

Proposta emendamenti al DL 158/2012 (Decreto Balduzzi)

Art.1

Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie

- ⤴ Al comma 1 le lettera b-ter e b-quinques sono soppresse

Razionale

Va evitata ogni forma di privatizzazione dell'assistenza territoriale e delle cure primarie. Pertanto sono da cassare le previsioni del DL Balduzzi di assegnazione di forme di finanziamento a budget e dotazioni strutturali, strumentali o, peggio, di personale, a forme organizzate anche di medici, peraltro del tutto imprecisate nel Decreto. Si rompe così la continuità assistenziale. Invece di avvicinare finalmente la medicina generale al Servizio Sanitario Nazionale, si appalta l'assistenza, e si frammenta l'offerta con diseconomie di scala che finirebbero per costare di più e con minori servizi. E' il *Centro socio sanitario h 24* del Distretto la garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico globale e integrata del cittadino. Oltretutto a minori costi.

- ⤴ Al comma 1 alla lettera b-septies sostituire le parole dopo "nazionali" con "assicurino l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza in base alla programmazione regionale"

Razionale

Va chiarito che le convenzioni nazionali devono prevedere l'attuazione dei Lea e non definirli

- ⤴ Dopo il comma 2 aggiungere il seguente comma 2 bis:

"L'attivazione entro la vigenza del Patto per la Salute 2013-2015 di centri territoriali aperti nelle ventiquattro ore, sette giorni su sette, nell'ambito del distretto socio-sanitari, con bacino d'utenza variabile secondo la programmazione regionale viene disciplinata con Intesa Stato-Regioni da raggiungersi entro il 31 dicembre 2012 sulla base delle seguenti caratteristiche:

a) garantiscono in tutte le ventiquattro ore e sette giorni su sette la presenza a turno di almeno un medico di medicina generale, compresi i medici che svolgono attività di guardia medica, di un pediatra di libera scelta del territorio di riferimento, di un infermiere sono dotati della diagnostica di base (radiologia, centro prelievi/laboratorio, ecografia, ecc.);

b) sono il punto di integrazione delle cure primarie e il punto di accesso ai servizi e la presa in carico della domanda, dove il cittadino è accolto, informato, prenota e accede a tutti i servizi sociali e sanitari. Non sostituiscono gli ambulatori dei medici convenzionati;

c) assicurano l'assistenza specialistica ambulatoriale nelle ore diurne e la presenza e il coinvolgimento di tutti i professionisti delle cure primarie (medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche, psicologi, figure amministrative, ecc.) e l'integrazione, anche funzionale, con gli operatori del servizio sociale professionale degli Enti Locali.

d) garantiscono una diretta risposta ventiquattro ore su ventiquattro ai cittadini che presentano patologie classificabili come "codici bianchi e verdi".

e) possono costituire postazioni della rete di emergenza sanitaria 118 per rispondere alle emergenze e per l'eventuale trasporto sanitario assistito.

d) prevedono la figura del responsabile o coordinatore del Centro h24, ferma restando la responsabilità del Direttore del Distretto.

e) coordinano, con gli operatori del territorio, le attività di prevenzione e la medicina di iniziativa e garantiscono la sanità d'iniziativa per prevenire e combattere le patologie croniche.

f) attivano 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 medicina Generale, e per la medicina di iniziativa.

Razionale

Lo sviluppo dell'assistenza socio sanitaria distrettuale "h 24" è decisivo per rispondere ai crescenti bisogni dei cittadini - connessi al quadro epidemiologico (cronicità) e demografico (invecchiamento popolazione) - che non devono trovare risposta solo in ospedale (e solo nella sanità). Ciò serve anche a controllare e a rendere più appropriata la spesa.

Vanno pertanto realizzati nel Distretto di veri Centri Socio Sanitari aperti 24 ore, con assistenza medica ed infermieristica e con capacità di offrire anche un primo soccorso per codici bianchi e verdi. Non è più solo l'Ospedale ad essere sempre aperto. I medici di MMG devono essere associati e assicurare a rotazione la presenza nel Centro h 24; la continuità assistenziale, oltre che nei loro studi durante il giorno (ore 8-20) e con le prestazioni domiciliari, va assicurata in questi centri h 24. E serve il coinvolgimento di 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

✧ Al punto d) sostituire la lettera h) con il seguente testo:

" h) prevedere l'accesso alla medicina convenzionata, a tempo pieno ed a tempo indeterminato, fatte salve le sostituzioni temporanee. Il rapporto ottimale 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.

