalla convenzione nazionale del 2005, e varie regioni hanno seguito questa indicazione. Ecco l' Art 15 della convenzione nazionale. ...del 2005:

“ Gli Accordi regionali possono inoltre prevedere la formulazione di una graduatoria unica regionale per tutte le attività disciplinate dal presente Accordo ”.

Addirittura qui si parla di tutte le attività disciplinate dal presente accordo, mentre il decreto sembra riferirsi solo all'assistenza primaria.

Inoltre, chiediamo: che “ruolo unico” è, se poi di fatto un professionista entra per fare solo la guardia medica, un altro per il 118 ed un altro è chiamato per l'assistenza primaria?

Quali ruoli si ridurrebbero all'unità se si parla solo di una parte della categoria ?

Anche le graduatorie degli altri medici convenzionati rimangono separate, ma mentre per i pediatri ci si riferisce almeno ad una graduatoria regionale, si lasciano graduatorie provinciali per la specialistica ambulatoriale. Un passo avanti rispetto alle graduatorie zonali ma sempre in contraddizione ai processi di integrazione.

Lo abbiamo specificato nella nostra proposta: per noi il ruolo unico deve riguardare a regime tutti i medici convenzionati, che noi abbiamo chiamato “il nuovo medico di cure primarie”.

Ogni medico entra nel settore a tempo pieno. Svolge la sua attività professionale nell'ambito della organizzazione delle cure primarie, sulla base dei propri titoli e dei servizi da garantire ai cittadini.

Ma questo, ci rendiamo conto, è un processo impegnativo e non immediato, ma intanto se si vuole parlare di ruolo unico si deve fare almeno per tutti i medici di medicina generale (medici di assistenza primaria e medici che oggi fanno la guardia medica) altrimenti non c'è nulla.

Il numero ottimale

Con questo decreto si interviene inoltre impropriamente sul rapporto ottimale.

Si toglie in sostanza la possibilità per la convenzione nazionale di stabilire quanti medici di assistenza primaria per abitante ci debbano essere. O almeno un riferimento nazionale del numero di medici necessari per svolgere determinate funzioni.

Eppure ci sono state decine di sentenze di vari tribunali in varie regioni, e vari interventi dell'Antitrust che hanno sancito come il numero di medici di famiglia per abitanti sia correlato con il livello dei servizi erogati: insomma meno medici significa meno libertà di scelta dei cittadini, minore qualità delle cure (perché troppi pazienti si troverebbero ad essere assistiti dallo stesso medico), meno concorrenza (con consolidamento di rendite di posizione).

E significa anche che nelle regioni che decideranno di peggiorare il rapporto, aumentando il numero ottimale di assistiti, per moltissimi anni non accedrebbero più nuovi medici di famiglia e una generazione, dopo anni di graduatorie sarebbe tagliata fuori da questa professione. E senza riferimenti nazionali.

Va invece previsto l'accesso alla medicina convenzionata, a tempo pieno ed a tempo indeterminato, fatte salve le sostituzioni temporanee.

Il rapporto ottimale, pertanto, coincide con il massimale di assistiti e con un incarico orario di trentotto ore settimanali. Il numero di assistiti, per consentire l'impegno integrato nei centri territoriali a tutti i medici, deve progressivamente arrivare a mille.

La relativa voce retributiva del medico viene interamente compensata, con riferimento agli attuali millecinquecento assistiti, attraverso le attività territoriali.

Si accede tramite graduatoria unica per ogni area convenzionata predisposta annualmente a livello regionale, rispettivamente per le professioni di medico di medicina generale, pediatra di libera scelta e specialista ambulatoriale, sulla base dei posti resisi vacanti.

La guardia medica

Si insiste a voler strutturare una figura professionale a parte: il medico di guardia medica.

E' noto a tutti che non esistono medici specialisti in guardia medica ma solo medici di medicina generale. La guardia medica è un servizio, non una professione. Di integrazione si può parlare fra pari. Altrimenti siamo alla inaccettabile subordinazione fra pari.

Non si tratta di una banale questione terminologica. E' una questione di sostanza per i medici, per l'integrazione e soprattutto per l'assistenza ai cittadini.

Si consolida in sostanza una degenerazione del sistema determinatasi in questi anni, e che vuole una parte della categoria dei medici di medicina generale condannata nella riserva indiana della guardia medica per tutta la vita.

Si fa coincidere un servizio, importante, ma parziale della medicina generale, con una parte della categoria che così viene relegata ai margini del sistema, e si cuce loro addosso un profilo professionale inesistente.

Il decreto insomma non solo non integra ma distingue anche gli uguali.

Il personale sanitario

Il decreto “dimentica” il ruolo fondamentale del personale dipendente, a partire dagli infermieri, in un reale potenziamento territoriale, ed imprescindibile per il funzionamento appropriato di poliambulatori e soprattutto di centri h 24. e per la stessa sanità d'iniziativa per prevenire e combattere la cosiddetta “epidemia delle malattie croniche” - secondo il *Chronic Care Model* (prevenzione, stili di vita sani, screening popolazione a rischio, ecc).

In questo ambito andrebbero aperti ambulatori a gestione infermieristica per l'assistenza ai pazienti con le principali patologie croniche, con una presenza adeguata di personale, con la collaborazione dei Medici di MG, e per la medicina di iniziativa.

Sistema informativo

Il decreto conferma l'adesione obbligatoria dei medici al Sistema informatico sanitario nazionale finalizzato in particolare alla implementazione del sistema tessera sanitaria, alla realizzazione della ricetta elettronica e del fascicolo sanitario, secondo quanto già stabilito dalla legge 326/03, DPCM 26 marzo 2008 e dalla convenzione nazionale vigente.

Siamo d'accordo. E' necessario, per noi, prevedere la piena realizzazione della rete informatica nazionale e delle reti regionali fissando precise scadenze.

Realizzare il collegamento informatico dei distretti, di tutte le strutture del territorio, degli studi dei medici di famiglia e pediatri di libera scelta.

Ciò per ridurre i costi, garantire funzionalità al sistema e garantire al cittadino omogeneità di assistenza in ogni punto di accesso della rete in modo da strutturare effettivamente l'assistenza territoriale.

Lo sviluppo delle tecnologie e dell'informatica che può consentire oggi di mantenere la diffusione dei servizi nel territorio senza alcuna dispersione.

Emergenza sanitaria 118

Nel decreto non si affronta invece la questione che effettivamente avrebbe richiesto un intervento d'urgenza: l'emergenza sanitaria – 118. Anche in questo settore il decreto è insufficiente e non sana neanche il vuoto normativo presente nella 502.

Questo settore si trascina nella indeterminatezza delle “more del passaggio alla dipendenza” da 20 anni. Oggi in Italia non è ben chiaro quale debbano essere i titoli per svolgere questa attività. Sarebbe ora che si decidesse l'immediato passaggio alla dipendenza di tutti i medici che svolgono questo lavoro.

La legge dovrebbe prevedere inoltre una transizione che salvaguardi i diritti acquisiti dei medici che oggi sono in graduatoria per fare questa attività. E invece nel decreto non c'è nulla.

Oggi nel settore regna sovrana la confusione: si accede attraverso convenzione, ed è richiesto il corso triennale per la medicina generale, che ha ormai poco a che vedere con la gestione delle emergenze. Dopo cinque anni, a discrezione delle regioni, si può passare alla dipendenza.

Ma ci sono regioni che coprono questo servizio anche con incarichi libero professionali conferito a medici con i titoli più disparati. Esiste inoltre una scuola di specializzazione specifica in emergenza sanitaria che sforna un numero irrisorio di medici specialisti.

Insomma si fa lo stesso lavoro con titoli e rapporti di lavoro diversi anche nella stessa regione ed perfino nella stessa azienda. Bisognerebbe mettere ordine, per garantire un servizio di emergenza efficace ai cittadini.

