



**DALL'EMERGENZA UN'OPPORTUNITÀ:
PROGETTARE UN RINNOVATO
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Le proposte della UIL





Dall'emergenza un'opportunità: progettare un rinnovato Servizio Sanitario Nazionale

Fermo restando il titolo V della Costituzione, si deve ricercare un nuovo equilibrio tra il ruolo dello Stato e quello delle Regioni rispetto al SSN.

Trarre esperienza dall'emergenza rappresenta un'opportunità per un rinnovato SSN, sfruttando tutte le risorse economiche possibili. A parere della UIL, il Recovery fund costituisce una soluzione importante, ma non immediata per intervenire sul rafforzamento del nostro sistema Sanitario. Pertanto è importante utilizzare la linea di credito speciale creata all'interno del MES, il Pandemic Crisis support, poiché i 37 miliardi del MES, che rappresentano esattamente i tagli effettuati nella sanità negli ultimi dieci anni, sono un'occasione tempestiva e irripetibile per ammodernare i Sistemi Sanitari. Su questo tema la UIL ritiene che vadano sciolti con celerità i nodi politici e auspica che le risorse del MES vengano accolte favorevolmente. La salute è elemento primario, diritto inviolabile per la persona e la Repubblica italiana la tutela come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. È necessario migliorare in modo significativo la salute e il benessere delle popolazioni, riducendo le diseguaglianze di salute attualmente esistenti e garantendo sistemi sanitari universali, equi e sostenibili. Sulla base di ciò, accogliamo positivamente la posizione del Presidente Von der Leyen rispetto alla possibilità di creare una Unione europea della sanità, con adeguati finanziamenti, per fronteggiare gravi minacce per la salute dei cittadini europei, così da rendere l'Europa più resiliente.

Sulla base di questa premessa, come UIL, proponiamo un piano mirato di dieci punti, per far ripartire la sanità italiana, alla luce dell'emergenza epidemiologica che l'Italia e il mondo intero stanno vivendo.

1. Rafforzamento dell'offerta sociosanitaria a livello territoriale con al centro la persona;
2. Sviluppo della medicina territoriale: dipartimenti di prevenzione e distretti;
3. Investimenti per le strutture intermedie di cura, di prossimità e le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e di Long Term Care;
4. Programmazione delle attività diagnostiche, ambulatoriali e chirurgiche a livello territoriale con promozione della campagna di vaccinazione antinfluenzale;
5. Più risorse umane nel sistema sanitario e finanziamento dei corsi di specializzazione in medicina;
6. Legalità del Servizio Sanitario Nazionale;
7. Nuove attività di audit clinico;



8. Ammodernamento dell'edilizia sanitaria e rinnovo delle tecnologie sanitarie;
9. Investimenti nella ricerca scientifica e sanitaria con l'obiettivo di creare una comunità resiliente;
10. Prevenzione, sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Premessa

La pandemia da Covid19, che ha portato via con sé tante vite, ha evidenziato le numerose criticità del nostro sistema sanitario, che ha subito una politica decennale di tagli lineari e scelte inefficaci, tra le quali una governance con un forte indirizzo *ospedalocentrico* che, seppure con punte di eccellenza e punti di forza in alcune regioni, non è stata sufficientemente adatta alla gestione di una malattia di comunità né a contenere il contagio o ad arginare i focolai.

In questi mesi, ci siamo interrogati a lungo su quale prospettiva dare al sistema sanitario, è importante elaborare una riflessione per correggere gli errori passati e presenti e costruire proposte come contributo per migliorare la sanità pubblica, al fine di prevenire le malattie ed eliminare le fonti di pericolo a tutela della salute e del benessere dei cittadini.

La prima risposta è riprogettare il nostro sistema sanitario per contrastare le minacce che gravano sulla salute collettiva.

Per attuare ciò, è necessario riorientarsi verso un modello di medicina di comunità che parta dal territorio e che dia centralità alla prevenzione, con requisiti terapeutici ed assistenziali di qualità, con una seria ottimizzazione delle risorse. Solo così si può garantire il diritto alla salute in modo equo ed assicurare il mantenimento del principio dell'universalità e del rispetto dei livelli di assistenza per la qualità e l'efficacia delle cure.

Pur rimanendo uno dei modelli più avanzati per i servizi e le cure offerte, il nostro SSN è stato oggetto di numerosi interventi di contenimento ed efficientamento della spesa, il che ha comportato uno scarso rinnovamento sui nuovi bisogni di salute dei cittadini poiché non sono state comprese adeguatamente le trasformazioni ed i mutamenti in atto, legate ad esigenze demografiche, epidemiologiche del Paese. La continua rincorsa al rispetto dei vincoli di finanza pubblica e dei budget di spesa hanno messo in crisi il sistema, che è entrato in una fase di profonda sofferenza e di crisi strutturale.

Il divario tra regioni virtuose e regioni meno virtuose, a causa di elevati squilibri di bilancio, persiste. Gap che permane malgrado l'avvio dei Patti per la salute, sottoscritti con le intese



tra regioni e Governo, a partire dall'anno 2007, con cui sono state introdotte disposizioni regolatorie con lo scopo di rendere più stringente la governance del sistema sanitario. Tale disparità perdura nonostante l'adozione dei Piani di rientro con cui tracciare percorsi vincolanti di risanamento dei conti, con l'auspicio di una garanzia qualitativa di offerta dei servizi sanitari sul territorio nazionale. Appare evidente che il SSN non abbia raggiunto pienamente una efficienza assistenziale e appropriatezza delle cure, ed è questa la causa principale del divario geografico tra Nord e Sud, che rende disomogeneo il sistema sanitario in termini di servizi offerti per quantità e qualità, di speranza di buona salute e benessere della popolazione.

Le disparità territoriali, sia di natura assistenziale di breve/lungo periodo, che di accesso alle prestazioni, che non siamo riusciti a superare, producono, di fatto, forti disuguaglianze sociali. In tal senso, è sufficiente pensare alla mancata idoneità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), alla crescita delle migrazioni sanitarie o, ancora più inquietante, alla rinuncia alle cure.

Aspetti che, assieme alle disparità territoriali sono causa di forti disuguaglianze sociali, che mettono a rischio i criteri fondanti del nostro SSN: *“l'universalità del sistema e la coesione sociale”*.

È evidente che il futuro del sistema sanitario sia strettamente legato al futuro dell'economia del Paese. Superare una crisi strutturale, che ci accompagna da anni e che con l'emergenza Covid19 si è aggravata, pone in una condizione di estrema fragilità il sistema nel suo insieme, nonostante gli sforzi economici e le risorse stanziare nei recenti decreti “Cura Italia” e “Rilancio”. Pertanto, diventa essenziale che i sistemi sociali di protezione e di promozione alla salute, siano solidi e adeguatamente finanziati. Il sostegno all'occupazione è determinante, ma è altresì determinante investire nei servizi sanitari e sociali per contrastare le malattie, rafforzando la prevenzione e la promozione della salute con sistemi diagnostici innovativi tempestivi ed efficaci.

Per questa ragione, la UIL è fermamente convinta che l'utilizzo del MES sia una opportunità da cogliere, per gli investimenti tecnologici la cui necessità non è più rinviabile, ma anche per rafforzare la struttura del sistema sanitario nell'offerta di assistenza primaria, oltre che per allentare le misure di contenimento della spesa che hanno prodotto la contrazione delle prestazioni, il riordino della rete ospedaliera con la riduzione dei posti letto e la grave carenza di personale.



1. Rafforzamento dell'offerta sociosanitaria a livello territoriale con al centro la persona

Riportare l'attenzione sull'assistenza territoriale presuppone un intervento pianificato complesso, con la partecipazione sinergica di tutte le forze dei governi a tutti i livelli della società civile, dei professionisti e del mondo scientifico. Una visione che consenta, con adeguate risorse, di ricondurre il tema della salute alla dimensione locale centrata sulla persona, rafforzandone l'efficacia, l'accessibilità, la sostenibilità e la resilienza dei sistemi sanitari.

La riprogettazione sistemica sostenuta dalla trasformazione digitale, che ricomprenda anche un maggior equilibrio della governance ed un approccio più ampio con il welfare locale, costituiscono i presupposti per un nuovo modello più organico, per un sistema integrato di assistenza che sia in grado di affrontare le disuguaglianze e superare le iniquità, prevenire le esigenze della popolazione e soddisfare i fabbisogni di prestazioni sanitarie. Tutto ciò è necessario per assicurare una buona salute ai cittadini e alle future generazioni, promuovendo un insieme di norme in materia di servizi sanitari e sociosanitari di qualità e a prezzi accessibili. Inoltre, è urgente e non più rinviabile, superare l'attuale rigida separazione fra assistenza sociale e sanitaria per attuare una vera integrazione tra i sistemi sanitari e quelli del welfare sociale.

Nel Patto per la salute 2020-2021 vengono tracciate le sfide che il nostro SSN ha di fronte: risorse e fabbisogno regionale, integrazione sociosanitaria, carenze del personale, garanzia dei LEA, riordino della medicina generale e delle reti territoriali, servizi di prevenzione, governance ed investimenti, partecipazione alla spesa. Sono sfide che necessitano approfondimenti condivisi e che comportano una programmazione complessa, con cui pianificare le basi per una riforma che renda omogeneo il sistema, che metta ordine ad un insieme di servizi e che indirizzi gli investimenti, ottimizzandone la spesa.

L'emergenza sanitaria da Covid19 ha messo in evidenza che l'insufficienza dei servizi territoriali, la carenza di personale e l'organizzazione ospedaliera hanno determinato una incapacità di gestione dei malati e dei contagiati creando una emergenza nell'emergenza, che ha manifestato le carenze e criticità del Servizio Sanitario Nazionale.

