



NOTE PER UNA PROPOSTA DI PIATTAFORMA RIVENDICATIVA

Dopo aver ripreso in modo significativo le nostre comunicazioni e pubblicazioni ed esserci collocati in diverse interlocuzioni con vari soggetti ed associazioni che operano sui territori ed in ambito nazionale, abbiamo ritenuto utile provare a formalizzare una proposta indicativa e di carattere generale.

Una base di indicazioni in grado di rappresentare in modo più organico l'insieme delle nostre osservazioni e deduzioni, finalizzandole alla costruzione di una piattaforma minima rivendicativa, condivisa ed inclusiva.

Proposta da avanzare e sostenere, in primo luogo nell'ambito del nostro lavoro sindacale e contestualmente da esplicitare nel contesto ampio dei confronti che siamo riusciti ad aprire con quei soggetti che oggi animano le spinte e le richieste di "sanità pubblica" provenienti dai territori e che, seppure in modo disomogeneo ed estremamente differenziato, oggettivamente convergono nel tentativo di "fare rete".

Per noi, Area Sindacale, un tale processo di aggregazione insieme al tentativo di costruzione di un fronte ampio ed il più possibile di classe, costituisce una imperdibile occasione per far conoscere il nostro lavoro e il valore delle nostre battaglie, rafforzando la nostra presenza e credibilità, presso quei larghi settori di ceti popolari che hanno sviluppato una profonda disillusione nei confronti delle organizzazioni di massa del movimento operaio. Discredito purtroppo dovuto anche alle sciagurate scelte delle Direzioni Sindacali!

Possiamo scrivere e proporre qualcosa di condivisibile grazie allo sforzo di comprensione e l'impegno costante realizzato nel contesto di un lavoro di gruppo,.

Abbiamo preso in considerazione vari aspetti e temi:

- contesto legislativo;
- contesto riguardante la medicina territoriale, a partire dal primo elemento di presa in carico, cioè il medico di famiglia;
- Medicina distrettuale, piastre ambulatoriali, consultori e strutture ospedaliere di comunità (ospedali di vallata), con particolare attenzione per la cosiddetta "medicina di genere" e, non ultima l'assistenza domiciliare;
- strutture intermedie di cura e residenzialità quali le RSA;
- Centri di Ospedalizzazione metropolitani ecc, ecc.

Quasi per ognuno di questi aspetti, abbiamo provato a rilevare criticità di importanza strategica ed elementi costitutivi natura e ragioni della crisi sanitaria che stiamo vivendo. Crisi che si colloca in un contesto economico globale recessivo.

Una crisi sanitaria frutto di scelte di liberalizzazione e privatizzazione del SSN, accresciute dalle politiche di regionalismo differenziato ed esplose con la pandemia.

Scelte speculative che sottolineano il ruolo delle carenze organiche di investimenti nel "patrimonio umano", nella assoluta insufficienza del numero e nella qualità di personale sanitario per ogni figura.

Scelte che hanno progressivamente spostato le risorse economiche dal settore pubblico a quello privato, a cui arriva circa il 50% delle risorse statali: in dieci anni sono stati tagliati 37 miliardi, di cui 30 orizzontali e 7 di mancati aumenti già messi a bilancio; sono stati tagliati i numeri degli ospedali, scesi da 1165 al numero di 1000, con una riduzione di posti letto pari al 31,9% e con una perdita di 42.888 unità di personale impiegato.

Dobbiamo ora mettere in relazione i vari piani entrando più nel "dettaglio" esplicitivo.

Possiamo prendere spunto dal nostro ultimo testo prodotto sulle RSA che tristemente ancora una volta rappresenta il frutto di una "mala politica", e, da questo tema ripartire per sviluppare titoli e contenuti.





I titoli individuati da sviluppare:

- Rapporto numerico tra pubblico e privato- convenzioni ed altro con associazioni onlus ecc... ecc...(finanziamento pubblico)
- RSA, ovvero la punta di un iceberg che identifica ed esplicita il processo di privatizzazione in ambito socio-sanitario, dove si realizzano a "basso costo di investimento i maggiori profitti". Infatti normalmente il "ricarico di impresa" si aggira attorno al 26% del fatturato. Nelle RSA per anziani, disabili, malati psichici e via dicendo, i livelli di guadagno sono quasi certamente superiori, anche per assenza di controllo pubblico sulla gestione delle stesse.

A partire da queste osservazioni, occorre avanzare la richiesta di rivedere i parametri di accreditamento ed azzerare le cosiddette "quote di compartecipazione" alle spese in capo alle famiglie (quote alberghiere). Abbiamo già pagato per il SSN, per questo le strutture e la loro gestione le RSA ed i centri di riabilitazione devono, almeno in medio periodo e comunque in temi stretti, tornare al pubblico, sia come proprietà, sia come gestione.

Intanto, in questa prospettiva, occorre rilanciare in tutte le forme più utili, il coinvolgimento attivo e di controllo sui bilanci e sui livelli di assistenza forniti, da parte del pubblico, rilanciando il ruolo delle Amministrazioni civiche quali i Comuni (vedi ruolo dei sindaci), con la partecipazione di "comitati di garanzia" dei Municipi (ex Circoscrizioni) dove sono presenti (i centri urbani con meno di 200.000 abitanti non hanno questa divisione amministrativa) formati anche dai cittadini.

A pieno titolo le RSA sono Strutture che fanno parte di un Servizio Sanitario Nazionale e si collocano sui territori come elemento di accoglimento e di soddisfazione della domanda di presa in carico e cura dei cittadini richiedenti che esprimono tali necessità (non autosufficienza parziale o completa)

Come tali le RSA devono garantire su tutto il livello Nazionale gli stessi livelli di prestazione alle stesse condizioni. (vedi la questione dei LEA)

Per far questo occorre anche sviluppare adeguatamente un'azione di tutela sindacale nei confronti del personale dipendente, sia dal punto di vista retributivo, sia per carichi di lavoro e per i diritti derivanti.

Ruolo funzione e competenze dei medici di famiglia

La presa in carico dei "pazienti", da parte della medicina territoriale è il Medico di Medicina Generale, ovvero "il medico di famiglia". Il primo anello di riconoscimento della richiesta di protezione sanitaria, prevenzione e cura delle patologie croniche o meno.

Ruolo, compiti e funzioni sono regolati da "UNA CONVENZIONE NAZIONALE CON LE ASL".

La Convenzione ha carattere simile ad un contratto collettivo, ma non è la stessa cosa poiché intervengono differenze giuridiche e di contenuto di notevole rilievo.

I livelli di prestazioni erogate dai MMG, anche prima della pandemia, si sono rivelate del tutto inadeguate alla domanda, per cui devono essere complessivamente riviste a vantaggio della collettività:

- 1) **rapporto tra medico e numero di pazienti (con quali criteri: densità abitativa, età media, fattori particolari di prevalenza patologica legati all'ambiente, es. vedi studi di epidemiologia, ecc...);**
- 2) **orari di prestazione e servizi garantiti;**
- 3) **parametri retributivi in relazione a quelli che regolano il personale dipendente ospedaliero a parità delle ore erogate;**
- 4) **definizione rapporti di interlocuzione clinica con le strutture territoriali ecc...;**
- 5) **rete informativa per il paziente e per altri presidi sanitari ed ospedal;**
- 6) **la digitalizzazione del sistema non può essere intesa come " video-visita", o, come opportunità di ridurre ulteriormente gli organici, ma come messa in rete dei dati clinici e miglioramento nell'erogazione di prestazioni e servizi.**





Le altre strutture socio assistenziali e di cura medica sul territorio quali consultori, centri diurni di accoglienza, ambulatori ecc devono essere recuperati alla loro funzione con adeguate coperture di personale e dotazione strumentale, (su questo occorrerebbe anche raccogliere i dati relativi).

Allo stesso modo occorre ripristinare nelle scuole (plesso scolastico) un presidio medico e di aiuto psicologico.

Le cosiddette "Case della salute" non devono essere previste in sostituzione di altri presidi altrettanto fondamentali quali gli "ospedali di vallata" e neanche diventare una sommatoria di ambulatori.

Occorre invertire il paradigma di una sanità "ospedalocentrica" fondata sulla cura della malattia con una sanità fondata sulla prevenzione e la tutela della salute. Lo stato di salute della popolazione e l'analisi dei bisogni costituiscono il prerequisito per ripensare la medicina territoriale e delineare un quadro di servizi che dialogano tra loro con un approccio di presa in carico interdisciplinare. Una siffatta organizzazione deve necessariamente essere fondata sulla sanità pubblica e sulla garanzia di personale stabile che possa garantire continuità, relazione personale e conoscenza del paziente.

