

## Sul nuovo Patto per la Salute 2013 – 2015

*Il nuovo Patto per la Salute può diventare l'occasione per investire - proprio nella crisi - nel Servizio Sanitario Nazionale, pubblico e universale, come formidabile motore per la crescita e l'equità sociale.*

*Il confronto deve coinvolgere anche il Sindacato confederale: solo una grande partecipazione alla costruzione del nuovo Patto potrà aiutare il nostro paese a crescere più giusto e più forte.*

*Ribadiamo qui le nostre proposte sul nuovo Patto, per riqualificare i servizi e la spesa sanitaria, e la disponibilità ad un confronto per rendere più equo il sistema di compartecipazione, senza rinunciare all'obiettivo di arrivare, seppur gradualmente, al superamento dei ticket.*

*Per riqualificare il servizio sanitario nazionale, **scegliamo una priorità: in tempo di crisi investire nei servizi del territorio.** Investimenti selettivi per aprire una rete diffusa di Centri per le cure primarie socio sanitari aperti h24 nel Distretto, in tutto il territorio nazionale, come alternativa forte e visibile al solo ricovero ospedaliero.*

*Questo può dare un nuovo volto anche ai piani di rientro, passando dalle logiche dei tagli lineari, delle tasse e dei ticket - che colpiscono personale e cittadini - alla riconversione dell'offerta dei servizi, e quindi della spesa inappropriata, vera causa dei disavanzi sanitari concentrati in alcune regioni.*

*Un'altra novità del Patto dovrà essere l'avvio del controllo di qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza, che deve pesare quanto quello sui bilanci economici, per garantire il diritto alla salute e alle cure dei cittadini.*

Febbraio 2012

- **Finanziamento del Fabbisogno**

Occorre adeguare il finanziamento per il prossimo triennio per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (la Conferenza delle Regioni, pur rispettando i saldi dell'ultima manovra L. 111/2011, aveva proposto +2.500 milioni di euro nel 2013 e +5.000 milioni di euro nel 2014 e l'accisa tabacchi per abolire il super ticket valore 834 milioni). In ogni caso bisogna escludere i tagli "lineari" previsti nelle manovre finanziarie (Leggi 122/2010 e 111/2011) in caso di mancata Intesa Stato Regioni entro il 30.4.2012.

- **Investire nel cambiamento: con un finanziamento vincolato per l'assistenza distrettuale nei Centri Socio Sanitari h 24**

(per le proposte specifiche vedi il Documento CGIL "Assistenza continua "h 24" nel Distretto socio sanitario - *Linee Guida della contrattazione sociale: proposte per rilanciare l'assistenza distrettuale con le cure primarie*). Occorre dedicare una specifica linea di investimenti e di finanziamento corrente – e/o fondi di rotazione - vincolata ai piani di riconversione della rete ospedaliera a favore dei servizi territoriali e del superamento del divario nord/sud. In particolare per sostenere, nelle regioni con gravi disavanzi la riqualificazione dei servizi sanitari, indispensabile per il risanamento. Per questo serve una "massa critica" adeguata: tra risorse "nuove" e risorse ricavabili finalizzando più fondi, ad esempio: parte dei fondi spettanti alle regioni ma "congelati" per inadempienze (quasi tre miliardi anni 2009/2010) - che devono essere sbloccati purché vincolati alla riorganizzazione/riconversione dei servizi; parte delle risorse vincolate del Piano Sanitario Nazionale e dei Progetti cofinanziati; quota dei FAS e dei FSE dedicabili ai servizi socio sanitari, secondo il modello degli Obiettivi di Servizio, in particolare per quanto riguarda la non autosufficienza; lo sviluppo e l'integrazione dei servizi territoriali; fondo investimenti per l'innovazione edilizia e tecnologica sanitaria (ex art. 20 Legge 68/88), al quale vanno riassegnate le risorse tagliate con le ultime manovre finanziaria; fondi INAIL deliberati per l'attuazione delle Linee guida per le Politiche sanitarie; risparmi che devono restare nelle disponibilità delle regioni

- **Chi lavora sostiene il cambiamento:**

sbloccare effettivamente le assunzioni - turn over finalizzate alla garanzia dei LEA, confermando la contrattazione per sostenere la riconversione/riqualificazione dei servizi. Senza la contrattazione, che riconosca l'apporto delle lavoratrici e dei lavoratori alla qualificazione del SSN, non si sostiene il cambiamento, anche per le parti relative alle riorganizzazioni.

