

## **PRINCIPALI PROBLEMATICHE DELLA SANITA'**

### **Riforma del titolo V**

La modifica del Titolo V della Costituzione del 2001 ha consentito la creazione di ventuno servizi regionali, facendo perdere l'universalità al sistema ed ha impedito allo Stato di intervenire attivamente nei processi di riorganizzazione delle strutture e dei servizi sanitari regionali necessari ad ottenere un riequilibrio della spesa. Occorre, invece, che lo Stato, attraverso il Ministero della Salute ed il Parlamento, sia in grado di garantire su tutto il territorio nazionale il diritto alla salute ai cittadini, lasciando, alle Regioni, la gestione con propri modelli organizzativi, all'interno di un definito standard assistenziale ospedaliero e territoriale che sia omogeneo su tutto il territorio nazionale. Occorre quindi che sia il Parlamento a stabilire i LEA, che gli stessi LEA non siano di esclusiva natura economica, ma che tengano conto di indicatori di qualità, appropriatezza e adeguatezza ad iniziare dal fabbisogno minimo di risorse umane, tecnologiche, strutturali e standard organizzativi necessari a garantirli, e che il Governo possa concretamente intervenire con gli indispensabili strumenti correttivi, laddove i governi regionali dimostrino la loro incapacità a modificare i propri modelli gestionali ed organizzativi.

Siamo quindi favorevoli alla modifica del titolo V all'esame della Camera dei Deputati.

### **La necessità di forti cambiamenti del nostro sistema sanitario nazionale**

La politica del solo risparmio, basata essenzialmente sui tagli lineari senza incidere sulle diseconomie vere, sulle sacche di ristagno, sulle rendite di posizione e senza un vero processo di ristrutturazione del nostro servizio sanitario nazionale, ha ottenuto in questi anni il solo risultato di una progressiva riduzione dei servizi e della sicurezza delle cure. Oggi la spesa sanitaria pubblica italiana incide sul PIL in misura nettamente inferiore a quella dei maggiori Paesi europei, la questione non è solo ridurre la spesa, ma attraverso interventi "chirurgici" e non lineari, garantire la sostenibilità attraverso un ammodernamento della nostra rete ospedaliera e territoriale, anche per recuperare risorse da destinare alle mutate necessità della popolazione.

Il Patto per la Salute e il DM sugli standard ospedalieri, vanno nella direzione giusta, ma occorre attuare rapidamente tutti i provvedimenti previsti, in particolare la delega prevista dall'art. 22.

### **Stato giuridico del Medico**

La bozza di Riforma Madia, attualmente all'esame del Senato, prende atto della peculiarità del lavoro del Medico che non può essere omologato a quello della dirigenza pubblica della PA come avvenuto con il d. Lgs. 229/99, ed esclude la Dirigenza Medica dal ruolo unico della dirigenza regionale.

Ma questo non è sufficiente e non risolve il fallimento di un sistema che ha appiattito tutti i medici dipendenti in un unico livello giuridico, per giunta senza riconoscerne le

peculiarità rispetto alle altre figure dirigenziali. E' un dato di fatto che il medico "dirigente" sia stato trasformato in una sorta di burocrate censore dei bisogni e delle richieste di salute degli assistiti, schierato dalla parte degli interessi economici dell'azienda di appartenenza, o ancora in freddo esecutore di protocolli clinici, diagnostici o terapeutici.

Da qui la necessità di un radicale cambiamento della figura e della carriera del medico dipendente del SSN, a partire dalla formazione, trasformando le attuali borse di studio degli specializzandi in contratti a tempo determinato con il servizio sanitario, prevedendo il progressivo inserimento del Medico nelle attività assistenziali territoriali e nelle strutture ospedaliere con una verifica finale per consentire il passaggio ad un contratto a tempo indeterminato.

Per trovare soluzioni più adeguate occorrerebbe quindi arrivare al riconoscimento di una "**categoria speciale professionale**", sola in grado di soddisfare pienamente le esigenze della professione medica, e consenta una carriera fondata sul merito e sulle competenze professionali acquisite e verificate.

In particolare vista la specificità dell'attività del medico ed i relativi livelli di responsabilità, il medico dipendente, quale dirigente, deve riacquisire la piena autonomia decisionale nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie fisiche e psichiche della persona, attività che può svolgere direttamente ovvero con la collaborazione di altro personale sanitario, laureato o non, attraverso la definizione dell'atto medico, obiettivo strategico che l'attribuzione della qualifica dirigenziale ha finito per porre in ombra.

Ne consegue la necessità di avere norme nazionali chiare ed organiche, indicanti i livelli di carriera, i requisiti e le modalità di verifica, senza lasciarli alla cosiddetta trattativa aziendale, attraverso le quali Regioni ed Aziende modulano la propria organizzazione interna; ma soprattutto occorre abbandonare il tentativo di applicare meccanismi di incarico, non in grado di valutare le specificità della professione medica, passando ad un sistema che premia quello che il medico è in termini di impegno, competenza e capacità individuale.

### **Responsabilità professionale**

La soluzione del problema della responsabilità professionale non è più rinviabile. La medicina difensiva costa a seconda delle stime dai 10 ai 14 miliardi, il 10% circa del FSN.

La questione è ben conosciuta, alla Commissione Affari Sociali sono stati esauriti gli atti preliminari, si attende l'unificazione dei vari DL presentati in un unico testo ed il rapido avvio del percorso che condurrà all'approvazione.

Roma, 19 Febbraio 2015