Occorre recuperare utilmente le strutture sono state dismesse per favorire la loro devoluzione a soggetti privati e/o speculazioni legate alla costruzione di nuovi e spesso discutibili centri ospedalieri.

I GRANDI CENTRI OSPEDALIERI

All'apice del SSN i grandi centri Ospedalieri e la loro organizzazione o se preferite la loro "disgregazione e disorganizzazione", sono giustificazione per i processi di privatizzazione che vengono avanti. In questo quadro la perdita di "eccellenze sanitarie" a FAVORE DI GRUPPI FINANZIARI ECONOMICI IN SANITA' è della massima evidenza, soprattutto in quelle Regioni che spingono per un maggior autonomia (regionalismo differenziato e deroghe richieste allo Stato per la gestione della Sanità: gli esempi non mancano)

IL quadro legislativo e l'organizzazione sanitaria degli ospedali con le ricadute sull'intero sistema.

Su questo le osservazioni sulla Legge 833 e successive ci sono da guida e riferimento, poiché segnano le tappe delle trasformazioni che sono intervenute nel Sistema Sanitario Nazionale, condizionandone le sorti.

Si vengono ad evidenziare due aspetti:

- a) la loro disapplicazione
- b) le contraddizioni ed i margini interpretativi che hanno lasciato la possibilità di introdurre elementi di indebolimento del sistema di garanzie e tutele previste dalla Costituzione e dallo spirito originario della 833, influenzando negativamente sia nella conduzione organizzativa e nella qualità delle prestazioni erogate dagli ospedali pubblici e dagli organi di medicina territoriale, sia nel rispetto più generale della tutela della salute del singolo e della collettività.

Elementi rivendicativi centrali per una piattaforma in difesa della salute sicuramente sono presenti nei temi sotto indicati, ovviamente senza alcuna pretesa di esaustività.

- ☞ **tempi di presa in carico e cura (la loro certezza)**
- ☞ **diritto di scelta e qualità della cura specialistica**
- ☞ **rimessa in discussione dell'intramoenia a favore della crescita delle prestazioni in ambito pubblico.**

Ci limitiamo anche qui a ricordare alcuni elementi di importanza che dobbiamo sentitamente sollecitare, perché: "La Questione Sanitaria non è un puro atto legislativo, bensì una conquista civile, sociale e culturale alla quale ognuno può e deve fin da oggi concorrere" ed in questa funzione si devono utilizzare anche quegli spazi legislativi che tutt'oggi ancora esistono.





Tra questi, ne indichiamo alcuni che sono attinenti alle questioni sopra proposte:

☞ **tempi di presa in carico** e cura, che fanno sostanzialmente riferimento:

- a) al Decreto legislativo del 29 aprile 1998, n° 124 in cui all'art 3 comma 13 si prevede che qualora i tempi d'attesa per una prestazione chiesta con l'impegnativa siano superiori a quelli stabiliti per legge il cittadino possa eseguire la prestazione in intramoenia e farsi rimborsare la spesa (escluso l'eventuale ticket) dalla amministrazione ospedaliera.
- b) la legge Turco del 7 agosto 2007 in cui all'art 1 comma 4 lettera g si impone alle Amministrazioni che, per i tempi d'attesa per una prestazione chiesta con l'impegnativa ,nell'organizzazione del lavoro, si faccia espresso riferimento ai tempi d'attesa che si avrebbero con la stessa prestazione chiesta in intramoenia.

☞ **diritto di scelta** e qualità della cura specialistica.

Questo principio è stato ben chiarito dalla senatrice De Biasi quando nel 2016 in Commissione sanità al Senato disse: "Il nostro universalismo si sostanzia nell'essere tutti uguali di fronte all'aspirina e nell'essere tutti uguali di fronte al cancro? Io credo di fronte al cancro!", ovvero la medicina è una scienza in continua evoluzione e la Repubblica per il nostro art. 32 Cost. è tenuta con il suo SSN a garantire cure sanitarie di qualità aggiornate all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle tecniche. I medici stessi hanno risolto la complessità della medicina moderna con le super-specialistiche: per esempio, se parliamo di prestazioni di qualità, non esiste più l'ortopedico "generico" ma bensì l'ortopedico che con incarico specifico, "professionale", conferitogli dalla Direzione generale pratica solo una parte della specialità ortopedica, es. il chirurgo della spalla, o della colonna ecc.

Compito delle amministrazioni è pertanto quello di prevedere che con l'impegnativa firmata dal medico di famiglia si possa, nei tempi previsti come sopra, accedere alle cure del medico super-specialista adatto alla cura di cui si è affetti.

☞ **rimessa in discussione**, per l'abolizione in tempi rapidi, della pratica della remunerazione a percentuale del DRG degli interventi chirurgici nelle case di cura private convenzionate.

Infine un altro aspetto che ci riguarda per provare a costruire una piattaforma rivendicativa minima, ci pare debba includere due questioni:

- la formazione scolastica universitaria e di ricerca per la formazione;
- il controllo pubblico sulla chimica farmaceutica ed il meccanismo di validazione dei "brevetti"

CONCLUSIONI

Di fatto nei "Regimi Democratici" tutti sarebbero tenuti a rispettare e a far rispettare le Leggi dello Stato, ma questo diritto-dovere sancito dalla stessa Costituzione non si realizza. La questione in ambito sanitario è particolarmente evidente, tanto che appunto le stesse disposizioni legislative vengono eluse a vantaggio della centralità dei profitti!?!

In questo senso, per rilanciare una battaglia unificante per garantire a tutti un diritto fondamentale e la difesa di un bene comune come la salute, per ricostituire un SSN in grado di svolgere il suo compito di servizio alla società, riteniamo che si debbano anche utilizzare tutti gli spazi legislativi esistenti, ma che questo non possa esaurire la spinta al cambiamento.





VALE LA PENA RICORDARE

Siamo nella più chiara convinzione che l'utilizzo delle risorse fornite dalla UE, attraverso quegli strumenti finanziari quali il MES o il RECOVERY-FOUND siano da respingere poiché la loro natura crea ulteriore "DEBITO", Altro che senza condizioni!

Riteniamo che ogni ambiguità di giudizio su queste fonti e la loro possibile fruizione, costituisca, anche per buona fede di alcuni, un grave pregiudizio per ogni eventuale riforma del nostro Servizio Sanitario Pubblico e non solo per questo settore, ma per i settori strategici del Paese.

Secondo il nostro punto di vista e il nostro impegno sindacale e politico, come minoranza ed opposizione sindacale in CGIL, occorre rilanciare una seria battaglia affinché le risorse vengano reperite attraverso: lotta all'evasione ed elusione fiscale, Patrimoniale, Tassazione sulle speculazioni di Borsa, Riforma delle aliquote fiscali improntata a forte e graduale progressività, revisione e taglio delle spese militari, ecc...

Insomma: perché dovremmo pagare noi un debito non voluto ne prodotto?

PAGHI CHI NON HA MAI PAGATO!

Il cambiamento generale di cui c'è bisogno può nascere solo attraverso le mobilitazioni di settori sociali ampi ed organizzati dei lavoratori dei giovani dei pensionati, insomma da coloro che costruiscono il presente pensando al futuro e difendono la dignità del proprio passato, tutelando anche coloro i quali oggi non sono più attivi nei processi produttivi.

Ovviamente la nostra proposta di piattaforma rivendicativa, il più possibile inclusiva si determina in una logica di "classe" che in "**direzione ostinata e contraria**", vuole rimettere al centro il valore della vita e della salute, degli individui e della natura, non sacrificandole a quei processi di degrado che si accompagnano ad un modello economico sociale e politico fondato sui privilegi e la ricchezza di pochi a discapito di tutti.

Un modello non più sostenibile!

Per questo ricordiamo e condividiamo un presupposto non oggetto di mediazione ed irrinunciabile:

LA NOSTRA SALUTE NON E' UNA MERCE!

LE NOSTRE VITE VALGONO DI PIU' DEI LORO PROFITTI!

#RiconquistiamoTutto – SPIdiArea - Referenti nazionali

Ugo Lucignano (cell.3773152643, mail: lucignanougo7@gmail.com)

Giosi Vassallo (cell. 3355686548, mail giosivassallo56@gmail.com)

Giancarlo Girardi (cell, 360496977, mail: giricarlo@libero.it)

CPatrizia Tardivello (cell. 339365392, mail chipat@tim.it)

Referente nazionale del gruppo di lavoro sanità-Dico 32

Alberto Giorgi (cell. [3391358299](tel:3391358299), mail: giorgi.alberto47@gmail.com)

