



la **CURA**  
della **PERSONA,**  
il **VALORE**  
del **LAVORO**

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO**

[www.cisl.it](http://www.cisl.it)

**Roma - 14 luglio 2023**  
**AUDITORIUM DEL MASSIMO**

#curiamolapersona     

# Indice

<b>La cura della persona, il valore del lavoro</b> .....	3
La situazione attuale .....	3
Il PNRR e la Missione 6 .....	4
Criticità da superare.....	5
1. <i>Insufficienza di posti letto</i> .....	5
2. <i>Mancanza di coordinamento tra i diversi punti della rete</i> .....	5
3. <i>Rallentamenti nella realizzazione del PNRR Missione 6 Salute</i> .....	5
4. <i>I LEA</i> .....	6
Alcune nostre proposte .....	6
1. <i>Assicurare sostegno economico alla crescita del FSN per rafforzare il Servizio sanitario nazionale</i> .....	6
2. <i>Intervenire sulle carenze degli organici per garantire servizi di qualità alle persone</i> .....	6
3. <i>Rinnovare i contratti nazionali di lavoro sia per il settore della sanità pubblica che per quello della sanità privata</i> .....	7
4. <i>Risorse PNRR e medicina territoriale</i> .....	8
5. <i>Adeguamento delle retribuzioni alla media di altri Paesi europei</i> .....	8
6. <i>Ripristino del tavolo tecnico Agenas</i> .....	8
7. <i>Ristabilire un corretto rapporto tra i posti letto pubblici e privati</i> .....	8
8. <i>Depenalizzazione dell'atto medico</i> .....	9
9. <i>Sicurezza nei posti di lavoro</i> .....	9
10. <i>Rafforzamento della formazione del personale sanitario</i> .....	9
11. <i>Revisione dei criteri di cui al DM 70</i> .....	9
12. <i>Incremento delle risorse per l'assistenza intermedia post acuzie</i> .....	9
13. <i>Integrazione sociosanitaria e riforma della non autosufficienza</i> .....	9
14. <i>Incentivare le iscrizioni verso alcune specializzazioni</i> .....	10
15. <i>Integrare i LEA sanitari con i nuovi LEPS da completare</i> .....	10
16. <i>Affrontare il problema della mobilità sanitaria interregionale</i> .....	10
Conclusioni .....	10

# La cura della persona, il valore del lavoro

## DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Roma, 14 luglio 2023

L'emergenza epidemiologica causata dal COVID-19 se per un verso ha evidenziato il grande valore del Servizio sanitario nazionale, per un altro ha anche messo in evidenza alcuni limiti perlopiù strutturali e di vulnerabilità. Sono infatti emerse, in maniera generalizzata, forti criticità nell'erogazione dei servizi, soprattutto in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, tempi di attesa e grado di integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali. Criticità contrassegnate anche da significative disparità territoriali.

Superata l'emergenza è necessario adesso costruire un sistema "integrato" di assistenza, incentrato sulle necessità di "presa in carico" della persona, spesso anziana e fragile, da sviluppare principalmente nell'ambito dei servizi territoriali, riservando all'ospedale un ruolo esclusivo nella fase delle acuzie.

È necessario superare la visione miope che non considera la sanità un investimento, facendola rientrare tra i settori strategici sui quali focalizzare l'attenzione, adottando misure e risorse significative (superiori a quelle fin qui destinate) necessarie non solo per rafforzare il sistema sanitario ma anche per garantire la copertura, l'adeguatezza e la sostenibilità dei sistemi sanitari e di protezione sociale.

Le criticità riscontrate durante la pandemia non sono certamente risolte ma, guardando al futuro, l'approccio One Health tracciato nella Missione 6 del PNRR, le sfide della transizione digitale e soprattutto le opportunità offerte dal PNRR stesso rappresentano sicuramente un'occasione irripetibile per il rilancio del nostro SSN.

La costruzione di un nuovo modello di welfare di comunità in grado di garantire a tutti l'accesso equo e capillare alle cure richiama, inoltre, la necessità dell'integrazione degli obiettivi della Missione 6 (Salute) e della Missione 5 (Inclusione sociale), questione ancora irrisolta.

Creare reti di prossimità e strutture intermedie per allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, anche attraverso l'impiego di tecnologie innovative e l'investimento in ricerca e digitalizzazione del SSN, richiede una corretta attuazione degli investimenti e delle riforme previste nel PNRR, non escludendo a priori il ricorso, in tutto o in parte, agli stanziamenti del MES sanitario in quanto le risorse messe a disposizione dal PNRR sono rivolte quasi esclusivamente a interventi strutturali e questi ultimi sarebbero poco efficaci senza l'ausilio dei professionisti che potrebbero essere giustappunto finanziati attraverso le assegnazioni della predetta linea di credito.

### ► La situazione attuale

Se vogliamo continuare a garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute sancito nell'art. 32 della nostra Costituzione sarà necessario intervenire a partire dall'incremento delle risorse del Fondo sanitario nazionale.

Dopo la drammatica emergenza pandemica ci saremmo aspettati forti investimenti per la sanità pubblica, mentre il DEF 2023 prevede una riduzione della spesa sanitaria nonostante gli elementi di complessità davanti agli occhi di tutti.

Infatti, nonostante il crescente finanziamento del SSN in questi anni, nel DEF 2023 si prevede una decrescita della spesa sanitaria che passerà dal 6,7% del PIL nel 2023 al 6,2% nel 2025.

In realtà basterebbe, a nostro avviso, intervenire con una seria lotta all'evasione per adeguare il finanziamento per il SSN cercando di recuperare parte dei 100 miliardi di evasione fiscale; dagli ultimi dati del MEF nel 2019 risultano evasioni circa 32 miliardi di IRPEF da lavoro autonomo e imprese e 27,7 miliardi di IVA. In totale circa 60 miliardi che potrebbero essere in parte investiti sulla sanità pubblica.

Sappiamo, infatti, che l'imposizione fiscale costituisce la parte preponderante delle fonti che finanziano il Fondo sanitario nazionale: la componente diretta rappresenta mediamente il 27,6% del totale (IRAP 19,2% e addizionale IRPEF 8,3%), mentre la componente indiretta (IVA e accise) è pari al 59,6% del totale.

Contemporaneamente, da troppo tempo, si invoca una riforma dell'assistenza ospedaliera e territoriale e la loro integrazione con il sociale. Sono stati approvati a tal fine il DM 70/2015 (riforma ospe-

daliera) e il DM 77/2022 (riforma assistenza territoriale), ma ad oggi non hanno portato ad alcun miglioramento dell'assistenza. Per rinforzare il SSN non servono solo più risorse, ma servono anche più programmazione e più organizzazione. Tra liste di attesa, rinunce alle cure e disuguaglianze il SSN è in codice rosso da tempo.

Il SSN universale, pubblico e accessibile a tutti è un bene prezioso che va rafforzato e rilanciato, pena il rischio che possano determinarsi distinzioni tra la popolazione con malati di "serie A" e di "serie B". Coloro che hanno accesso e che possono avere una sanità a pagamento e coloro che sono senza servizio sanitario perché non possono pagare.

Oggi purtroppo il SSN sta velocemente lasciando il passo alla sanità privata come dimostrato dalla spesa out of pocket che ha raggiunto 40 miliardi di euro (poco meno di 1/3 del finanziamento del SSN) di cui 10 miliardi intermediata dai Fondi assicurativi.

Si allargano sempre più le differenze sociali tra coloro che possono permettersi di sottoscrivere polizze sanitarie private o accedere a quelle previste dal welfare contrattuale e il resto delle persone, per lo più anziane, che per accedere alle cure del SSN sono spesso costrette a liste d'attesa interminabili.

Tutto ciò spinge i cittadini a prendere in considerazione la possibilità di stipulare assicurazioni sanitarie come succede già in altri Paesi, sviluppando un modello sanitario ben lontano da quello attuale che si fonda sui principi universalistici previsti dall'art. 32 della Costituzione.

Da un recente sondaggio è emerso che quasi un italiano su due (46%) sarebbe interessato alla possibilità di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria integrativa. A nostro avviso sanità pubblica e privata possono e devono convivere, con la seconda che può solo integrare e aiutare, con contratti di convenzione, il SSN ma non sostituirsi ad esso.

La governance sanitaria per la CISL dovrà continuare a rimanere saldamente sotto la sfera pubblica ed è anche per questo motivo che è necessario creare le opportunità affinché tutti i professionisti della salute del SSN possano partecipare in regime di libera professione, anche intramuraria, all'erogazione di prestazioni sanitarie rientranti nei piani sanitari delle assicurazioni integrative. Questo limiterebbe la fuga del personale verso il privato e, contemporaneamente, garantirebbe l'entrata di risorse finanziarie che potrebbero essere messe a disposizione di tutti.

## ► Il PNRR e la Missione 6

Allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovere la ricerca, l'innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale; questa la strategia generale tracciata nella Missione 6 del PNRR e che si fonda su tre parole chiave:

- prossimità;
- innovazione;
- uguaglianza.

Sono questi i grandi traguardi che il nostro Paese dovrà raggiungere con le risorse che il PNRR ha stanziato per il comparto salute.

Sono circa 15,7 miliardi di euro di cui oltre 4 miliardi destinati all'ammodernamento tecnologico degli ospedali, 4 miliardi per potenziare l'assistenza domiciliare e la telemedicina, 2 miliardi per l'attivazione delle Case della comunità, 437 milioni per un ecosistema innovativo del sistema salute, 1 miliardo per l'attivazione degli Ospedali di comunità, oltre 1,6 miliardi per rafforzare l'infrastruttura tecnologica e la capacità di raccolta dati del Servizio sanitario nazionale, circa 500 milioni per favorire l'approccio One Health, oltre 700 milioni per il potenziamento della formazione dei professionisti sanitari, oltre 500 milioni per il potenziamento della ricerca biomedica, dotazioni imponenti che, tuttavia, ancora non producono effetti concreti per i cittadini sia nell'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche che nella qualità delle cure erogate, perché i problemi del SSN sono atavici e non di facile soluzione nel breve periodo.

A queste risorse vanno aggiunti:

- 2,89 miliardi di euro del Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC);
- 1,71 miliardi di euro del REACT-EU;
- 625 milioni di euro per il Programma nazionale equità nella salute destinato a potenziare la salute nelle sette regioni del Mezzogiorno (Campania, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna).

Si tratta di risorse ingenti, sebbene non ancora sufficienti, che dovranno essere utilizzate per adeguare il nostro SSN ad un contesto demografico ed epidemiologico in continua evoluzione, con lo scopo di far sì che i bisogni di salute siano garantiti in maniera uguale per tutti, indipendentemente dal genere, dalle condizioni sociali ed economiche e dal territorio nel quale si vive.

## ► Criticità da superare

A completamento del quadro su richiamato insistono da tempo sul sistema salute del nostro Paese un complesso di problematiche sulle quali riteniamo necessario intervenire celermente.

### 1. Insufficienza di posti letto

In varie regioni si registrano pronto soccorso al collasso per mancanza di posti letto nei reparti, con migliaia di persone costrette a sostare per giorni su barelle di fortuna nelle astanterie degli ospedali. I dati dei posti letto italiani paragonati a quelli degli altri Paesi sono impietosi. Nei nostri presidi ospedalieri, secondo la rilevazione Eurostat 2020, abbiamo un numero di posti letto ogni 1.000 abitanti tra i più bassi in Europa, pari appena a 3,1 posti letto, contro i 5,7 della Francia e i 7,9 della Germania.

### 2. Mancanza di coordinamento tra i diversi punti della rete

Permangono difetti di comunicazione e interconnessione tra medici di famiglia e specialista ambulatoriale, tra ospedale a bassa intensità assistenziale e ospedale di livello superiore. Spesso i pazienti, soprattutto anziani, che escono da un ospedale dopo un ricovero, per assenza di sistema di reti cliniche post acuzie, sono sostanzialmente abbandonati al loro destino e devono cercarsi in totale autonomia le soluzioni che il primo livello di assistenza non riesce a fornire.

### 3. Rallentamenti nella realizzazione del PNRR Missione 6 Salute

- Per l'ADI (Assistenza domiciliare integrata) il PNRR ha previsto uno stanziamento di 2,7 miliardi, al fine di incrementare gli interventi e raggiungere 808 mila nuovi utenti, così portando il servizio a coprire il 10% degli over 65 (circa 1,4 milioni) entro il 2026.

La Corte dei conti, analizzando gli ultimi dati messi a sistema dalle Regioni sull'ADI, ha evidenziato come il target di crescita previsto non è stato rispettato in quanto le Regioni e le Province autonome hanno erogato servizi di assistenza domiciliare a solo 70.294 nuovi assistiti over 65, un dato corrispondente ad appena il 24% del target, rispetto ai 292 mila che dovevano raggiungere per il 2022. Ciò potrebbe mettere a rischio i futuri finanziamenti del PNRR su questo servizio.

Inoltre, raggiungere 1,4 milioni di cittadini non vuol dire migliorare il servizio se non saranno stabiliti i livelli essenziali per questo tipo di prestazioni. Oggi ogni anziano inserito in ADI riceve in media 15 ore di assistenza domiciliare integrata l'anno che si concentrano in 2-3 mesi. Per la CISL questa non si può definire assistenza domiciliare. Le malattie croniche invalidanti hanno bisogno di un'assistenza costante. I servizi assistenziali sia sanitari che sociali devono essere programmati secondo un Piano individualizzato assistenziale (PAI) e non secondo le disponibilità del servizio. Per garantire standard adeguati servirà una maggiore integrazione tra i servizi sanitari (ADI) e sociali (SAD) e investimenti sulle risorse umane attraverso nuove assunzioni e un'adeguata formazione di infermieri, fisioterapisti e operatori sociosanitari, oltre al personale specifico per le prestazioni sociali o sociosanitarie.

- La stessa telemedicina, per la quale il PNRR destina 1 miliardo, è ancora poco diffusa e va rapidamente implementata con le specifiche risorse messe a disposizione dal PNRR; secondo un recente studio solo il 39% dei medici specialisti e il 41% dei medici di medicina generale utilizzano i servizi di televisita e rispettivamente il 30% e il 39% hanno fatto ricorso al telemonitoraggio.

- Anche la realizzazione delle Case di comunità, degli Ospedali di comunità e delle Centrali operative territoriali è in estremo ritardo; in particolare in base ai dati Agenas (Agenzia nazionale preposta dalla normativa al monitoraggio dell'applicazione della Missione 6 del PNRR) a fine 2022 delle 1.400 Case di comunità previste solo 133 erano già attive.

#### 4. I LEA

È dal 2017 che i livelli essenziali di assistenza non vengono aggiornati nonostante l'urgenza di una revisione profonda e necessaria anche a seguito della pandemia; oltre a ciò, gli stessi continuano a non essere garantiti in molte regioni italiane. I dati riferiti al 2021 dell'Agenas ci mostrano un'Italia ancora a diverse velocità. Non vengono coperti gli standard assistenziali in ben sette regioni con alcune in situazioni particolarmente critiche. Vista la situazione ormai cronica, riteniamo che oltre ad aggiornare i LEA sarà necessario garantire la loro copertura in tutto il territorio nazionale. Sulla materia si è espressa la stessa Corte costituzionale nella relazione dello scorso 13 aprile richiamando, oltre alla necessità dell'aggiornamento dei LEA per evitare obsolescenza delle cure, che "i principi di finanza pubblica devono essere letti in armonia con la tutela dei diritti e il soddisfacimento dei bisogni delle persone".

#### ► Alcune nostre proposte

Tutelare e lavorare "insieme" avviando tavoli di confronto è per noi una priorità. La tutela della persona passa anche dalla tutela del bene primario "salute" che rappresenta un formidabile investimento per lo sviluppo di un'economia e di un'occupazione di qualità, la *white economy*, fondamentale per il futuro dell'Italia.

Per questo vogliamo iniziare da oggi stesso un percorso di sensibilizzazione rilanciando le nostre proposte che sosterranno con i cittadini, con le istituzioni e con la politica.

#### 1. Assicurare sostegno economico alla crescita del FSN per rafforzare il Servizio sanitario nazionale

A partire dal 2010 la stagione dei tagli dovuti alla crisi economico-finanziaria si stima abbia portato ad un definanziamento del FSN quantificabile in circa 37 miliardi di euro (fonte Rapporto GIMBE 2022).

Nel periodo 2013-2023 il FSN si è incrementato di poco più del 20% (del quale oltre il 13% finanziato a seguito della pandemia soltanto a partire dal 2020).

Nello stesso periodo la crescita del PIL è stata di oltre il 41% (comprensivo della stima prevista per il 2023 pari all'1,2%).

Nel decennio 2010-2019, la crescita media del FSN – pari allo 0,9% – è risultata inferiore anche al tasso di inflazione medio dello stesso periodo – pari al 1,15% – non garantendo così il mantenimento del potere di acquisto (dati Rapporto GIMBE 2022).

A seguito della pandemia il FSN ha iniziato ad invertire il trend con una crescita media nel triennio 2020-2022 pari al 2,73%. Risultato tuttavia ancora ampiamente sottodimensionato se si considerano gli effetti dovuti al conflitto bellico in Ucraina e al conseguente aumento del costo dell'energia che hanno portato il tasso medio di inflazione nello stesso periodo ad oltre il 5%; per le stesse cause l'ISTAT ha calcolato ad aprile un tasso di inflazione annuo atteso per il 2023 pari all'8,2%.

In considerazione dei dati su esposti, se non si procederà con un adeguato incremento del FSN sarà impossibile garantire su tutto il territorio nazionale il diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione.

#### 2. Intervenire sulle carenze degli organici per garantire servizi di qualità alle persone

Dal 2002 al 2021 (fonte Conto annuale della RGS-MEF), considerando il solo comparto, il Servizio sanitario nazionale ha registrato una contrazione di personale di oltre 17.500 unità che ha portato, come conseguenza, al contestuale incremento del precariato (nel 2021 il precariato nel SSN conta 62.637 unità di personale) e ad un ricorso massivo alle esternalizzazioni di servizi, anche sanitari.

La pandemia negli ultimi tre anni ha inoltre svelato tra l'altro, in tutta la sua drammaticità, l'assenza nel SSN di un'efficace assistenza territoriale.

Per questo motivo è fondamentale la messa in opera, come su detto, della Missione 6 Componente 1 del PNRR che punta proprio al potenziamento della dimensione territoriale in termini di infrastrutture (Case e Ospedali di comunità, Centrali operative territoriali, ecc.). Questo rende

conseguentemente indispensabile anche un contestuale adeguamento degli organici per poter garantire i servizi previsti dalle costituenti reti di prossimità e reti di telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

Questo comporta non solo la necessità di reintegrare le 17.500 unità mancanti rispetto al 2002, ma anche di adeguare i fabbisogni del personale alle reali necessità di salute e di assistenza della popolazione attraverso un ulteriore straordinario piano assunzionale che consenta alle Aziende e agli Enti del SSN, da un lato, di rendere realmente attivabili nuovi servizi territoriali e di assistenza domiciliare previsti dal PNRR e, dall'altro, di implementare la rete ospedaliera che, dal 2010, si è ridotta di oltre 100.000 posti letto e di 125 ospedali.

Da considerare, inoltre, che si sta assistendo ad un nuovo fenomeno che consiste nell'abbandono del SSN, in particolare da parte del personale sanitario compresi i medici, non solo a favore della sanità privata o del lavoro all'estero, a volte meglio retribuiti o che permettono una migliore conciliazione dei tempi di vita e lavoro, ma anche verso lavori meno qualificati ma meno stressanti sotto il profilo dei carichi di lavoro e delle responsabilità.

Se il trend non sarà invertito attraverso nuove assunzioni di personale sarà difficile non solo rendere operative le Case della salute e gli Ospedali di comunità ma mantenere le attuali prestazioni erogate.

A scopo meramente indicativo è utile evidenziare che la stessa Agenas ha stimato, in occasione della pubblicazione del rapporto su *Il personale del Servizio sanitario nazionale* di marzo 2023, una carenza complessiva rispetto alla media europea di 148.366 infermieri dovuta alla presenza in Italia di soli 6,2 infermieri/1.000 abitanti contro gli 8,8 della media europea.

Relativamente ai medici, all'appello ne mancano circa 20 mila per lo più nei reparti di medicina d'urgenza e pronto soccorso, anestesia e nella medicina territoriale soprattutto nelle zone rurali e di montagna.

Per la CISL è quindi necessario prevedere una programmazione universitaria non parlando più di numero chiuso ma programmato, che risponda in tempo reale anche al fabbisogno nazionale di medici. Stesso discorso per l'accesso alle scuole di specializzazione e al corso di formazione di medicina generale; quest'ultimo deve a nostro avviso diventare una specializzazione come tutte le altre anche nell'ottica di attuazione del DM 77.

Tuttavia, per poter portare a compimento questo piano assunzionale straordinario occorre, in primis, procedere alle stabilizzazioni del personale precario e poi:

- superare i vincoli di legge in materia di tetti di spesa del personale, ormai anacronistici, per favorire le assunzioni, sbloccare il turn over e valorizzare il personale sanitario;
- rivedere in aumento, in base alle esigenze attuali e future, gli accessi alle scuole di specializzazione (la prossima "gobba" pensionistica, infatti, vedrà oltre 50.000 medici e dirigenti sanitari in uscita che si aggiungono ai quasi 40.000 di cui necessitiamo attualmente) al fine di garantire sufficienti flussi di nuovi professionisti per l'arruolamento;
- rendere più attrattivo il lavoro nel SSN attraverso la valorizzazione professionale ed economica del personale del comparto e medico;
- poter reperire le risorse necessarie ricorrendo, anche in quota parte, se necessario, a fonti straordinarie quali i finanziamenti previsti dal MES sanitario.

### **3. Rinnovare i contratti nazionali di lavoro sia per il settore della sanità pubblica che per quello della sanità privata**

È necessario giungere a rinnovi contrattuali che assicurino stessi diritti e retribuzioni a fronte dello stesso lavoro, questo anche alla luce del fatto che lo stesso Ministero della Salute certifica che, per l'assistenza sanitaria alla popolazione, lo Stato si avvale per il 51,4% di istituti di cura pubblici e per il 48,6% di strutture private accreditate (fonte Annuario 2021).

Per la sanità pubblica l'ultimo CCNL del comparto sottoscritto il 2 novembre 2022 – relativo al triennio 2019-2021 – è scaduto il 31/12/2021 e la sua vigenza perdura solo grazie alla prevista ultrattività delle norme contrattuali.

Mentre per la dirigenza medica, sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa il contratto attualmente in essere è ancora quello riferito al triennio 2016-2018 e non si è ancora raggiunto il rinnovo al triennio 2019-2021.

Occorre pertanto introdurre, per il futuro, meccanismi che consentano il tempestivo rinnovo dei contratti pubblici durante il periodo della loro vigenza:

- oggi questo è impedito dalle stesse dinamiche con le quali si rendono disponibili, anno per anno, le risorse finanziarie necessarie. Occorre invece che l'intero stanziamento necessario per il rinnovo possa essere previsto anticipatamente;
- è necessario, quindi, procedere con urgenza allo stanziamento di adeguate risorse per consentire il rinnovo del CCNL per il successivo triennio 2022-2024 al fine di garantire, oltre alla necessaria valorizzazione dei percorsi professionali, il recupero dell'inflazione cresciuta in particolare a partire dal 2022 (+11,8%) con stime per il 2023 superiori all'8%.

Per la sanità privata l'ultimo CCNL sottoscritto per il settore, rinnovato dopo ben 14 anni nell'ottobre 2020, è quello relativo alla vigenza contrattuale 2016-2018 scaduto anch'esso il 31/12/2018 e in attesa di rinnovo.

Per il settore delle RSA e dei centri di riabilitazione invece, dopo oltre 10 anni dall'ultimo rinnovo, siamo ancora in attesa che parta il tavolo per il rinnovo contrattuale. Per questo chiediamo al Governo un intervento a sostegno dell'avvio del tavolo negoziale anche attraverso apposite clausole di garanzia da inserire negli accreditamenti regionali in grado di evitare il "dumping contrattuale".

#### **4. Risorse PNRR e medicina territoriale**

Non è più eludibile il principio di rinforzare la medicina territoriale con l'aumento delle ore di specialistica ambulatoriale sul territorio oltre alla corretta valorizzazione dei medici del sistema 118 e della continuità assistenziale che, insieme ai medici di famiglia, dovranno essere fondamentali attori della medicina territoriale del XXI secolo.

Vanno potenziate le strumentazioni tecnologiche e le dotazioni nelle nuove strutture previste dal DM 77 favorendo così la riduzione della pressione sugli ospedali con particolare riferimento al pronto soccorso. Creando una sinergia tra specialisti e MMG si avrà una risposta sanitaria attrattiva per l'utenza e alternativa all'ospedale che permetterebbe di effettuare nel territorio gran parte delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Non ultimo, l'innovazione tecnologica delle dotazioni informatiche consentirebbe un reale avvio della telemedicina. Una medicina proattiva, di prossimità, in rete che consenta di governare in maniera efficiente e rapida le liste di attesa, fenomeno che colpisce maggiormente le fasce più deboli della popolazione.

#### **5. Adeguamento delle retribuzioni alla media di altri Paesi europei**

C'è una distanza ormai abissale tra noi e gli altri Paesi e questo è uno dei principali motivi di esodo dei professionisti italiani. Una fuga che ormai coinvolge non solo i giovani ma anche coloro che lavorano nel SSN da oltre 15 anni. Per contenere tale fenomeno, occorre trovare risorse extracontrattuali per le voci professionalizzanti, come le indennità specifiche: incrementi a costi sostenibili. È necessario applicare la defiscalizzazione della tredicesima mensilità e del salario accessorio oltre a garantire la liquidazione del TFR/TFS nei tempi previsti per le categorie del privato dando seguito alla recente sentenza della Corte costituzionale.

#### **6. Ripristino del tavolo tecnico Agenas**

Per il meccanismo dei fabbisogni, occorre una reale visione del "fabbisogno del personale" per ridurre e rendere sostenibili i carichi di lavoro. Quelli attuali sono frutto di algoritmi discutibili e non rispondenti al soddisfacimento dei LEA.

#### **7. Ristabilire un corretto rapporto tra i posti letto pubblici e privati**

Se il sistema deve essere universale e accessibile a tutti, gli standard assistenziali dei servizi devono essere uguali per entrambi i settori; stesso discorso per quanto riguarda l'applicazione dei contratti di lavoro che devono essere rinnovati con le stesse vigenze contrattuali e negli stessi tempi evitando ciò a cui assistiamo da moltissimi anni con ritardi decennali dei rinnovi del privato oltre al dumping salariale che viene fatto in strutture private convenzionate di alto profilo.



## **8. Depenalizzazione dell'atto medico**

Si tratta, ormai, di un'anomalia giuridica vera e propria rimasta in pochissimi Paesi al mondo, questo è il principale motivo del fenomeno della medicina difensiva che ha un costo di circa 15 miliardi annui e insieme al superlavoro è causa del burnout del personale. Ha ancora senso continuare su questa strada quando il 95% delle cause viene archiviato e del restante solo una piccola parte dimostra una parziale responsabilità del medico?

## **9. Sicurezza nei posti di lavoro**

Ancora oggi molte sedi di erogazione di prestazioni sanitarie sono facile obiettivo di atti vandalici e gli operatori oggetto di aggressioni verbali e fisiche. Qualcosa è stato fatto ma serve ancora più impegno per rendere sicure le postazioni. Da non sottovalutare il problema culturale: anni di attacchi denigratori verso i dipendenti pubblici hanno portato, in una percentuale seppur residuale di cittadini/utenti, al convincimento che tutte le criticità del sistema sono riconducibili ai lavoratori; anche su questo è necessario cambiare paradigma.

## **10. Rafforzamento della formazione del personale sanitario**

Al fine di garantire l'organizzazione delle strutture di prossimità, di cui al DM 77 (Case e Ospedali della salute e COT), è necessario adeguare le strutture sanitarie in base alle reali necessità del territorio.

## **11. Revisione dei criteri di cui al DM 70**

È un atto normativo che risale al 2015 e ha portato ad un'eccessiva contrazione di posti letto e strutture sanitarie pubbliche che debbono essere compensate.

## **12. Incremento delle risorse per l'assistenza intermedia post acuzie**

Come in particolare l'assistenza domiciliare con la diffusione dell'utilizzo della telemedicina e la sua integrazione con il SAD (che pure dovrà essere adeguatamente finanziato).

## **13. Integrazione sociosanitaria e riforma della non autosufficienza**

È uno dei punti fondamentali per lo sviluppo del sistema di promozione e tutela della salute centrata sulla persona.