L'attività oraria viene svolta, di norma, nei centri territoriali secondo l'organizzazione distrettuale finalizzata a garantire l'assistenza nelle ventiquattro ore. Gli ambiti territoriali di scelta del medico di assistenza primaria e del pediatra di libera scelta tendenzialmente coincidono con l'ambito territoriale di riferimento del centro. Il ruolo è unico per tutti i professionisti convenzionati. Il servizio di guardia medica è assorbito dalla attività dei centri territoriali aperti ventiquattro ore su ventiquattro."

Razionale

Si deve istituire il ruolo unico del Medico di MG (Medico di fiducia delle Cure Primarie) ma abolendo la Guardia Medica, così la "medicina di continuità" rientra tra i compiti del Medico di MG. La riorganizzazione delle cure primarie dovrà dunque prevedere il superamento della distinzione delle tre figure di Medici: di Medicina Generale, della continuità assistenziale - Guardie mediche, della medicina dei servizi, e creare invece la figura unica del medico di fiducia per le Cure Primarie strettamente legato al suo territorio di competenza, che svolge tutte le attività della medicina generale sopra specificati. Al fine di garantire la qualità del rapporto fiduciario con il cittadino, le attività nel distretto e la possibilità di operare anche per i codici bianchi e verdi, il nuovo numero di assistiti per ciascun medico dovrebbe essere di mille unità. Ciò si potrà realizzare grazie alla riconversione delle 12mila "guardie mediche", figura del tutto superata che deve essere abolita e rientrare con pari ruolo professionale tra i medici di medicina generale. Solo così si possono realizzare i centri h 24 e garantire la strutturazione delle cure primarie: tutti i medici che oggi sono di Assistenza primaria e quelli di guardia medica avrebbero lo stesso numero di assistiti ed avrebbero il tempo necessario per dedicarsi alle attività dei centri e sviluppare e gestire le altre attività territoriali (cronicità, medicina iniziativa, residenzialità, domiciliarità, ecc). Ovviamente vanno salvaguardati i diritti acquisiti dagli attuali medici di MG, con la possibilità di svolgere attività territoriali che compensino la riduzione del reddito dovuta all'eventuale riduzione di assistiti, ma i medici della continuità assistenziale (guardie mediche) e in modo progressivo d'ora in avanti tutti nuovi medici che accedono alla convenzione di medicina generale dovranno essere valorizzati sia nel rapporto con gli assistiti, sia nella continuità delle cure, sia nel sistema di assistenza territoriale h 24

✧ Aggiungere dopo il comma 2 il seguente comma 2 bis

"L'attività di emergenza sanitaria - 118 è svolta esclusivamente con rapporto di dipendenza. Le regioni provvedono entro sei mesi, dal presente decreto, al passaggio a rapporto di dipendenza di tutti medici attualmente convenzionati a tempo indeterminato per questo servizio. Le regioni definiscono entro sei mesi dal presente decreto, attraverso contrattazione nazionale della SISAC con le OO.SS., i diritti acquisiti, dei medici già in rapporto di dipendenza con riconoscimento della specializzazione in Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza dopo cinque anni di servizio nel settore, e dei medici in graduatoria per la medicina generale e con titolo per lo svolgimento della attività di emergenza sanitaria, equiparandoli nel diritto d'accesso ai medici specialisti in emergenza sanitaria. Successivamente l'accesso sarà possibile solo ai medici specialisti in emergenza sanitaria."

Razionale

L'assistenza territoriale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 deve essere strettamente integrata in modo chiaro ed efficace con il sistema dell'emergenza – urgenza. E' infatti fondamentale per la vita dei cittadini un intervento sempre più tempestivo sul territorio per le emergenze che consenta di non sprecare neanche un minuto per arrivare in ospedale nel miglior modo possibile. Al tempo stesso il cittadino che non necessita di un intervento al pronto soccorso ospedaliero deve trovare nel territorio una risposta per le urgenze h24 come sopra specificato. Ma tutti i medici che lavorano nell'emergenza sanitaria-118 lo devono fare con rapporto di dipendenza e senza dover essere prima convenzionati. La legge dovrebbe prevedere una transizione che salvaguardi i diritti acquisiti dei medici che oggi sono in graduatoria per fare questa attività, e riconoscendo ai medici già in rapporto di dipendenza, dopo cinque anni di servizio nel settore, la specializzazione in Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza E invece nel decreto non c'è nulla.

♣ Sopprimere il comma 3

Razionale

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, basta che ci sia una 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.