La nostra proposta è partire da modelli già consolidati in regioni virtuose del nostro Paese, per sviluppare appieno la medicina di comunità e ridefinire il rapporto tra ospedale, territorio e continuità assistenziale, con particolare attenzione alla prevenzione, alle cronicità e alle fragilità.



Parte di quanto è stato descritto, si integra inoltre al sistema della Sanità Privata accreditata.

La normativa vigente pone sullo stesso piano il soggetto pubblico e privato, in ottemperanza agli articoli 41 e 43 della Costituzione, garantendo piena collaborazione tra i due distinti soggetti. Naturalmente, l'esercizio di soggetti privati all'interno del SSN presuppone diverse caratteristiche che il legislatore ha previsto per assicurare un adeguato livello di prestazioni agli utenti, garantendone una elevata qualità, paragonabile a quella delle strutture sanitarie pubbliche.

Un principio però che nella prassi diverge molto da come è stato istituito.

La Sanità Privata accreditata rappresenta gli ospedali a gestione Privata che possono effettuare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Attraverso un sistema di verifica di requisiti organizzativi, tecnologici e autorizzativi, sono a tutti gli effetti paragonabili ad Ospedali a gestione Pubblica.

Con la legge 502 del 1992 si è parlato per la prima volta di Accredimento Istituzionale, ma, come spesso accade, l'attuazione di questo progetto a livello nazionale ha iniziato a definirsi solo intorno ai primi anni 2000, per poi lentamente diffondersi in tutte le Regioni.

Gli Ospedali Privati Accreditati sono inseriti nella programmazione di ogni singola Regione. Nella maggior parte dei casi la pianificazione non prevede la possibilità per gli Ospedali Privati Accreditati di avere servizi di Pronto Soccorso, ad esempio. Tuttavia, per alcune specialità quali la Cardiochirurgia o Cardiologia, anche gli Ospedali Privati Accreditati ricevono urgenze o emergenze veicolate dal sistema 118.

La scelta delle attività specialistiche in accreditamento per le singole strutture ospedaliere non è un "cherry picking" delle attività più remunerative, ma risponde ad un'analisi, fatta dalle singole Regioni e ASL, sulla base dei bisogni del territorio, per effetto di caratteristiche organizzative, tecnologiche e strutturali, nonché capacità e competenze che la singola struttura può offrire. In seguito, le strutture sono regolarmente verificate per rinnovare l'Accreditamento, di norma ogni cinque anni e ogni qualvolta l'Ente Regionale ne consideri la necessità. Sono anche valutati indicatori di qualità clinica, in particolare gli esiti, utilizzando il modello PNE (Piano Nazionale Esiti pubblicato da AGENAS), in relazione al budget assegnato, che non può essere superato.

Tuttavia, in questi anni, abbiamo assistito a un blocco dell'aggiornamento delle tariffe e ad un vero depauperamento del sistema SSN a favore di un completo investimento privato.



Lo Stato italiano ha speso in media 392 euro per abitante per erogare prestazioni tramite Privato Accreditato, pari al 20,3% della spesa sanitaria complessiva, un aumento di quasi il 2% rispetto al 2017 (dati Focus tematico dell'Ufficio parlamentare di Bilancio, 2018) ed ogni regione ha individuato un proprio tariffario regionale, il quale, pur facendo riferimento alle tariffe massime nazionali indicate nel decreto ministeriale del 2012, ha causato disparità e disuguaglianze sul territorio nazionale. Ciò perché annualmente ogni Regione definisce la spesa massima dedicata al Privato Accreditato e stipula con ogni singolo Ospedale Privato Accreditato, direttamente o tramite le AUSL, una committenza, ovvero il valore massimo delle prestazioni che potranno essere pagate. In base a ciò, non è difficile immaginare come la situazione in Calabria o nelle regioni del Sud diverga dalla Lombardia e dalle regioni del Nord.

Durante la pandemia, in tutte le Regioni, gli Ospedali Privati Accreditati si sono messi a completa disposizione del SSN per far fronte all'emergenza e, laddove è stato necessario, alcune strutture hanno convertito in Ospedali Covid la loro attività, approntando nuovi reparti di Terapia intensiva, ricevendo urgenze ed emergenze non Covid dai territori, supportando gli Ospedali nel rispondere all'attività di molte prestazioni, ma con una gestione privatistica a monte, vedendo quindi trattamenti di disparità economica e premiante per i lavoratori.

Sulla base di ciò, la UIL ritiene necessario proporre una soluzione che intervenga nella modifica del calcolo degli accreditamenti, che sia omogeneo a livello nazionale e che punti in maniera trasparente alla complessità assistenziale, ad una documentazione chiara che descriva il reale processo di lavoro, che analizzi i dati quantificando i risultati, per apportare modifiche alle procedure esistenti e garantire quel principio costituzionale per il quale la sanità privata è da intendersi estensione del SSN, con una parificazione contrattuale normo economica per i lavoratori.

Le aree di intervento:

- ***Rilancio dei Distretti***

I distretti, dotati di propria autonomia tecnica, gestionale ed economica, rappresentano un punto di forza del sistema salute per intervenire sulla prevenzione e per garantire percorsi di cura ed assistenza ai cittadini.

Costituiscono la comunità locale ed il primo presidio per conoscere, prevenire e rispondere in maniera adeguata ai bisogni sociali e sanitari del territorio.



Riteniamo, che la grande questione del decentramento del sistema sanitario e sociale non andrebbe semplicisticamente ricondotta alla necessità di creare delle aree elementari ma, molto più opportunamente, al dimensionamento che i Distretti, in quanto tali, devono assumere per un efficace esercizio delle funzioni ad essi attribuite, ritenendo necessario un loro rilancio, puntando all'integrazione dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri e dei servizi sociosanitari, attraverso il coinvolgimento e coordinamento degli Enti locali e del Terzo Settore.

Individuare le responsabilità che hanno dato luogo ad una generalizzata violazione da parte delle Aziende sanitarie delle norme, che garantiscono l'introduzione di una contabilità separata all'interno del bilancio dell'Unità sanitaria locale, un coordinamento nella prevenzione, nell'assistenza domiciliare e residenziale (come cure intermedie), nell'attività ambulatoriale, costituiscono la strada principale per attribuire ai dipartimenti di prevenzione la restituzione della propria funzione, per garantire un percorso di cura esigibile per la cittadinanza.

- ***Riordino della Medicina di Base***

Una riorganizzazione sistemica della medicina di base presuppone una aggregazione dei medici di famiglia, con l'affiancamento infermieristico teso a realizzare strutture ambulatoriali dotate di dispositivi diagnostici innovativi (telemedicina, teleconsulto e piattaforme di servizi) in grado di offrire un'ampia gamma di prestazioni e di dialogo clinico, in connessione con la rete ospedaliera. In quest'ottica, è altresì indispensabile, l'implementazione della medicina di base, in rapporto alla popolazione, assicurando il ricambio generazionale.

L'emergenza sanitaria da Covid19 ha reso evidente che la problematica dei medici di medicina generale ha un urgente bisogno di una revisione di sistema e di risposte a breve termine. La recente richiesta di una ricognizione del personale sanitario da parte del Ministero della salute inoltrata alle regioni, per la definizione delle contromisure utili per contrastare la carenza di personale e l'aumento delle risorse con i decreti adottati per l'emergenza, con lo scopo di finanziare ulteriori borse di studio annue per i medici di medicina generale, sono soluzioni tampone e non risolutive. Pertanto, occorre programmare tempestivamente la loro presenza sul territorio, per garantire l'assistenza e le cure primarie, implementare le borse di studio per la formazione, prevedere una modifica dei contratti di formazione lavoro della medicina generale, così da consentire un migliore utilizzo dei medici in formazione nei processi assistenziali, nonché dotare gli studi medici di strumenti innovativi digitali fornendo piattaforme di servizi accessibili e interoperabili.





- ***Case della salute***

Attualmente, le Case della salute rappresentano il fulcro essenziale per valorizzare la prevenzione e l'effettiva integrazione dei servizi sanitari e servizi sociali: un vero polo di riferimento per la popolazione che sia alternativo all'ospedale.

Sono sedi fisiche, collocate nell'ambito delle aree elementari del Distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000 persone) nelle quali vengono svolte un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento, profondamente integrate tra loro, in cui si realizzano attività plurime: dalla presa in carico del cittadino per tutte le attività sociosanitarie, alla prevenzione orizzontale.

Inoltre, sono centri attivi e dinamici della comunità locale per la salute e il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, attraverso quei processi di connessione tra le diverse aree di prestazione medica (medicina generale, ambulatoriale, riabilitativa e domiciliare), a vantaggio della continuità assistenziale delle cronicità e delle persone fragili.

Ad oggi, l'esperienza delle Case della Salute si circostringe a Regioni quali Emilia-Romagna, Toscana, Marche e Lazio, ma, per quanto descritto e per l'utilità evidenziata, un loro maggior sviluppo a livello nazionale, costituirebbe un elemento centrale per un processo continuo di protezione sociosanitaria offerto ai cittadini.

- ***L'Ospedale di comunità***

L'Ospedale di comunità costituisce una delle strutture intermedie tra il domicilio e il ricovero ospedaliero è quindi la principale e più organizzata struttura per l'assistenza territoriale in connessione con i poli ospedalieri. Il ritardo di una sua strutturazione a livello locale ha comportato la frammentazione di servizi a pazienti che, per patologie croniche hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica e di assistenza/sorveglianza sanitaria ed infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Bisogna accelerare e completare il percorso degli ospedali di comunità veri presidi di integrazione per la continuità delle cure ed evitare che il diritto all'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie venga pesantemente lesa dal processo di emarginazione delle persone più deboli.



2. Sviluppo della medicina territoriale: dipartimenti di prevenzione e distretti

L'assistenza domiciliare è il focus per aprire un ragionamento più ampio a cui il sistema sanitario, del welfare e quello fiscale, dovranno dare risposte. L'ambito di intervento, tenendo conto delle dinamiche demografiche, dell'invecchiamento, dell'aumento della cronicità e della costante crescita di multi-patologie della popolazione anziana, presuppone una strategia che indichi le priorità di investimenti strutturali, con adeguate risorse da destinare al settore sociosanitario, vero nodo cruciale per la salute delle comunità. La UIL ritiene che si debba ripartire da una forte implementazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali, che può rappresentare una prospettiva con ricadute positive su tutto il sistema, sia esso economico, occupazionale e produttivo. La visione di un modello sociosanitario previsionale e che guardi al futuro, non dovrà soffermarsi sul conto di cassa e sulla futura sostenibilità della spesa sanitaria, ma dovrà orientarsi verso un pieno sviluppo di un sistema sociosanitario integrato, che promuova attività di prevenzione e di promozione della salute: una popolazione in buona salute e con il dovuto sostegno ha un ruolo fondamentale per la crescita e l'occupazione del nostro Paese. È questa la prospettiva per rilanciare un sistema sanitario e di welfare efficace ed efficiente, che sia capillare ed omogeneo su tutto il territorio nazionale. Le leggi ci sono, a partire da quella principale, la 328 del 2000, nella quale venivano dettati i principi fondamentali per l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, contrariamente, sarebbe più opportuno accantonare le mere *“prestazioni domiciliari”* introdotte negli ultimi anni.

Abbiamo un territorio costituito da città grandi e medie, una vastità di piccoli comuni disseminati nelle aree interne, pertanto, è assolutamente prioritario costruire servizi di prossimità, in connessione con i medici di famiglia e le reti dei Distretti per le persone con disabilità, con malattie mentali, per gli anziani. A tal proposito, la figura strutturata dell'infermiere di comunità, in collaborazione con i medici di medicina generale, è una soluzione efficace per rispondere concretamente ai bisogni e fabbisogni dei nuclei familiari, poiché diventa elemento di forza per la continuità assistenziale. Naturalmente, detta figura non deve essere ricondotta alla sola funzione dell'assistenza domiciliare ma va strutturata in un contesto multiprofessionale in ambito sociosanitario, quale parte integrante del sistema assistenziale e della presa in carico all'interno delle attività Distrettuali. Pertanto, è necessario delineare precise funzioni per le complesse tipologie di bisogni all'interno dei nuclei familiari; specifici target formativi in grado di fornire valore aggiunto alla acquisita professionalità e prevedere tutele e contesto contrattuale in sinergia con altre figure professionali sanitarie che operano nel territorio.



Garantire nelle aree interne, con particolare riguardo alle aree montane, le ambulanze attrezzate è indispensabile per prestare intervento di primo soccorso e ridurre il carico di lavoro dei pronto soccorso.

L'implementazione di figure professionali come gli operatori domiciliari, gli assistenti sociali, gli psicologi e i tecnici di riabilitazione, veri e propri investimenti umani, è necessaria per sostenere e prevenire disagi e patologie ed erogare assistenza, continuità delle cure e supporto sociale ai vari bisogni familiari.

Le farmacie di servizio costituiscono un presidio indispensabile non esclusivamente per la dispensazione dei farmaci, poiché una loro implementazione, con particolare riguardo alle aree interne, assicurerebbe loro un ruolo maggiore: un punto di riferimento per la presa in carico del paziente, a garanzia dell'aderenza terapeutica, in stretta connessione con la rete sanitaria territoriale. L'opportunità di questa intuizione innovativa, dopo tanti anni dalla loro istituzione, salvo rare eccezioni territoriali, non ha trovato ancora piena realizzazione. La UIL auspica il raggiungimento di quel percorso strategico fatto di investimenti per la formazione dei farmacisti, per l'adeguamento degli ambienti e delle attrezzature. Completare il percorso, affinché le farmacie di servizio diventino un presidio sanitario territoriale, è una sfida che va vinta.

Oltre a ciò, occorre un serio rilancio dei Consultori pubblici. I Consultori familiari trovano la loro istituzione nel 1975 con la Legge 405, che ha anticipato le grandi riforme del '78, la legge 194 e la legge 833 di riforma sanitaria. Possono essere definiti come una prima esperienza di servizi sociosanitari di base, con competenze multidisciplinari, determinanti per la promozione e la prevenzione della salute della donna e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia, alla maternità e alla paternità. Con un modello di servizio fondato appunto sull'integrazione tra sociale e sanitario e sulla partecipazione.

Negli anni però abbiamo assistito a uno svuotamento del ruolo dei Consultori, a volte alla loro chiusura, travestita da accorpamenti di strutture, che allontanano i servizi dalle persone e dal territorio di riferimento ed abbiamo assistito alle riduzioni del personale dedicato, per carenza di investimenti, blocco del turn over, pensionamenti non sostituiti, o sostituiti con personale precario.

La UIL ritiene sia importante potenziare i Consultori, nelle modalità operative, tenendo conto del contesto delle nuove esigenze di salute, in considerazione dei mutamenti sociali e demografici e delle realtà multietniche e multiculturali in cui il Consultorio si trova ad agire, specialmente se attivo nelle periferie delle grandi aree urbane.



Riteniamo altresì, sia determinante rilanciarne il ruolo centrale, ovvero di presidio della salute pubblica, in grado di prospettare gli scenari e delineare i percorsi per la crescente necessità di integrazione tra i servizi socio-sanitari, rendendoli luoghi in cui favorire il confronto tra le esperienze e le professionalità di operatori, così da individuare modelli organizzativi e itinerari formativi per la cura, utili per i giovani e i giovanissimi, i diversi tipi di famiglie, le diverse identità di genere, la quota crescente di popolazione anziana.

Una estensione degli orari di apertura, la previsione di figure professionali come le mediatrici linguistiche e culturali, il recupero di progetti in collaborazione con le scuole per gli adolescenti per una sessualità consapevole e per contrastare il disagio giovanile, collocano i consultori come servizi primari per la prevenzione, la formazione, per il diritto ad una maternità/paternità consapevole, nonché luoghi aperti e punti di riferimento per il territorio ad accogliere bisogni e domande di diverso tipo e non solo circoscritti ed orientati alle sole attività vaccinale ed ostetrica, svuotandone, di fatto, la loro reale funzione primaria.

Già nella Piattaforma “Salute lavoro e diritti” condivisa e presentata con CGIL e CISL, avevamo dato inizio a un percorso di innovazione con precise proposte, che abbiamo chiesto di discutere con l’allora Governo, proposte oggi ancora attuali, rispetto a cui attendiamo ancora risposte, anche in previsione del nuovo Patto per la Salute.

In quella Piattaforma infatti si legge, *“I crescenti bisogni dovuti ai cambiamenti sociali, demografici ed epidemiologici reclamano una riorganizzazione profonda dell’assistenza sanitaria e sociale con un potenziamento deciso di quella diffusa nel territorio”*, e oggi, ancor di più, in questa strategia di innovazione del welfare sociosanitario per il potenziamento della Rete dei Servizi Territoriali i Consultori sono decisivi.

Per questa ragione, la UIL ritiene che tramite le risorse del MES si possano riorganizzare i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che, se compiutamente applicati, costituiscono una risorsa per sviluppare anche le funzioni dei Consultori e la loro diffusione, con indicatori di offerta modulati per interventi e tipologie di popolazione, dando tangibilità ad una democrazia sociale da tempo attesa.

- ***Completamento delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA***

Le USCA, nate in ambito emergenziale per la gestione della pandemia da Covid19, rappresentano quell’approccio coordinato per l’assistenza domiciliare territoriale, il loro completamento su tutto il territorio nazionale rappresenterebbe un punto di forza per una eventuale ripresa pandemica ma, rafforzate ed ampliate possono rappresentare presidi sanitari per l’assistenza domiciliare di attività ordinaria.



- **Rafforzare la collaborazione tra la medicina di base e gli ambulatori specialistici**

È necessario incentivare la collaborazione dei medici di medicina generale con gli specialisti ambulatoriali, con la finalità di ridurre le liste di attesa, per un prospettico progetto più ampio di monitoraggio digitale domiciliare della salute dei pazienti anziani e cronici, con fragilità e disabilità.

- **Long Term Care e Residenze Sanitarie Assistenziali**

L'assistenza domiciliare per la cronicità, la non autosufficienza e la disabilità rappresenta il fanalino di coda della nostra spesa sanitaria alla quale destiniamo poco più del 1,3% della spesa totale, con il risultato di essere molto marginale e sottodimensionata rispetto ai bisogni di una popolazione longeva ma fragile. Un sistema assistenziale inefficace che per la quasi totalità risulta a carico delle famiglie sia in ambito economico, che in ambito organizzativo e di cura. La previsione dell'aumento delle patologie, le difficoltà occupazionali e le condizioni socioeconomiche familiari aggravate dall'emergenza sanitaria, sono elementi di una crisi sociale alle porte a cui bisogna dare risposte tempestive e strategie adeguate. Da qui, la necessità di una diversa sinergia fra servizi sanitari e sociali, tesa a non creare frammentarietà e sovrapposizione, è la risposta per erogare servizi domiciliari efficienti e una adeguata assistenza. Abbiamo oggi la necessità di favorire una differente "idea di vecchiaia". Pensare a politiche che consentano la permanenza più a lungo possibile dell'anziano nella propria abitazione, in un contesto di città inclusiva e sostenibile, favorendone l'autonomia, o sviluppando modelli di *cohouse*.