Le riforme e gli investimenti avviati anche grazie al PNRR, sia in campo sanitario sia sociale (Missioni 5/6), vanno nella direzione auspicata dalla CISL delineando un quadro di riferimento nazionale che promuova l'infrastrutturazione degli ambiti territoriali sociali (ATS) e la gestione associata dei servizi, garantisca congiuntamente i LEA e i LEPS, favorisca la collaborazione tra Comuni e ASL, sostenga lo sviluppo di una omogenea organizzazione della rete di servizi integrati di accesso e presa in carico e percorsi assistenziali sociosanitari orientati alla domiciliarità e alla continuità della cura. Processi complessi che vanno implementati a tutti i livelli istituzionali, maggiormente sostenuti finanziariamente e accompagnati da adeguate dotazioni di personale sia dell'area sanitaria che sociale, anche superando i vincoli assunzionali.

In questo contesto fondamentali saranno i decreti applicativi della legge 33/2023 (Deleghe al Governo in materia di politiche a favore delle persone anziane) che introduce, in particolare, innovazioni finalizzate a garantire e potenziare un sistema unitario nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente. Lo sviluppo di tutti i setting assistenziali con un nuovo modello di domiciliarità e la qualificazione della residenzialità, la valorizzazione del lavoro di cura, attraverso adeguati percorsi formativi (anche utilizzando gli Enti bilaterali) e l'applicazione dei CCNL siglati dalle Organizzazioni comparativamente maggiormente rappresentative, la realizzazione della prestazione universale come opportunità di maggiore garanzia di assistenza offerta a coloro che hanno bisogni più elevati, sono i punti su cui chiediamo un confronto per dare un contributo ad una riforma da noi fortemente voluta e sostenuta.

Inoltre, secondo la CISL occorrerà:

**14. Incentivare le iscrizioni verso alcune specializzazioni** che evidenziano carenze di richieste, come: emergenza e urgenza, anestesia, radiologia, medicina legale, geriatria, ecc.

**15. Integrare i LEA sanitari con i nuovi LEPS da completare**

**16. Affrontare il problema della mobilità sanitaria interregionale** che fra il 2012 e il 2021 presenta un saldo negativo per ben 13 regioni su 21, per un importo di quasi 14 miliardi di euro, le cui cause vanno individuate nella riduzione del personale sanitario, del numero delle strutture e di posti letto, oltre che nella carenza di servizi territoriali. A questo va ad aggiungersi anche il problema dei commissariamenti: sono ben 8 le regioni in cui risulta in carica in almeno un'azienda ospedaliera o sanitaria un commissario.

L'insieme di questi fattori condiziona significativamente la qualità dei servizi erogati.

La stessa Corte dei conti, in un recente report, ha evidenziato che la maggiore o minore attrattività dipende principalmente dalla qualità e quantità dei servizi erogati oltre ad altri fattori come la presenza di centri universitari d'eccellenza. È urgente, quindi, lavorare per garantire servizi uniformi e omogenei in tutte le regioni ponendo fine ai cosiddetti "viaggi della speranza".

## ► Conclusioni

Siamo all'inizio di un percorso che si pone come obiettivo una reale integrazione delle politiche sanitarie e sociali, una presa in carico del paziente sempre più intersettoriale, con una rinnovata attenzione alla prossimità, alla domiciliarità, alla continuità tra medicina del territorio e ospedaliera.

Innovare il sistema sanitario con le risorse europee significa non solo dare una prospettiva nuova alle misure di salute pubblica, ma contribuire a generare una dinamica positiva per l'intera economia nazionale utilizzando come acceleratori strategici fondamentali gli investimenti sulle competenze, la ricerca, l'innovazione, la trasformazione digitale.

Il COVID ci ha restituito una grande consapevolezza: ogni risorsa dedicata al rafforzamento della sanità è un investimento "ad alto rendimento" in termini di salute, coesione sociale ed economia.

Sono queste alcune sensibilità che vogliamo esprimere per sostenere una nuova stagione di innovazione dei diritti nel Paese, e il diritto alla salute insieme al diritto al lavoro sono tra quelli più preziosi.

Per questo, mai come di questi tempi, impegnarsi per il diritto della tutela della salute significa spendersi per il bene delle persone, convinti, come siamo, che la storia del Servizio sanitario pubblico e universale è la storia di una grande utopia che si è realizzata e che attende di essere riconfermata e rafforzata nel tempo.