Mobilità del personale (art. 1 comma 3)

Contestiamo la possibilità che si da alle regioni di poter attuare processi di mobilità del personale delle aziende sanitarie presso altre aziende sanitarie al di fuori dell'ambito provinciale, sulla base di una generica riorganizzazione della rete assistenziale, calpesta le norme contrattuali e aumenta l'arbitrarietà della cattiva politica che deciderà non solo se spostare ma anche chi si e chi no.

Libera professione intramuraria (art.2)

Il punto centrale, da noi disapprovato, è nella possibilità (che verosimilmente diventerà certezza in quasi tutte le aziende inadempienti nel reperire spazi adeguati) di istituzionalizzare gli studi privati per l'intramoenia del dirigente medico e sanitario pubblico.

Dietro la facciata dei condivisibili principi di trasparenza e tracciabilità si porta avanti una scelta che si inquadra in una politica di liberalizzazioni e privatizzazione, più o meno strisciante, che allontana dal servizio pubblico medici e cittadini.

Non è poi vero che lo stesso principio della trasparenza si possa attuare indifferentemente in uno spazio pubblico o privato. Basta usare il buon senso.

L'istituto dell'intramoenia - nato come possibilità per il cittadino di scegliersi il medico di fiducia e per il medico di valorizzare la sua professionalità sempre in ambito pubblico anche al di fuori dell'orario di lavoro – viene snaturato a speculazione economica e come via per superare le liste di attesa.

Basti pensare alla condizione di un fatturato di almeno 12mila euro annui per poter svolgere la libera professioni negli studi.

In metà del paese si rischia una doppia beffa per il medico che vuole lavorare solo nel servizio pubblico e per il cittadino che si vuole far visitare da quel medico in quell'orario.

Al medico in esclusività di rapporto potranno essere negati spazi pubblici adeguati e se vorrà svolgere la libera professione intramoenia sarà costretto a impegnare ingenti risorse per lo studio privato. E, a questo punto, considerato che l'indennità di esclusività è quasi ferma ai valori del 2000, diversi medici pubblici andranno verso l'extramoenia (quasi senza regolamentazione) consentita oggi perfino ai direttori di dipartimento o di struttura complessa.

Il cittadino arriverà a pagare tariffe sempre più alte e non più competitive con il privato puro, verso il quale in molti ormai spingono.

Le scadenze temporali sono molto dilatate nel tempo e determinano nei fatti una proroga fino al 30 aprile 2013 per chi oggi svolge l'intramoenia allargata.

Entro il 31 marzo 2013 le Regioni dovranno attivare una infrastruttura di rete per il collegamento telematico con tutte le strutture (pubbliche e private) attraverso il quale in tempo reale andrebbero comunicati gli impegni orari del medico, i pazienti visitati, le prescrizioni e gli estremi dei pagamenti.

Gli oneri di questa prima implementazione sono caricati sulle tariffe. E per gli studi l'acquisizione della necessaria strumentazione per il collegamento telematico è a carico del medico.

Le aziende hanno la facoltà di concedere, su domanda con il principio del silenzio-assenso, la continuazione dell'intramoenia allargata fino al 30 aprile 2013, data entro la quale i medici dovranno anche acquisire la necessaria strumentazione (POS) per assicurare la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo.

Le tariffe (definite d'intesa con i dirigenti interessati previo accordo integrativo aziendale) dovranno remunerare i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende (comprese le attività di prenotazione e riscossione degli onorari e quelli relativi alle infrastrutture di rete).

Inoltre si istituisce una ulteriore quota pari al 5% del compenso del medico vincolati ad interventi di prevenzione o per la riduzione delle liste di attesa.

Gli studi professionali privati collegati in rete dovrebbero consentire l'attività solo dei dirigenti medici e sanitari in esclusività di rapporto e dei medici convenzionati con il Ssn.