- **I Piani di rientro:**

bisogna dare un nuovo volto ai Piani di rientro. Sono serviti per evitare il rischio di un vero e proprio "default". Ma è evidente che non possono reggere a lungo - e nemmeno produrre risultati duraturi - se restano fondati solo su un mix "poco virtuoso", tasse, ticket e tagli lineari: misure che costituiscono per i cittadini un peso difficilmente sopportabile. Tanto più che i percorsi di risanamento non sono brevi. Mentre, come è dimostrato nelle regioni più "virtuose", il risanamento dei conti richiede tempo ed è strettamente collegato alla riqualificazione dei servizi per rendere più appropriata l'offerta. Lo dimostra la coincidenza tra buoni risultati di bilancio e migliore qualità dell'assistenza. Anche per questo deve essere possibile sostituire alcuni interventi "punitivi" (tasse e ticket, blocco assunzioni) con altre misure che abbiano un risultato economico corrispondente. E, soprattutto, sostenere le misure che producono una reale riorganizzazione/riconversione dei servizi, anche con investimenti ad hoc, necessari per ottenere successivamente risparmi stabili e duraturi. Perciò insistiamo per superare i commissariamenti, ristabilire una funzione degli organismi eletti dai cittadini e aprire finalmente un vero confronto con le parti sociali.

- **Usare i risparmi anche per nuovi servizi:**

Parte dei risparmi ottenuti (anche con i piani di rientro) vanno assegnati alla copertura del disavanzo e parte alla riconversione per aprire servizi alternativi a quelli che vanno chiusi. Devono restare alle regioni le risorse provenienti dai risparmi, anche se previsti dalle manovre economiche nazionali.

- **I Livelli Essenziali di Assistenza LEA prima di tutto:**

il controllo sui LEA offerti ai cittadini deve pesare quanto quello sui bilanci economici: unire il Tavolo nazionale verifica adempimenti (che si occupa soprattutto di bilanci) con il Comitato LEA, in un'unica struttura "Stato Regioni", che oltre a "valutare" possa intervenire a supporto e affiancando le regioni. Accanto al monitoraggio "quantitativo", delle performance e dell'assistenza ospedaliera, serve sviluppare quello sui LEA distrettuali e della prevenzione, sull'appropriatezza e sugli esiti.

- **Non Autosufficienza:**

Occorre dedicare un capitolo straordinario del Patto alla Non Autosufficienza. Si tratta di sostenere, anche con risorse adeguate, una proposta per garantire: prestazioni dei LEA ad alta integrazione socio sanitaria (Assistenza domiciliare integrata, Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (precisando indicatori di offerta e standard qualificanti) in modo particolare l'integrazione dei servizi, individuando modelli organizzativi funzionali al riconoscimento della centralità della persona e il diritto alla condivisione del Piano individuale di assistenza, come percorsi esigibili, Forme di copertura della quota "sociale" oggi a carico di Comuni o utenti (es. rette Rsa), Sostegno del lavoro di cura in ambito familiare, collegandolo alla rete dei servizi, Prevenzione per liberare anni di vita dalla disabilità.

- **Ticket:**

La spesa a carico dei cittadini continua ad aumentare. Sulle prestazioni specialistiche raggiunge ormai i 3,2 miliardi all'anno (2 miliardi ticket nazionali più 1,2 miliardi di ticket regionali) e vale 1,2 miliardi all'anno sulla farmaceutica, che continua crescere (+ 15,8% nel 2010). Il "superticket" in cifra fissa da 10 euro su ogni ricetta specialistica (valutato in 834 milioni anno) è stato rimodulato da diverse regioni, anche per evitare di rendere più convenienti le prestazioni a pagamento nel privato. Nel 2013, salvo modifiche legislative o altre forme di copertura decise con Intesa Stato/Regioni, è previsto che almeno due miliardi di entrate aggiuntive siano assicurate da nuovi ticket. Nel complesso si arriverebbe a quasi sette miliardi di spesa sanitaria, per prestazioni comprese nei LEA, a carico dei cittadini. Siccome non è stato dimostrato che il ticket induca maggiore appropriatezza, l'unica funzione certa è che serve a fare cassa. Occorre organizzare un "exit strategy", pur considerando la situazione economica. E in ogni caso è necessario rendere più equo e, più omogeneo nel paese, il sistema di compartecipazione, ed evitare che il ticket scoraggi il cittadino a rivolgersi al SSN, com'è accaduto con i super ticket da 10 euro.

- **La partecipazione democratica:**

costruire un modello di governance partecipativa. Con sedi di confronto nazionale e sedi di confronto in tutte le regioni. Tutti i processi di riorganizzazione dei servizi – in particolare i piani di rientro - se vogliono avere successo, devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione e un'ampia partecipazione.

Infine, tra i diversi impegni del precedente Patto non ancora attuati, segnaliamo:

- a) Tavolo Farmaceutica. Necessario allargare il “Tavolo Farmaceutico” alla partecipazione anche di soggetti indipendenti, sindacati e associazioni di tutela dei cittadini e dei consumatori.
- b) Regole Accreditamento Il buon funzionamento del sistema di accreditamento deve salvaguardare il modello universale, la qualità del SSN, 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.
- c) Trasferimento della sanità penitenziaria nel Servizio Sanitario (e la effettiva chiusura degli OPG) che va completato, per garantire ai detenuti e i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria.