

ATTUARE IL PATTO **PER LA SALUTE**

per la qualità del Sistema Sanitario e Sociale



Il Patto per la Salute, definito tra il Governo e la Conferenza delle Regioni, rappresenta, anche per noi, un'opportunità per partecipare, nelle sedi appropriate, alla definizione delle misure per rafforzare e riqualificare il Servizio Sanitario Nazionale.

Sono passati ormai nove mesi da quando Governo e Regioni hanno sottoscritto il Patto e solo una parte degli impegni che si erano concordati è stata attuata nei tempi stabiliti.

Fino ad oggi, si è data attuazione agli impegni riferiti agli equilibri di bilancio.

Meno attenzione è stata posta agli impegni previsti per favorire la riorganizzazione del sistema.

Si tratta di impegni consistenti: la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza, le Linee di indirizzo per la Medicina nel territorio (cure primarie, continuità assistenziale, assistenza domiciliare) e per la Prevenzione, quelle per la funzione ospedaliera, le Linee sugli accreditamenti. Solo per citarne alcuni.

Occorre recuperare questi ritardi.

I principi ribaditi nel Patto, in particolare laddove si considera il Servizio Sanitario Nazionale come bene pubblico, che risponde in modo universale al diritto alla salute e alle cure dei cittadini, sono certamente condivisibili.

Altrettanto importante è considerare la spesa sanitaria un volano per lo sviluppo e, come affermato nel Patto, *una forma essenziale di investimento nel capitale umano*. La qualità della spesa sanitaria, dunque, contribuisce alla stessa competitività del paese.

In questo senso, proprio perché si tratta di un investimento "pregiato", l'efficienza e l'efficacia della spesa sanitaria, dunque la sua appropriatezza, è obiettivo irrinunciabile.

LA PARTECIPAZIONE

E' significativo il fatto che il Patto si concluda con un impegno esplicito di Governo e Regioni di assicurare la partecipazione del Sindacato Confederale, nelle fasi della sua applicazione.

Si tratta di valorizzare e praticare questa disponibilità politica, che investe sulla partecipazione.

- Per questo occorre trovare forme ben più efficaci di relazioni concertative tra i diversi soggetti impegnati nell'attuazione del Patto. Serve definire chiaramente un *rappporto triangolare* tra governo, conferenza delle regioni e sindacato confederale.
- Ma anche agli altri livelli, tra singole regioni, sindacato confederale, comuni e aziende sanitarie c'è bisogno di dare ben più forza e valore alla concertazione.
- Si tratta inoltre anche di individuare strumenti per una partecipazione diretta dei cittadini.
- Infine, occorre definire strumenti per la governance clinica, che valorizzi e responsabilizzi tutti gli operatori del sistema.

FEDERALISMO E UNIFORMITÀ DEI DIRITTI

Il processo federalista, che si è sviluppato dopo la riforma del titolo V della Costituzione, ha assegnato un ruolo centrale alle regioni nel governo del sistema sociosanitario e ciò ha favorito una maggiore responsabilità. Tuttavia, bisogna riconoscere che persistono divari tra le diverse realtà regionali e che non sono ancora garantiti livelli uniformi di assistenza in tutto il territorio nazionale.

- L'occasione offerta dal confronto in atto tra governo, regioni e autonomie locali, sulla bozza di Disegno di Legge sul federalismo fiscale, deve servire a rispondere anche a questa esigenza di unitarietà del sistema sanitario e sociale nazionale, coniugando Federalismo cooperativo responsabilità e solidarietà.

RISORSE E RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

Il Patto, ha stanziato risorse certe e consistenti, per il triennio 2007, 2008, 2009, con un significativo incremento, dopo anni di sottofinanziamenti e di incertezze.

Una scelta politica importante che dà al sistema una significativa stabilità utile a favorire il riordino della spesa per fronteggiare il continuo incremento dei costi.

Cgil Cisl Uil, ritengono necessario agire per riorganizzare il sistema, garantendo i Livelli di Assistenza, massimizzare l'efficienza e l'appropriatezza, anche per fronteggiare l'aumento del bisogno di assistenza per la cronicità (LTC).

Nuove risorse possono essere recuperate, anche per non compromettere la sostenibilità del sistema attraverso:

- la scelta dell'**integrazione tra ambito sanitario e sociale** (integrazione istituzionale, finanziaria, organizzativa);
- la creazione del **fondo per le non autosufficienze** può convogliare risorse oggi frammentate e raccoglierne di aggiuntive.

- **L'equità della spesa**, i criteri di riparto dei finanziamenti tra le regioni (e all'interno di queste) per renderli più rispondenti degli attuali al quadro epidemiologico e demografico.

Il Patto ha rafforzato il rapporto tra finanziamenti e riorganizzazione

Gli adempimenti a carico delle regioni per accedere ai finanziamenti ordinari, ma anche i più rigorosi piani di rientro per le regioni "in difficoltà", tendono a vincolare le risorse alla riorganizzazione.

Bisogna perciò evitare che il governo della spesa si riduca a mere operazioni ragionieristiche.