Una riforma per la non autosufficienza concentrata sul diritto al beneficio di prestazioni, partendo dalla definizione dei livelli essenziali, è più che mai necessaria per consentire l'accesso ad una rete di servizi ben distribuiti sul territorio. Per questa ragione, l'Italia deve dotarsi di una legge Nazionale sulla Non Autosufficienza e procedere al riconoscimento contrattuale e normato del caregiver familiare.

- **Residenze Sanitarie Assistenziali**

Il Covid19 ha evidenziato le lacune delle Residenze Sanitarie Assistenziali: l'importanza della formazione, la mancanza di spazi e la carenza di personale, una maggiore attenzione al malato, un raccordo strutturato con il servizio sanitario ed i caregiver familiari, una governance complessa fatta di piccole e medie dimensioni pubbliche e private che non sono in rete con i servizi del territorio. Occorre superare logiche e prassi dei servizi alle persone con disabilità e alle persone anziane, poiché è importante individuare un percorso strategico



per rafforzare e modernizzare le strutture residenziali assistenziali, attraverso il coordinamento strutturato con il Servizio Sanitario Nazionale.

- ***Personale e formazione***

Per lunghi anni, gli interventi tesi a contenere la crescita della spesa dei servizi sanitari regionali ha costituito il mancato ricambio degli organici e contribuito alla grave carenza di personale. Le recenti disposizioni (legge di bilancio 2018) tese a sbloccare i tetti di spesa per il personale, non hanno prodotto risultati significativi del fabbisogno delle professioni sanitarie a livello territoriale. L'inadeguatezza di una programmazione a lungo termine adeguata ed il mancato investimento nel personale sanitario, costituiscono quindi, quel divario regionale e l'allargamento significativo della forbice tra il Nord e Sud per un buon funzionamento delle strutture sanitarie.

- ***Governance***

Ricomprendere nella riprogettazione del nostro sistema sanitario un maggiore equilibrio della governance per migliorare l'efficienza gestionale delle risorse, per l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni e per una efficace allocazione delle risorse nell'area assistenziale, sono i presupposti per un nuovo scenario del nostro sistema sanitario. Una assunzione di responsabilità rigorosa da parte della dirigenza, una rendicontazione con meccanismi chiari ed affidabili ed una struttura organizzativa efficace sono i presupposti per orientare in maniera sistemica e adattare i nuovi obiettivi e le priorità dei sistemi sociosanitari. Pur rimanendo nella cornice costituzionale che affida competenze allo Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e nel garantire il diritto alla salute, alle Regioni il potere e la piena autonomia organizzativa in materia sanitaria, è indispensabile, anche alla luce della crisi pandemica da Covid19, valutare forme di equilibrio e corresponsabilità. Bisogna accelerare a nostro parere, previo confronto con le organizzazioni sindacali, come previsto dal Patto per la Salute 2019-2021, il riordino degli Enti Pubblici Vigilati per un valido supporto di monitoraggio e valutazione delle politiche sanitarie nazionali.



3. Investimenti per le strutture intermedie di cura, di prossimità e le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e Long Term Care

In tutta Europa, e in Italia particolarmente, la popolazione anziana è in costante aumento, con un incremento sempre maggiore di coloro che vivono da soli e che richiedono assistenza sociosanitaria.

Gli effetti della pandemia hanno portato alla luce, in maniera improvvisa e drammatica, le carenze della sanità e del welfare per la terza età, che, pertanto, va ripensato interamente. In particolare, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), all'interno delle quali il diffondersi del virus ha causato vere e proprie stragi, hanno mostrato i profondi limiti di un sistema organizzativo che deve necessariamente essere rinnovato, anche attraverso il potenziamento dei servizi extra ospedalieri che si occupano delle post acuzie o dei quadri clinici che richiedono assistenza ma non necessariamente un ricovero. Ripartire dal territorio, con una differenziazione di offerte potrebbe essere una delle chiavi per garantire un minor carico sulle grandi strutture e una personalizzazione dei piani terapeutici.

Integrazione tra residenzialità e domiciliarità

I grandi numeri delle strutture residenziali sembrano ormai impensabili nel mondo che si appresta a ripartire dopo la pandemia. La necessità di limitare gli spostamenti e gli assembramenti eccessivi di utenti, tratterà un nuovo futuro per le grandi residenze per anziani e non autosufficienti, valorizzando e promuovendo, dove possibile, gli interventi di prossimità e le piccole strutture.

Va superata la dicotomia tra servizi residenziali e domiciliari e si deve riformare tutto il sistema delle cure a sostegno di questa parte della popolazione, attraverso interventi differenziati a seconda del grado di capacità residue e del supporto sanitario necessario. Il potenziamento delle strutture di prossimità permette una serie di vantaggi, in primo luogo quello di mantenere gli individui legati al territorio in cui hanno vissuto e di cui conoscono le caratteristiche e la rete sociale e dei servizi, rispetto al trasferimento in luoghi che possono essere anche molto distanti dall'abitazione propria o dei familiari.

Le RSA, molto diverse per impostazione e risorse impegnate, spaziano da rimodulazioni circoscritte a riprogettazioni globali dei servizi dati.

A nostro parere, la necessità è rendere i servizi offerti più rispondenti ai bisogni, più inclusivi e, adattarli ai tipi di utenza.



Una delle ipotesi percorribili potrebbe essere quella di fornire risposte dapprima alle necessità assistenziali di persone a basso reddito, distinguendole dalla domanda pagante di una certa fascia di popolazione.

Per la UIL, nell'ambito di una riprogettazione complessiva del sistema di domiciliarità è fondamentale dare vita a un "welfare di tutti", in grado di raggiungere tutta l'utenza più tradizionale dei servizi, che si lascia alle spalle l'idea che la non autosufficienza sia un problema specifico delle istituzioni o delle famiglie: la cura, infatti, deve diventare una responsabilità, ma anche un'opportunità di tutti, prevedendo una nuova forma di governance che, pur non rinunciando a una forte regia istituzionale, sia aperta all'apporto di tutti gli stakeholder coinvolti.

Le RSA diventerebbero così parti attive della comunità locale, in grado di operare in sinergia in un concetto di cura più ampio. Sostenute dalla rete delle strutture intermedie, potrebbero ampliare e differenziare l'offerta di supporto attraverso attività collaterali di diversa tipologia e entità (assistenza medica domiciliare, sostegno ai caregiver, centri diurni, percorsi per l'invecchiamento attivo) che permettono di evitare il sovraccarico del sistema residenziale.

Per quanto riguarda la domiciliarità, è importante un cambio di cultura con la volontà di ripensare ai bisogni sociali in modo diverso, offrendo risposte in un'ottica comunitaria e inclusiva, che integra gli attori vecchi e nuovi del territorio.

Infine, da non sottovalutare le nuove forme di assistenza come il cohousing, poiché la condivisione di un appartamento con poche altre persone consente di evitare l'isolamento e condividere spese e servizi di assistenza. Questo modello promuove l'inclusione e la creazione di una rete territoriale di supporto e aiuto reciproco. Gli effetti sono il mantenimento dell'autosufficienza e delle capacità di gestione della vita quotidiana, che costituiscono agenti di prevenzione rispetto allo sviluppo di patologie o di deterioramento cognitivo, innescando un circolo virtuoso.

L'attivazione di questi modelli di mutuo sostegno, oltre a migliorare la qualità della vita degli individui, limita gli oneri sanitari e sociali, poiché riduce la necessità di ricoveri e ottimizza la prestazione assistenziale, creando delle micro-comunità all'interno delle quali possono essere affrontati efficacemente i problemi meno complessi.

Migliore diagnosi e personalizzazione degli interventi

Il ricorso alla domiciliarità o alle strutture di prossimità intermedie può essere uno dei cardini fondamentali al rilancio del sistema di assistenza alla terza età e alla non autosufficienza,



anche in virtù del fatto che una parte degli anziani che vivono nelle RSA costituiscono quelli che vengono definiti come “ricoveri impropri”. In questi casi, nonostante il ricovero, l’assistenza necessaria è minore rispetto a quella effettivamente fornita nelle strutture residenziali, con il risultato che gran parte degli interventi e della professionalità degli operatori viene sottoutilizzata.

Emerge da questa situazione l’importanza di una diagnosi precisa ed accurata in prima valutazione, che permetta la definizione di un piano terapeutico specifico per ogni paziente, con invio verso le strutture territoriali maggiormente indicate per la persona. Questo eviterebbe da un lato di ricoverare anziani che mantengono ancora un buon grado di autosufficienza e dall’altro il susseguirsi di trasferimenti di pazienti tra diverse strutture nel tentativo di trovare quella maggiormente rispondente ai suoi bisogni. Identificare, già all’inizio del processo di presa in carica, la struttura necessaria permette di risparmiare risorse sia economiche che umane e riduce il disorientamento dei pazienti, in particolare di coloro che presentano deterioramento cognitivo.

La flessibilità e differenziazione dei progetti terapeutici è quindi il fulcro attorno al quale strutturare un’assistenza sociosanitaria personalizzata, che possa declinarsi in modalità diverse a seconda del tipo di paziente andando incontro alle necessità individuali senza uniformarle in maniera impropria. Ampliare questo ventaglio di possibilità vorrebbe dire superare un modello, non più sostenibile, basato sulle grandi strutture residenziali, centrate su un’offerta spesso rigida e distante dalle effettive necessità dell’utenza e del territorio.