Ma c'è la possibilità di deroga aziendale (cioè studi con medici in extramoenia e privati) se viene garantita la tracciabilità delle singole prestazioni effettuate da tutti i professionisti dello studio.

Infine entro il 28 febbraio 2015 la Regione, in caso di verifica positiva di questo periodo di sperimentazione, può consentire all'azienda "in via permanente ed ordinaria" lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete.

Tana libera tutti (gli altri).

Responsabilità professionale (art.3)

Si tratta di un tema che abbiamo posto noi, insieme ad altri sindacati, ma le soluzioni trovate, in particolare rispetto al depotenziamento della medicina difensiva, appaiono limitate.

In particolare l'affermazione per la quale il giudice nell'accertamento della colpa lieve deve tener conto delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica è ovvia. Ed ovviamente crediamo che il giudice ne tenga già conto anche per la colpa grave !

Il decreto del Presidente della Repubblica che dovrebbe disciplinare le procedure e i contratti assicurativi non ha alcuna scadenza (potrebbe essere emanato tra qualche mese come tra una decina d'anni o mai) e l'unica nota di una certa rilevanza potrebbe essere il riferimento per il risarcimento del danno biologico alle tabelle già in uso per gli incidenti automobilistici, con eventuali integrazioni.

L'istituzione del fondo di garanzia per definite categorie di rischio professionale appare ancora poco chiaro e da verificare nella sua reale efficacia.

Il bonus-malus del premio assicurativo (sul modello delle assicurazioni auto) in base al verificarsi o meno di sinistri, e la subordinazione della disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario, sono principi che vanno esplicitati in modo chiaro, a partire dal dato che la condotta colposa va accertata con sentenza definitiva.

Non si vede poi perché debba essere prevista per legge l'esclusione di ogni ulteriore copertura a carico degli enti del Ssn rispetto a quella prevista dalla normativa contrattuale vigente. E se il contratto cambia ?

L'aggiornamento degli albi dei consulenti tecnici ogni 5 anni non incide sulla possibilità, troppo frequente, che il giudice nomini come ctu un medico di sua fiducia ma che non è lo specialista per quel caso e che non è neanche compreso negli elenchi.

Nomina Direttori Generali (art.4 comma 1)

Gli elenchi regionali degli idonei tra i quali poi la Regione nomina i direttori generali, potendoli scegliere anche da un elenco di un'altra Regione, prevedendo solo "adeguate misure di pubblicità delle misure" rappresenta, come per cure primarie h24, molto fumo rispetto ad una rigorosa scelta basata sul merito professionale.

E' poi incredibile come la previsione contenuta nelle bozze di pubblicazione su internet di tutto il percorso di nomina, pena la nullità della stessa nomina, sia evaporata.

La valutazione dei dirigenti medici e sanitari (art. 4 comma 1)

Si delegano alle Regioni, esautorando gli articoli del contratto, le modalità di valutazione dei dirigenti medici e sanitari. Tra i diversi criteri di valutazione previsti per i direttori di struttura complessa (dalla quantità e qualità delle prestazioni sanitarie in base al budget alla soddisfazione degli utenti) spicca l'adozione di strategie per il contenimento dei costi.

Ancora una volta passa il criterio che è bravo chi risparmia.

Ma il fatto più disdicevole è la conferma della norma con profili anticostituzionali introdotta dall'ex Ministro Brunetta con il Dl 78/2010 per la quale a un dirigente che alla scadenza dell'incarico ha una valutazione positiva gli può essere conferito un altro incarico di valore economico inferiore.

E comunque, anche in caso di esito positivo, il nuovo incarico non deve prevedere oneri aggiuntivi per l'azienda. Altro che merito professionale: decide la cattiva politica.

Nomina direttori di struttura complessa e responsabili di struttura semplice (art. 4 comma 1)

In questo ambito sono stati fatti dei piccoli passi in avanti per le strutture complesse, ma del tutto insufficienti.