Anzi, il governo rigoroso della spesa deve servire proprio a favorire la "missione" del Ssn: quella di garantire il diritto alla salute dei cittadini, con gli interventi di prevenzione, di cura e di riabilitazione.

In questo senso occorre quindi, a livello nazionale e regionale, valutare il Ssn non solo rispetto all'obiettivo dell'equilibrio di bilancio, certamente fondamentale, ma per la sua appropriatezza e per i risultati di salute che ottiene.

- A questo scopo bisogna definire meglio gli indicatori previsti dal Dm 12.12.2001 e relativo ai Lea stabilire strumenti più forti degli attuali di valutazione e di garanzia per ottenerne la reale erogazione su tutto il territorio nazionale.

Inoltre, il rigore delle misure economico finanziarie, in particolare nelle Regioni che hanno dovuto adottare i Piani di rientro, deve essere accompagnato da interventi di tutela dei cittadini in condizioni di maggiore debolezza, lavoratori e pensionati in primo luogo, per evitare misure inique, che sarebbero intollerabili.

Anche per questo, Cgil Cisl Uil considerano un risultato importante, seppur tardivo, la cancellazione del ticket da 10 euro.

- Il Governo, dando corso agli impegni assunti, deve ora abolirlo definitivamente anche per gli anni successivi.
- Altrettanto importante, nelle regioni interessate, è adottare misure alternative ai ticket per il contenimento della spesa farmaceutica, come prevede l'ultima legge finanziaria.

Così come, sapendo che la più importante risorsa del SSN è **il personale**, non è accettabile che la forma prevalente di risparmio sia quella di tagliare in modo indiscriminato gli organici, in particolare i tanti lavoratori precari, che in molti casi garantiscono il funzionamento del SSN.

LE PRIORITÀ DELLA RIORGANIZZAZIONE

Occorre rispettare obiettivi e tempi del Patto, recuperando i ritardi.

E' a livello regionale e locale che si tratta di negoziare i processi di riorganizzazione (riordino rete ospedaliera, potenziamento assistenza territoriale, economie di scala, ecc.) e che si da concreta attuazione al Patto.

Sia a livello nazionale, che regionale e locale, deve affermarsi **una nuova cultura e una pratica della valutazione dei risultati**, altrimenti ogni programma di riorganizzazione, anche il più ambizioso, resta una mera enunciazione di principio.

A livello nazionale il confronto con il Governo e le Regioni riguarda i provvedimenti per rendere uniforme il diritto all'assistenza (ad esempio revisione e monitoraggio dei Lea) e le previste linee di indirizzo per favorire le riorganizzazioni e regolare l'accreditamento.

LA REVISIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Nel confronto con il Governo sulla revisione dei LEA, Cgil Cisl Uil hanno presentato un documento di proposte, che possono essere così riassunte:

- la revisione dei LEA deve servire per orientare la riorganizzazione del servizio sanitario rispetto alla domanda di salute e quindi a destinare le risorse in modo appropriato;
- lo strumento per definire i LEA è, attualmente, il DPCM, mentre sarebbe più adeguata una definizione per via legislativa (considerando il rango costituzionale dei LEA);
- non è sufficiente elencare i Lea, bisogna renderli esigibili; per questo servono indicatori organizzativi (standard dei servizi, bacini di utenza, ecc.) e indicatori di appropriatezza e di risultato, che al di là del DM 12.12.2001 non sono ancora stati compiutamente definiti; e servono modifiche organizzative.
- bisogna che le verifiche sugli adempimenti a carico delle singole regioni (curate dallo specifico tavolo governo regioni), condizione per assicurare il finanziamento, siano maggiormente vincolate al rispetto del profilo erogativo dei Lea;
- attenzione va posta anche all'esigibilità dei Lea per la salute mentale (nel rispetto dei principi della Legge 180) e per i detenuti (attuando il D.Lgs 230).
- infine, una linea di monitoraggio e verifica ben più rigorosa dell'attuale, deve essere dedicata allo stato di attuazione dei piani regionali per il contenimento delle Liste di attesa, che rappresentano una delle principali ragioni di mancata applicazione dei Lea e di insoddisfazione dei cittadini verso il Ssn. Quello che non può più essere tollerato è vedere costretti i cittadini a rivolgersi alle prestazioni a pagamento per aggirare le liste di attesa.

LE LINEE DI INDIRIZZO PER SOSTENERE LA RIORGANIZZAZIONE E L'UNIFORMITÀ

Attualmente, proprio nell'attuazione dei Lea, vi sono gravi disomogeneità fra Regioni, e all'interno delle stesse Regioni.

Persiste in molte realtà un eccesso di offerta - e di spesa - per l'assistenza ospedaliera. Mentre è ancora carente l'assistenza per la prevenzione e distrettuale, in modo particolare per l'assistenza domiciliare (e in generale per l'area dell'integrazione sociosanitaria).

E' quindi necessario sostenere i processi di riorganizzazione, in particolare per riconvertire un sistema, che in alcune regioni è ancora "ospedalocentrico", verso i servizi nel territorio.