Dal curare al prendersi cura

Le RSA possono fornire un supporto alla rete degli ospedali, ma non possono e non devono essere considerate come strutture simili o alternative ad essi. Mentre nei presidi ospedalieri, infatti, la degenza è circoscritta alla fase di cura e risoluzione degli eventi acuti, le RSA, in quanto strutture residenziali, svolgono anche un ruolo abitativo, costituendosi come ambiente di vita stabile dei pazienti.

È in primo luogo questo aspetto peculiare, che deve essere considerato per ripensare e rimodellare l’organizzazione di questi tipi di presidi.

All’interno delle RSA, al concetto di cura deve affiancarsi quello di “prendersi cura”, per una presa in carico dei pazienti che non sia solo strettamente sanitaria, ma volta al benessere in senso globale. È pertanto fondamentale porre attenzione al mantenimento delle abilità e delle autonomie residue, attraverso percorsi di potenziamento cognitivo, invecchiamento attivo e il coinvolgimento degli anziani nelle attività della struttura.



La UIL ritiene necessari interventi attivati direttamente a casa degli anziani, tra cui aiuto nelle attività quotidiane e domestiche, socializzazione e compagnia, cura della persona, servizi infermieristici, servizi fisioterapici, supporto psicologico. Nell'ambito di un progetto sociale dove, oltre agli interventi descritti, si realizzano iniziative dedicate a ginnastica dolce, corsi di computer, passeggiate nella natura, attività culturali e di promozione della salute allo scopo di creare occasioni di incontro e rafforzare le relazioni tra le persone in un'ottica di prevenzione.

Promuovere quindi la socialità permette di contrastare l'isolamento e mantenere attive specifiche competenze cognitive ed emotive. La struttura può inoltre fare da ponte tra i pazienti e i familiari sostenendone il rapporto, facilitandone la relazione e aiutando i parenti nella gestione dell'anziano.

Riteniamo che un'importante sfida sia costruire una rete coordinata e diffusa su tutto il territorio nazionale, anche in quei piccoli comuni dove il territorio risulta "disperso", con la capacità di rispondere con continuità alle richieste degli anziani: questo comporta progettare continue azioni di ricerca di personale formato, sensibile e capace di entrare in collaborazione con gli utenti.

Un ultimo obiettivo da raggiungere è quello di costruire una partnership tra pubblico e privato in una logica collaborativa o per lo meno regolamentata in maniera trasparente e meno articolata di quella in essere tradizionale committente/fornitore; per realizzare ciò è necessario un cambiamento nella "mentalità", lo sviluppo di competenze manageriali da parte del pubblico e la disponibilità alla vera partecipazione del privato sociale. Questa è una sfida che non dipende solo dai sistemi territoriali ma necessita di un apparato giuridico e amministrativo innovativo e semplificato.

Investire in formazione e competenze

Il nuovo assetto che le strutture assistenziali, residenziali e non, dovranno raggiungere, richiederà anche un profondo aggiornamento delle professionalità che vi operano. Le nuove competenze riguarderanno la promozione della salute intesa in senso ampio: il continuo aumento della popolazione anziana, e allo stesso tempo delle patologie neurologiche degenerative, richiede conoscenze specifiche che permettano non solo l'assistenza del paziente ma anche l'individuazione precoce delle malattie, la comprensione dei comportamenti, il supporto ai caregiver e la realizzazione di attività mirate alla riabilitazione, al potenziamento delle aree funzionali meno compromesse o, nei casi più gravi, al rallentamento del decadimento cognitivo.



La formazione del personale dovrebbe riguardare, inoltre, anche sintomatologie che possono coinvolgere gli operatori stessi come la sindrome del *burn out*, particolarmente insidiosa nei contesti di cura in cui la tipologia di pazienti accuditi presenta destini prognostici non favorevoli. La conoscenza delle dinamiche psichiche che possono svilupparsi e la consapevolezza dei propri segnali emotivi è fondamentale perché non si verifichino vere e proprie condizioni di “esaurimento” del personale, con conseguenze spesso drammatiche per gli anziani. In questo senso, impostare periodici gruppi di supervisione tra operatori è la base per fornire un’assistenza che rimanga qualitativamente alta nel tempo.

A livello strumentale, saranno necessarie sempre maggiori competenze di tipo tecnico-informatico, per seguire il processo di digitalizzazione dei dati e delle attrezzature mediche, e per utilizzare efficacemente i nuovi strumenti sanitari e le nuove tecnologie.

Potenziare il personale

La ridefinizione profonda del Servizio Sanitario dovrà contemplare anche un aumento del personale medico e paramedico, in particolare nella cura e nel sostegno alla non autosufficienza e alla terza età.

Il personale utilizzato nelle attività assistenziali dirette alla persona costituisce mediamente il 70-75% della forza-lavoro impiegata ed è spesso soggetto a forte usura psicofisica. L’operatore sociosanitario dei servizi alla persona è la figura sulla quale ricadono tutte le attività di assistenza diretta all’ospite (anziano, disabile) e al suo ambiente di vita, in ambito sociale e sanitario, svolgendo le sue attività in collaborazione con gli altri operatori preposti all’assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

Attualmente si assiste sempre più alla figura dell’operatore poliedrico, capace non solo di adattarsi a contesti e bisogni diversi, ma anche in grado di sfruttare in modo dinamico risorse nuove sia a livello di contenuti che di collaborazione.

Riteniamo che oggi si debba puntare alla qualificazione dell’operatore sociosanitario, affiancandola, con competenze diverse ma pari dignità, alle altre figure consolidate, quali l’infermiere, il fisioterapista, l’educatore, l’assistente sociale, evidenziandone con chiarezza il ruolo.

Le risorse in campo devono essere adeguatamente formate, ma anche in numero sufficiente a garantire prestazioni di qualità.



Il potenziamento del personale permette ritmi e carichi di lavoro più adeguati e lo sviluppo di relazioni affettive tra pazienti ed operatori che sono quanto mai significative in contesti di residenzialità.

Insieme ad infermieri ed OSS, è necessario ampliare le équipes, prevedendo figure professionali differenziate per far fronte a problematiche e patologie diverse, spesso compresenti negli anziani. Un approccio multidisciplinare, che coinvolga più specialisti, permetterebbe una visione a tutto tondo non più del paziente ma della persona.

Le RSA sono realtà formate da persone che le vivono, da ciò deriva che la qualità può essere realizzata solo se gli attori la riconoscono come obiettivo da raggiungere.



4. Programmazione delle attività diagnostiche, ambulatoriali, e chirurgiche a livello territoriale con promozione della campagna di vaccinazione antinfluenzale

La difficile fase di convivenza con il Covid19 ha imposto una revisione delle nostre pratiche sanitarie quotidiane e l'acquisizione di abitudini che rimarranno nella nostra vita per lungo tempo. Poiché la prevenzione è risultata ancora una volta il più efficace metodo di lotta alle patologie, è importante non perdere questa occasione per rilanciare un'educazione alla salute che coinvolga la popolazione tutta.

Diffondere conoscenze di base in materia sanitaria e d'igiene è fondamentale perché individui consapevoli saranno meno vulnerabili, meno inclini a stili di vita inadeguati e quindi meno a rischio di sviluppare o contrarre malattie.

Contrasto alla disinformazione

Il primo passo per promuovere una corretta educazione è la lotta alle informazioni inesatte purtroppo facilmente ravvisabili sul web. Se non controllato, l'uso massiccio di questo strumento come canale informativo può creare convinzioni errate, fornendo indicazioni che possono condurre a frequenti autodiagnosi e alla conseguente assunzione di medicinali che dovrebbero invece essere prescritti e supervisionati da un professionista. Oltre che alla salute quindi, una prima forma di educazione è quella rivolta alla capacità di ricerca e verifica delle fonti informative che vengono utilizzate, identificando ad esempio i siti maggiormente attendibili che forniscono spiegazioni accurate e dati adeguati e promuovendone la diffusione e l'utilizzo tra la popolazione.

A ciò si dovrebbero accompagnare campagne informative ufficiali del Ministero della Salute, che costituiscano il canale principale di acquisizione delle informazioni da parte dei cittadini.

Fondamentale, allo stesso tempo, la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, punto di riferimento e anello di contatto con la popolazione, che attraverso la consulenza e il contatto diretto, ha l'occasione di indirizzare e influenzare positivamente le scelte sanitarie e igieniche dei cittadini.

Promozione dell'educazione sanitaria

Il raggiungimento di una maggiore consapevolezza sanitaria tra gli individui è perseguibile contemporaneamente attraverso due vie: da una parte con specifiche azioni politiche ed economiche con cui le Istituzioni possono promuovere le buone pratiche in termini di salute e sicurezza, dall'altra attraverso il coinvolgimento diretto dei singoli individui, che



acquisendo e mettendo in atto condotte efficaci, diventeranno essi stessi veicolo di diffusione, trasmissione e insegnamento di esse.

Un'educazione di base alla salute può essere portata avanti tramite materiali e canali a grande diffusione, come la televisione, la radio e i social media, strumenti preziosi attraverso cui divulgare informazioni, articoli scientifici, spot, videoconferenze e materiale grafico, e attraverso cui attivare gruppi di confronto in cui ricevere, da professionisti, chiarimenti rispetto a domande e dubbi. L'obiettivo di questo contatto "dal basso" è il raggiungimento del maggior numero di persone possibili, affinché le buone pratiche diventino uso comune della popolazione e si rinforzino tra gli individui attraverso le relazioni quotidiane, gli insegnamenti impliciti e l'identificazione reciproca.