Lo sbandierato merito professionale in sanità si ferma sulla soglia del direttore generale, nominato dai partiti, che continuerà a scegliere il primario, anche se all'interno di una terna e con una commissione sorteggiata.

Qualcuno dovrà spiegare ai cittadini e ai medici perché non vince sempre chi ha più meriti professionali, cioè il primo.

La commissione è composta da tre direttori di struttura complessa individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale relativo alla disciplina messa a concorso.

Ancora una volta non si garantisce la presenza di una rappresentanza di genere tra i componenti della commissione a fronte di una evidente penalizzazione nell'assegnazione degli incarichi in sanità. Inoltre si lascia la possibilità che anche i professori universitari ne possano far parte.

Bene il sorteggio, ma la presidenza della Commissione dovrebbe essere affidata al Direttore Sanitario dell'azienda che dovrebbe avere anche le capacità di giudizio rispetto agli obiettivi aziendali.

Una volta garantita anche la rappresentanza della direzione aziendale, con il direttore sanitario che dovrebbe avere anche un bagaglio valutativo appropriato in ambito sanitario (al contrario del direttore generale che potrebbe essere un avvocato o un ingegnere) non ci sono più ragioni per non fare vincere sempre chi la Commissione ha giudicato il più bravo: il primo in graduatoria.

Le procedure per gli incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale ricalcano in negativo quelle già previste dalle norma contrattuali.

Ancora peggio per la nomina dei responsabili di UOC a direzione universitaria: è effettuata dal direttore generale d'intesa con il Rettore.

Per il responsabile di struttura semplice la nomina è fatta dal DG su proposta del Direttore di struttura complessa, e dal Direttore di Dipartimento in caso di struttura semplice dipartimentale. Ma senza alcun criterio valutativo o comparativo. Andrebbe invece effettuata un'analisi comparativa da pubblicare sul sito internet aziendale, dei curricula, dei titoli professionali posseduti, dei volumi dell'attività svolta.

Il dato positivo sulle nomine è invece rappresentato dal divieto esplicito di utilizzare l'articolo 15 septies (decide direttamente il direttore generale chiamando dirigenti esterni all'azienda con incarichi a tempo determinato rinnovabili) per il conferimento dell'incarico di struttura complessa.

Il Collegio di Direzione (art. 4 comma 1)

Bene il Collegio di Direzione organo dell'azienda con la partecipazione di tutte le figure professionali, ma le competenze sono svuotate da un semplice "concorre al governo delle attività cliniche". E' scomparso infatti anche l'obbligo del Direttore Generale di motivare decisioni difformi da quanto deciso dal Collegio di Direzione.

Assemblea della Salute

Nulla si dice sulla partecipazione dei cittadini nel processo di valutazione. Riteniamo invece che 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. Proponiamo, pertanto, con Intesa Stato-Regioni, 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."

Disposizioni in materia di edilizia sanitaria (Art. 6)

Viene introdotto un passaggio molto pericoloso verso la privatizzazione della nostra rete ospedaliera.

Si prevede infatti che per la ristrutturazione, l'adeguamento e la costruzione di strutture ospedaliere mediante contratti di partenariato pubblico-privato, si possano cedere al privato immobili ospitanti strutture ospedaliere da dismettere, consentendo che sia il privato a portare avanti l'attività ospedaliera.

E se pensiamo che ormai oltre il 50% dei progetti che riguardano l'edilizia sanitaria in Italia sono portati avanti con il partenariato pubblico-privato, la strada verso più liberalizzazioni e più privato in sanità è chiara, come peraltro delineata nell'agenda ufficiale del Governo Monti a fine Agosto.

Ospedali Psichiatrici Giudiziari OPG (Art. 6)

Il decreto 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 spazi 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 per "strutture" a sostegno di progetti terapeutico riabilitativi individuali: per la dimissione degli internati, il sostegno a piccole residenzialità non custodiali ma finalizzate al reinserimento, per la creazione di piccole realtà abitative protette inserite nel tessuto sociale, ecc.

Roma, 25 settembre 2012