Art.2

Esercizio dell'attività' libero professionale

♣ Sopprimere l'intero articolo.

In caso di mancata soppressione aggiungere almeno la seguente lettera b)

“L'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria ordinaria è comunque garantita in spazi aziendali adeguati a tutti professionisti in regime di esclusività di rapporto che ne facciano richiesta”.

Razionale

Il punto centrale, da noi contestato, 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 privatizzazioni, 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. 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.

Art.3

Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie

- ⤴ Aggiungere al comma 2 dopo la parola adottato “*entro il 30 giugno 2013*”

Razionale

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).

- ⤴ Aggiungere alla fine del comma 2 “*sancita da sentenza definitiva*”.

Razionale

La subordinazione della disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario va accertata con sentenza definitiva.

- ⤴ Eliminare al comma 4 l'ultimo periodo

Razionale

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 ?

- ⤴ Aggiungere alla fine del comma 5 “*all'interno dei quali attinge*”.

Razionale

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.

Art.4

Dirigenza sanitaria e governo clinico

- ⤴ Sopprimere al comma 1 dopo la parola idonei “*ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni*”.

Razionale

Si tratta di stabile chiarezza e trasparenza nelle modalità di scelta.

- ⤴ Al comma 1) aggiungere dopo le parole “*assicura adeguate misure di pubblicità* “: “*sul sito internet della regione con i profili professionali di tutti gli idonei e le motivazioni della scelta da parte della regione.*”

Razionale

Va data alla nomina dei direttori generali almeno la stessa trasparenza che si prevede per la nomina dei direttori di struttura complessa.

- ⤴ Sostituire la lettera dc con “ Alla fine del comma 5 dell'art. 15 aggiungere “L'art. 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2012, n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122, non si applica ai dirigenti del servizio sanitario nazionale.”

Razionale

Si tratta di una norma con profili anticostituzionali introdotta dall'ex Ministro Brunetta con il DI 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.

- ⤴ Aggiungere alla lettera d) dopo le parole “*tre direttori di struttura complessa*” le seguenti “*appartenenti al ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale e dei quali uno di sesso femminile, e presieduta dal direttore sanitario*”.
- ⤴ Sostituire alla lettera d) le parole “*individua...terna*” con “*nomina il candidato primo in graduatoria*”.

Razionale

La presidenza della Commissione dovrebbe essere affidata al Direttore Sanitario dell'azienda che dovrebbe avere anche le capacità di giudizio rispetto agli obiettivi aziendali. La presenza di una donna in commissione dovrebbe tutelare la professionalità di genere, oggi penalizzata nell'assegnazione degli incarichi in sanità.

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.

- ⤴ Alla lettera 7 quater dopo la parola proposta aggiungere “*sull'analisi comparativa da pubblicare sul sito internet aziendale, dei curricula, dei titoli professionali posseduti, dei volumi dell'attività svolta,*”

Razionale

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, e senza alcuna pubblicità.

- ⤴ Alla lettera g) dopo le parole “attività libero-professionale intramuraria” aggiungere il seguente periodo “*E' fatto obbligo al Direttore Generale di motivare decisioni difformi da quanto deciso dal Collegio di Direzione*”.

Razionale

Il ruolo del Collegio di Direzione non può essere solo di mera partecipazione e pertanto il Direttore Generale, pur mantenendo in ultima istanza l'autonomia decisionale, dovrebbe motivare le decisioni che assume in contrasto con quanto concordato in sede di Collegio.

⤴ Aggiungere il seguente comma 4 :

“Con Intesa Stato-Regioni si definisce 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.”

Razionale

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.

Art.6

Disposizioni in materia di edilizia sanitaria

⤴ Al comma 1 dopo la parola “dismettere” eliminare la parola “*anche*”

Razionale

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 2012.

⤴ Al comma 3 dopo “assegnate alla singola regione o provincia autonoma” aggiungere “, *che devono riguardare prioritariamente strutture a sostegno di progetti terapeutico riabilitativi individuali,* ”.

Razionale

Il decreto accelera e semplifica le procedure per ripartire alle Regioni i finanziamenti in conto capitale per costruire e attrezzare strutture sostitutive gli OPG (realità indegne per un paese civile dove sono internati 1500 malati) che devono essere chiusi entro marzo 2013 (articolo 3 ter legge 9/2012). Bisogna evitare di costruire spazi che, per logica e caratteristica, riproducono il manicomio in ogni regione. Ciò significa privilegiare 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