Fondamentale però è anche promuovere tra i cittadini la vera e propria conoscenza delle tematiche relative alla salute e alle corrette condotte da tenere in termini di igiene e prevenzione: informare ad esempio sui fattori di rischio che possono condurre alle diverse patologie e chiarire, per quelle trasmissibili, il livello di contagiosità e le vie attraverso cui il contagio può avvenire. Ciò è necessario sia per un efficace contrasto alla disinformazione, sia per una migliore consapevolezza, che possa poi tradursi in un effettivo automonitoraggio del proprio comportamento e in un miglioramento delle pratiche quotidiane. Si stimola così la capacità individuale di comprendere il motivo di alcune scelte per promuovere azioni consapevoli rispetto a quanto necessario per mantenere e migliorare la salute.

Rispetto a questi tipi di interventi, il canale privilegiato è la consulenza e il contatto con i professionisti del settore, organizzando corsi e progetti nei luoghi di lavoro e anche in ambiente scolastico, perché l'educazione sanitaria possa partire già in età precoce e formare adulti responsabili ed informati.

Con particolare riferimento agli interventi di educazione sanitaria nelle scuole, è bene che i progetti siano sviluppati tenendo conto dei destinatari: si dovrà tenere in considerazione l'utilizzo di linguaggio, strumenti e materiali vicini alle diverse fasce d'età. Inoltre, data l'alta influenza esercitata, soprattutto in fase scolare, dal gruppo dei coetanei, saranno fondamentali anche interventi volti alla prevenzione, che permettano di identificare e neutralizzare le pressioni sociali negative a cui bambini e ragazzi sono costantemente esposti in termini di condotte rischiose per la salute (consumo di fumo ed alcol, alimentazione scorretta, inosservanza delle norme di sicurezza in diversi contesti).

A livello politico più ampio, la promozione della salute può essere perseguita attraverso interventi globali che favoriscano l'adozione di adeguate condotte igienico-sanitarie. Oltre



all'informazione della popolazione e alle attività di prevenzione, le Istituzioni possono introdurre piani specifici volti a contrastare le condotte nocive (come i divieti o le penalizzazioni di determinati comportamenti, gli obblighi riguardanti le misure di sicurezza nei luoghi di lavoro e nei luoghi pubblici, la definizione di specifici parametri rispetto ai prodotti alimentari) oppure a favorire quelle positive.

Destinare risorse alla prevenzione permette un risparmio successivo in termini di minori patologie nella popolazione e minori richieste ai servizi sanitari e sociali. Per questo bisogna operare sulle aree che costituiscono i presupposti per uno stile di vita sano:

- la promozione di una corretta alimentazione, sensibilizzando sulla necessità di ridurre l'assunzione di alcuni nutrienti e garantendo diete equilibrate anche e soprattutto nei luoghi di lavoro, nelle scuole, negli ospedali e nelle strutture residenziali;
- il sostegno all'attività fisica, attraverso interventi che possano trasformare l'ambiente urbano e renderlo più sicuro e idoneo all'utilizzo di mezzi di trasporto alternativi, attraverso la riqualificazione degli spazi verdi e l'introduzione di incentivi economici e fiscali per garantire a tutti la possibilità di svolgere attività sportive;
- il contrasto al consumo di fumo, droghe e alcol soprattutto tra i giovani, sia attraverso l'informazione sui danni fisici che possono derivarne, sia regolamentando e rafforzando i controlli rispetto alle vendite ai minorenni.

Informazione e promozione della campagna vaccinale antinfluenzale

Alla luce dell'emergenza sanitaria in atto, la promozione della vaccinazione antinfluenzale diviene fondamentale al fine di ridurre i casi di influenza stagionale e garantire così la possibilità di diagnosi differenziale e di migliore identificazione dei casi di Covid19.

A tale scopo è importante implementare una campagna informativa che affronti innanzitutto i pregiudizi esistenti sul vaccino antinfluenzale, sottolineandone la sicurezza e l'efficacia. È importante informare sugli effetti collaterali comuni e transitori e chiarire la differenza tra i virus influenzali e altre possibili sindromi batteriche dai sintomi simili, per contrastare la disinformazione e la percezione di inefficacia del vaccino.

Utile a questo fine può essere l'organizzazione e la diffusione di materiale divulgativo diversificato (cartaceo, visivo, informatico) per la popolazione generale, le scuole, i minori, insieme all'organizzazione di eventi informativi in cui possa verificarsi un proficuo incontro tra i cittadini e i professionisti della salute. Presupposto fondamentale è la preparazione degli operatori sanitari attraverso corsi di formazione con cui acquisire o aggiornare le competenze specifiche per poter fornire indicazioni pertinenti alla popolazione e ai colleghi.



Oltre all'informazione, promuovere la vaccinazione antinfluenzale vuol dire anche renderla maggiormente accessibile a tutti, ampliando le categorie e le fasce di età per le quali il vaccino è gratuito e superando le disparità nella possibilità di accesso, che possono derivare da aspetti socioeconomici, linguistici o culturali. Il vaccino deve poter essere disponibile per tutti con la stessa facilità, per questo è importante soprattutto in questa fase di convivenza con il Covid, assicurare una copertura maggiore ed estendere anche temporalmente la campagna vaccinale al fine di raggiungere il maggior numero di persone possibili.

Potenziamento delle attività diagnostiche

La diagnosi precoce è da sempre riconosciuta come il primo, fondamentale passo per il contrasto e la risoluzione positiva della maggior parte delle condizioni patologiche. Diagnosticare presto ed efficacemente permette di dispiegare tutti gli strumenti e le possibilità cliniche a disposizione per affrontare condizioni ancora nascenti e quindi più facilmente debellabili o rallentabili nel loro decorso.

Fondamentale a tal fine è il potenziamento e la diffusione dello screening per l'individuazione precoce delle patologie, al fine di ridurre i casi che necessiterebbero in fasi più avanzate di interventi clinici maggiori e del ricorso alle strutture sanitarie.

Allo stesso tempo, la principale lezione appresa dalla diffusione del Covid19 è la necessità di una continua ricerca e formazione sulla conoscenza delle nuove sindromi, perché pandemie di dimensioni globali possano essere in futuro evitate o tempestivamente affrontate.

La cultura della diagnosi precoce nasce però anche dai singoli individui, che devono essere responsabilizzati rispetto alle patologie più diffuse attraverso la conoscenza dei fattori di rischio e dei principali sintomi o segnali corporei a cui prestare attenzione per un tempestivo ricorso ai servizi sanitari. Educare all'uso dei piccoli strumenti di monitoraggio individuale (saturimetro, misuratore della pressione) permette così un'autonomia del singolo, impegnandolo per primo a prendersi cura della propria salute.



5. Più risorse umane nel sistema sanitario e finanziamento dei corsi di specializzazione in medicina

Parlare di personale, implementazione e formazione è importante per evidenziare e sottolineare due locuzioni per noi parole chiavi, “continuità e abbattimento del precariato”.

La Legge n. 77 del 2020, di conversione del D.L. Rilancio, autorizza le regioni ad implementare l’assistenza territoriale per tutte le fragilità, non solo per assistenza Covid, ma anche per realizzare i LEA, previsti per questo tipo di funzione, autorizzando ad assumere, dal 15 maggio al 31 dicembre 2020, infermieri, anche di famiglia e di comunità, solo con incarichi di lavoro autonomo (35 ore settimanali, 30 euro lorde l’ora). Tuttavia, solo a partire dal 2021, sono autorizzate ad assumere, nella proporzione di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti, personale para medico a tempo indeterminato.

Ad esempio, le USCA possono essere potenziate sia attraverso l’utilizzo dei medici specialisti ambulatoriali sia attraverso l’assunzione, dal 15 maggio al 31 dicembre 2020, di assistenti sociali (24 ore settimanali, 30 euro lorde l’ora).

Un finanziamento complessivo e straordinario per il 2020 è pari a 1.256.633.983 di cui: 838.737.983 per realizzare tutte le azioni di potenziamento dell’assistenza domiciliare e per innalzare i tetti di spesa del personale a tal fine destinato, 332.640.000 per assumere con contratti di lavoro autonomo unità infermieristiche, 61.000.000 per utilizzare i medici specialisti ambulatoriali nelle USCA e potenziare queste ultime, 14.256.000 per assumere assistenti sociali con contratti di lavoro autonomo per le USCA, 10.000.000 per retribuire l’indennità infermieristica al personale utilizzato dai MMG per l’assistenza territoriale (USCA).

Oltre a ciò, vengono previsti: 72.271.204 per realizzare le centrali operative (telemedicina) a supporto dell’assistenza territoriale.

Per le assunzioni di unità infermieristiche (8 ogni 50.000 abitanti) dal 2021, si provvede con la destinazione di 480.000.000 di euro a valere sul finanziamento del FSN.

Sempre a partire dal 2021, viene vincolata una somma del FSN pari a 766.466.017 per realizzare tutte le azioni descritte (comprese quindi le assunzioni). Si introduce poi però una deroga generale ai tetti di spesa sul personale per tutto il 2020 e 2021, 407mln di euro per il 2020 e 480 per il 2021, salvo poi, introdurre per il 2020 la possibilità, per il personale infermieristico, di assumere con contratto di lavoro autonomo.



Stessa previsione per le assistenti sociali.