- Per questo, occorre che al più presto la Conferenza Stato Regioni definisca le *Linee di indirizzo* previste dal Patto.

In particolare sono prioritarie:

Linee di indirizzo per l'assistenza "territoriale", che devono

- sostenere come priorità assoluta il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata, residenziale e semiresidenziale extraospedaliera (in alcune regioni praticamente inesistenti);
- riferirsi anche ai lavori in corso per la definizione del piano per la **Non Autosufficienza** e alla relativa revisione dei Lea (anche in funzione della loro integrazione con quelli sociali, la cui definizione non può più tardare);
- indirizzare la riorganizzazione della medicina del territorio (cure primarie, percorsi diagnostico terapeutici, continuità ospedale domicilio), per la quale l'obiettivo non più rinviabile è quello della continuità assistenziale delle cure primarie 24 ore su 24 per tutti i cittadini. Per questo va avviato un processo che, partendo dall'associazione tra medici di famiglia e guardie mediche, porti alla nuova figura del medico delle cure primarie, con un rapporto di convenzione ma pienamente integrato nel distretto. Un nuovo ruolo dovrà essere giocato anche dagli specialisti ambulatoriali e dagli stessi medici dipendenti. In questo ambito si collocano le varie modalità con cui, nelle diverse realtà, si è tentato di "materializzare" un luogo concreto a cui i cittadini possano rivolgersi per l'assistenza territoriale.

Linee di indirizzo sulla funzione ospedaliera, che devono sostenere:

- il completamento dei programmi di Riorganizzazione della Rete ospedaliera, con la riduzione dell'offerta entro gli standard della programmazione nazionale (le esperienze segnalano che, per conseguire risultati significativi, bisogna agire non sui singoli posti letto ma, quantomeno, su intere Unità Operative);
- il rispetto del tasso di ospedalizzazione per acuti, ancora troppo alto (a favore invece della lungodegenza e della riabilitazione);
- le riconversioni delle funzioni ospedaliere verso la rete dei servizi territoriali. Per questo è necessario prevedere "meccanismi di sostegno", anche con incentivi, mentre l'adeguamento conseguente della consistenza organica del personale, deve essere oggetto di contrattazione.

Linee di indirizzo sulla prevenzione

- Occorre recuperare l'idea di salute "globale" – intesa come benessere fisico, psichico e sociale (che era alla base della Legge 833 istitutiva del Ssn) e quindi l'affermazione che la salute non è semplicemente assenza di malattia.
- La prevenzione, oggi ancora più di ieri, diventa fondamentale di fronte all'evoluzione del quadro epidemiologico e alla transizione demografica.
- Una prevenzione che, in particolare di fronte al fenomeno congiunto, dell'aumento della durata della speranza di vita e dell'aumento della percentuale di popolazione anziana, deve porsi l'obiettivo dell'"invecchiamento attivo" e della liberazione di anni di vita dalla disabilità.
- Bisogna estendere a tutte le regioni i Piani degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione, recuperando i gravi ritardi.
- Un'occasione importante per applicare i piani di prevenzione è data dalla revisione dei Lea, che deve rendere più chiare ed esigibili le relative prestazioni.

- Una specifica, e fondamentale, linea della prevenzione riguarda la Sicurezza nel lavoro, su cui è in corso il confronto sul Testo Unico in materia (si rinvia alle proposte specifiche di Cgil Cisl Uil).
- Infine, sulla prevenzione occorre dare attuazione concreta a *Guadagnare salute*, il programma per rendere facili le scelte salutari, sul quale Cgil Cisl Uil hanno stipulato uno specifico protocollo d'intesa con il Governo. Qui si rende evidente come la salute non dipenda solo dalla sanità ma più in generale da altri determinanti, quali gli stili di vita, l'alimentazione, l'ambiente.

Linee di indirizzo sull'accreditamento

Il Patto prevede un calendario preciso per la cessazione degli accreditamenti provvisori, che va rispettato senza deroghe, e un specifica Intesa Stato Regioni per fornire indirizzi alle Regioni, che devono 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,
- il controllo dei volumi di attività e della spesa nell'ambito della programmazione pubblica.

Le linee sull'accreditamento sono quanto mai necessarie, sia per evitare una diversificazione dei modelli di funzionamento del Ssn, che per favorire il risanamento di alcune regioni, nelle quali il disavanzo si accompagna ad una spesa verso i privati accreditati eccedente la spesa media nazionale.

Diventa infine necessario, prevedere un confronto permanente sulle linee di indirizzo per **l'ammodernamento tecnologico del Ssn**, che, come è noto, rappresenta uno dei fattori cruciali per la trasformazione del servizio sanitario nazionale.

Con queste, seppur schematiche, indicazioni Cgil Cisl Uil sono impegnate a dare concreta e decisa attuazione agli obiettivi del Patto per la Salute, per un rilancio strategico del Sistema Sanitario pubblico, che resta una infrastruttura fondamentale per la coesione sociale e la qualità dello sviluppo del nostro paese.