Sulla base di ciò, per potenziare il sistema della medicina e dell'assistenza territoriale, anche in funzione dell'epidemia, è necessario procedere con assunzioni immediate per tutte quelle figure sanitarie afferenti a più profili e a più discipline, che costituiscono il cuore della medicina.

Assunzioni a tempo indeterminato e formazione sono per noi il punto d'inizio per un nuovo progetto di riordino del SSN e non solo.

Una Formazione continua e un aggiornamento professionale permanente, (Art.16/bis D. Lgs. 229/99) volto ad adeguare, per tutto l'arco della vita professionale, le conoscenze dei lavoratori a tutti i livelli, con un insieme di attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

Per la UIL, affrontare il sottofinanziamento del SSN in modo strutturale, significa reinvestire in modo convinto nel SSN. Non è solo una questione di risorse, ma è anche una questione di visione strategica rispetto alla quale il miglioramento dell'offerta sanitaria può avvenire solo attraverso un potenziamento delle risorse umane ed economiche.

Dapprima, occorre rivedere l'attuale ripartizione del fondo sanitario, oggi poco equilibrato e causa delle diseguaglianze regionali, intervenendo in modo più trasparente e strutturato, sui processi che portano alla determinazione del fondo sanitario nazionale e, al tempo stesso, si deve intervenire con un piano di assunzioni programmato e corposo che attribuisca respiro all'intero impianto.

Ad oggi, il FSN ricomprende tutte le voci di spesa: il costo della siringa, il costo delle tecnologie, le prestazioni sanitarie pubbliche, convenzionate o private, fino al costo del personale. L'attuale contesto lascia ampia discrezionalità alle regioni su come suddividere la spesa con i risultati che tutti conosciamo.

Sulla base di quanto già delineato attraverso le linee della piattaforma contrattuale del CCNL sanità, per costruire un percorso di innovazione del SSN si deve mettere al centro la persona e le risorse umane.



Investimento su punti semplici e chiari quali:

- la capacità, intesa come dotazione personale che permette di eseguire con successo una determinata prestazione;
- le conoscenze, che possono avere un incremento: elemento di sviluppo;
- le esperienze finalizzate, che fanno maturare le conoscenze (formazione)

Oltre a ciò, il SSN è caratterizzato dalla complessità dei processi di cura e delle riorganizzazioni e dal più alto tasso di specializzazione del capitale umano e di innovazione tecnologica. Pertanto, la valorizzazione delle risorse umane è, e deve essere, il fattore strategico di una politica sanitaria volta a garantire qualità e sostenibilità.

Da qui la necessità di ultimare i lavori della Commissione paritetica prevista del CCNL per l'avvio del percorso di organica revisione del sistema di classificazione del personale.

È prioritario avviare, d'intesa con le Regioni, un piano di assunzioni straordinarie di medici ed infermieri, nel rispetto di una pluralità di professionisti sanitari indispensabili per il pieno funzionamento del SSN. Lo stesso vale per il personale amministrativo, fortemente carente con blocchi decennali di assunzione.

Si devono eliminare alcuni dei vincoli imposti al personale dipendente con l'intento di contenere la spesa complessiva.

Nel corso degli anni sono stati attuati timidi tentativi per favorire nuove assunzioni e, nello stesso tempo, per risolvere il problema del precariato ma il limite di spesa per il personale sanitario, legato all'1,4% è un vincolo che ha perso qualsiasi attualità e significato e, in alcuni casi, ha finito per produrre effetti distorsivi della spesa stessa. Ciò perché molte Aziende, per aggirare i vincoli delle assunzioni, hanno fatto ricorso ad esternalizzazioni, mettendo a rischio anche la qualità dei servizi sanitari e il cui costo unitario è superiore, a parità di profilo professionale e di impegno lavorativo, a quello del personale dipendente.

Nella scorsa legge 25 giugno 2019, n. 60 di conversione del decreto Calabria, è stato approvato un nuovo tetto di spesa che allenta i vincoli rispetto a quello passato, tuttavia l'intervento non appare sufficiente e servirà sicuramente fare qualcosa in più.

Oggi mancano all'appello 50mila infermieri, tra i 20mila in più che servirebbero negli ospedali e i 30mila aggiuntivi che sul territorio dovrebbero colmare i bisogni di assistenza dettati dalla cronicità e dall'invecchiamento della popolazione. E se la tendenza non si invertirà nel 2021, la professione - tra blocchi del turnover, pensionamenti ed eventuali, ulteriori, tagli alla spesa sanitaria - esprimerà una carenza di almeno 63mila infermieri,



considerando un aumento del 3% di cronici e non autosufficienti, oltre 10mila medici specialistici per le necessità del SSN.

I nostri medici ed infermieri scelgono frequentemente l'estero come luogo di lavoro, dove le retribuzioni sono più elevate e le prospettive di carriera migliori. A tal proposito, riteniamo importante dare la possibilità alle professioni sanitarie di effettuare prestazioni che possono svolgere in autonomia per conoscenza e competenza. Sono stati avviati più percorsi in questo senso, relativi all'attività libero-professionale intramuraria delle professioni sanitarie ma sempre rimasti incompiuti, riteniamo importante riportare luce ed essere coinvolti in un confronto su questo argomento.

L'attività intramoenia per gli infermieri significa, inoltre, ridurre i ricoveri impropri che incidono negativamente sulla spesa del SSN.

Per questa ragione, è opportuno che il Ministro della Salute e le Regioni, considerino la risorsa umana e professionale centrale e strategica per l'attuazione dei principi dell'art. 32 della Costituzione e della conseguente legge 833/78 di realizzazione e, a tal fine, ne promuovano la valorizzazione e la partecipazione alle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello nazionale e regionale con maggiore confronto con le parti sindacali.

In ultimo, per quanto concerne l'ipotesi di rivisitazione del sistema formativo del medico, la UIL ritiene imprescindibile garantire adeguati standard qualitativi di formazione, allargando le reti formative dei corsi di laurea in medicina a tutte le articolazioni dell'assistenza, ivi includendo le cure primarie, le emergenze-urgenze e la riabilitazione, implementando il percorso di accreditamento dei corsi di specializzazione, che ha già dato dei risultati importanti.

Infine, occorre garantire una adeguata rotazione degli specializzandi all'interno delle reti formative e mettere gli Osservatori Regionali nelle condizioni di esercitare il loro ruolo di monitoraggio continuo di standard, requisiti e performance.

Solo l'emergenza pandemica ha indotto il Governo ad allargare di 4.200 posti i contratti di formazione specialistica, ma ancora non sono sufficienti a soddisfare i fabbisogni formativi e di salute.

La UIL chiede profonda e completa revisione della filiera formativa e una maggiore integrazione dei servizi sanitari, a partire da quelli territoriali che soffrono da troppi anni della



discontinuità organizzativa con la Medicina Generale, è necessario rilanciare l'unità di sistema dalla formazione all'organizzazione dei servizi, partendo dall'aumento del numero delle borse di specializzazione, cercando di favorire le discipline carenti; è necessario portare a rango di specializzazione quadriennale la medicina generale (così da avere assolutamente pari dignità professionale) e istituire una norma transitoria per contratti quinquennali per medici non specialisti, finanziati dalle regioni, con relativa equiparazione a specializzazione dopo valutazione finale (ex ruolo assistente medico).

Sarebbe opportuno prevedere e istituire una norma transitoria per opzione di passaggio dalla specialistica ambulatoriale alla dirigenza, tramite concorsi riservati, lasciando la specialistica ambulatoriale ad esaurimento. Da alcuni dati risultano esserci circa 10000 medici nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale da valorizzare anche con concorsi.

Per concludere, evidenziamo l'esigenza di omogeneizzazione tra contratti dei medici che attualmente hanno ad oggetto ruoli differenti: dirigenti medici, specialistica ambulatoriale, medici di medicina generale, medici militari, medici Inps, Inail, termali, carcerari, marittimi, Universitari.

La UIL è profondamente convinta che il cambiamento sia la soluzione atta a garantire il miglioramento del SSN, nella direzione dell'eliminazione delle differenze sociali, valorizzando il diritto alla Salute.



6. Legalità del Servizio Sanitario Nazionale

Il Sistema sanitario italiano, malgrado il suo importante percorso evolutivo, si deve dotare di strumenti incisivi che promuovano l'integrità del settore, per prevenire fenomeni quali corruzione, irregolarità e abuso di potere. Tutto ciò è essenziale per tutelare i cittadini, ai quali si deve legalità, trasparenza, etica per tutto quello che è correlato al settore della salute.

Per la UIL, elemento primario è la salvaguardia della sostenibilità del nostro sistema sanitario, che, a partire dalla sua istituzione, nel 1978, ha rispettato fedelmente i principi di equità e universalità, uniformandosi a quanto disposto dall'art. 32 della Costituzione, secondo cui la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Per tale ragione, è importante intervenire sul tema, per ridurre talune criticità presenti nel nostro sistema sanitario, quali inefficienze, disordine amministrativo e sprechi.

In virtù di ciò, nel 2012 è stata varata la Legge n.190, che ha introdotto e delineato una rete di vigilanza anticorruzione nel settore sanitario, attraverso una struttura organizzativa che va dal livello nazionale a quello locale e aziendale, riordinando e rafforzando strutture che in parte già esistevano, come la nuova Autorità Nazionale Anticorruzione -A.N.A.C.- che corrisponde alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche istituita dal D.L.vo n. 150 del 27.10.2009.

La Legge Anticorruzione n. 190 del 2012 contiene una serie di norme volte a contrastare la corruzione nella Pubblica Amministrazione e che, naturalmente, interessano anche il comparto della sanità, perché l'illegalità, nel settore sanitario, non è ancora stata debellata del tutto.

Più nel dettaglio, la Legge 190 ha introdotto un'Autorità anticorruzione, la CIVIT, deputata all'esercizio di poteri ispettivi e individua la figura del Responsabile della prevenzione della corruzione. Oltre a ciò, mediante la Legge n. 190 del 2012, sono state introdotte norme in materia di trasparenza e di conflitto di interesse e vengono disposte norme *ad hoc* sul codice di comportamento, affermando finalmente il principio per cui non possono essere ricoperti determinati incarichi in presenza di una condanna con sentenza non definitiva per taluni reati. Oltre a ciò, è stata disposta una disciplina di tutela del dipendente che segnala abusi, o illeciti, fermi restando i casi di calunnia e diffamazione.

La Legge n. 190 del 2012 ha rappresentato un primo risultato importante, poiché la corruzione lede fortemente la trasparenza e la credibilità delle Pubbliche amministrazioni e, in modo particolare, la sanità, che è un settore dove l'illegalità ha una connotazione di maggiore



gravità, perché produce conseguenze economiche negative e incide pesantemente sulla salute della popolazione, riducendo l'accesso ai servizi sanitari e peggiorando gli indicatori generali di salute.

Ancora oggi, la sanità è imperfetta, infatti presenta irregolarità ed è protagonista e vittima di fenomeni opportunistici, poiché è un settore che ha un peso rilevante sulla spesa pubblica. Come noto, generalmente, le grandi quantità di denaro sono soggette a fenomeni quali sprechi, spese inutili, gare illecite, abusi, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni o servizi.

Per la UIL si tratta di fenomeni inaccettabili che devono necessariamente essere eliminati.

La tutela della salute è la priorità per uno Stato di Diritto e si traduce in una attività che viene attuata da molti attori: professionisti, imprese, associazioni e, affinché sia realizzata concretamente, tutti i soggetti agenti devono operare con equilibrio e trasparenza, nel pieno rispetto delle regole del settore pubblico.

A tal proposito, l'illegalità e le irregolarità all'interno del mondo sanitario sono determinate anche da due ulteriori importanti fattori: le asimmetrie informative e il conflitto di interessi.

Più specificamente, le asimmetrie informative sono causa di numerose irregolarità, perché i cittadini non possono conoscere con piena precisione il settore sanitario e neanche la medicina, che è una scienza complessa, per la quale sono necessari anni di studio per acquisire le competenze professionali adatte. Pertanto, esiste un naturale divario informativo tra cittadini, pazienti e medici ed in genere operatori sanitari, un gap di conoscenze che sovente induce qualcuno a porre in essere comportamenti sleali e *contra legem*.

Rispetto alle asimmetrie informative, medici, ricercatori ed operatori sanitari, possono influenzare negativamente i pazienti, attuando comportamenti sanitari impropri e sleali.

Questo ragionamento si lega bene anche al concetto di conflitto di interesse, che si attua quando l'interesse primario, quale la salute di un paziente, l'etica professionale o le regole deontologiche, vengono influenzati da un interesse residuale, come una opportunità, o il perseguimento di un vantaggio economico o personale. Naturalmente, è illegittimo che l'importanza dell'interesse residuale prevalga su quello principale, ed è inaccettabile l'idea che la tutela della salute sia subordinata agli egoismi personali.

Il conflitto di interesse produce conseguenze illecite, comportamenti opportunistici e causa abusi. I conflitti di interesse investono interamente la sanità, colpendo anche il mondo della ricerca scientifica, altro settore in cui circolano ingenti risorse economiche. Si tratta di



conflitti di interesse che si insinuano in modo subdolo anche rispetto ai materiali di divulgazione scientifica, poiché l'informazione, perfino scientifica, non sempre è indipendente e, soventemente, le riviste mediche decidono quali siano le informazioni da pubblicare, influenzando il sistema.

In ogni caso, sono stati individuati taluni elementi che sono le principali cause di corruzione in ambito sanitario, elementi che attengono sia al profilo degli operatori sanitari che dei pazienti, dei cittadini.

Per ciò che riguarda questi ultimi, i fattori che incidono maggiormente sulla *mala gestio* del Sistema Sanitario sono: l'asimmetria informativa tra cittadini e Sistema Sanitario, la fragilità del quadro normativo, la frammentazione della domanda sanitaria, la debolezza nella domanda di servizi di cura.

Per quanto concerne la corruzione all'interno del Sistema sanitario, considerando il profilo degli operatori sanitari, le cause scatenanti sono una forte ingerenza della politica nelle scelte tecniche e amministrative, la complessità del sistema, discrezionalità di potere nelle scelte aziendali e ospedaliere, basso livello di accountability del personale pubblico, standard etici inadeguati degli operatori pubblici, forte asimmetria informativa tra Sistema Sanitario e fornitori privati, crescita della sanità privata, poca trasparenza nell'uso delle risorse.

Oltre a ciò, anche il settore farmaceutico non è immune al rischio corruzione, fenomeno presente in ogni passaggio della catena del farmaco.

In particolare, rischi di corruzione sono presenti nella fase di ricerca e sviluppo, poiché la comunità scientifica talvolta risulta subordinata alle scelte delle Aziende farmaceutiche, perché condizionata dai finanziamenti delle Aziende stesse. La corruzione coinvolge molte fasi: quella della definizione del prezzo, o la fase della prescrizione, che rappresenta un momento delicato in cui l'informatore scientifico del farmaco lega l'industria farmaceutica a medici e farmacisti, motivo per il quale è necessario che gli operatori sanitari rispettino la legge e le regole deontologiche che gli competono.

È innegabile che la corruzione incida negativamente sul sistema sanitario, poiché è un ambito tristemente appetibile, si pensi anche al cattivo funzionamento delle strutture, alla *mala gestio* delle pratiche amministrative, o all'inadeguatezza di taluni servizi e forniture pubbliche.

Per tale ragione, i fenomeni di corruzione e illegalità vanno eliminati con decisione.

Sulla base di ciò, negli anni più recenti, al fine di intensificare i controlli sul Sistema Sanitario, ANAC, assieme al coordinamento con AGENAS, hanno attuato misure organizzative e di



trasparenza, per definire l'aggiornamento della sezione sanità, introducendo organismi *ad hoc*, attraverso cui intensificare le attività ispettive, di controllo, azione, verifica per il settore sanitario. Il ruolo coordinato di ANAC e AGENAS è stato assolutamente rilevante per determinare e attivare gli strumenti di trasparenza e prevenzione della corruzione nel settore sanitario.

In tal senso, è bene sottolineare anche l'importanza della Legge di Bilancio 2016 che, per la prima volta, ha esteso le misure straordinarie di prevenzione della corruzione anche alle aziende sanitarie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, che siano risultate coinvolte in procedimenti penali per corruzione.

In sostanza, la prevenzione, anche in ambito sanitario, rappresenta una soluzione efficace per evitare che si verifichino fattori di rischio corruzione monitorando questi ultimi costantemente, mediante continue attività di controllo. Ciò rappresenta un elemento imprescindibile per perseguire la tutela della salute dei cittadini e il benessere individuale e collettivo.

Oltre a ciò, per arginare la corruzione, occorre intensificare la trasparenza del Sistema Sanitario, nel senso di fare chiarezza sui dati e le informazioni disponibili per esaminare i processi legati alle attività delle organizzazioni sanitarie e all'erogazione dei relativi servizi.

In ogni caso, la corruzione è prima di tutto un fenomeno culturale, pertanto, è importante educare la popolazione alla cultura della legalità, favorendo comportamenti etici, necessari per la creazione di una società più resiliente, che rispetti lo Stato e il bene pubblico.

Per la UIL, la soluzione più efficace per arginare la corruzione in ambito sanitario è l'aumento della legalità, rendendo trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche, aumentando l'efficienza, intensificando i controlli sull'attività dei medici, modificando le procedure di controllo sulle spese, promuovendo comportamenti etici tra il personale sanitario, aumentando i controlli sull'esecuzione degli appalti in sanità, per evitare l'infiltrazione della criminalità negli appalti, definendo in modo migliore i rapporti tra sistema pubblico e sanità privata e tra sanità e politica.

È fondamentale migliorare in modo significativo la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le diseguaglianze di salute rafforzando la sanità pubblica e garantendo sistemi sanitari con al centro la persona, universali, equi, sostenibili e di alta qualità.

Vanno offerte alla promozione della salute nuove opportunità per migliorare la governance, garantire politiche sostenibili e attuare miglioramenti. Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età. La soluzione è l'equità, la giustizia sociale, il coinvolgimento della



comunità e l'empowerment delle donne e degli uomini: solo così si può garantire la promozione della salute.



7. Nuove attività di audit clinico

L'attività di audit clinico costituisce uno strumento piuttosto incisivo nella gestione della *clinical governance*, ovvero un piano attraverso cui le organizzazioni sanitarie sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi, esaminando la loro attività e tendendo al raggiungimento e mantenimento di elevati standard assistenziali.

Si tratta di un processo importante, finalizzato a migliorare le cure offerte ai pazienti, osservando i risultati ottenuti attraverso un confronto sistematico delle prestazioni erogate con criteri espliciti e mediante il supporto di un successivo monitoraggio dei fattori correttivi introdotti.

Nel 2006 il Ministero della Salute ha stabilito che l'Audit clinico sia una *“metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte”*.

Per questa ragione, l'audit clinico è essenziale per valutare l'appropriatezza dell'assistenza erogata, cioè per comprendere se sia in linea con i correnti standard assistenziali, basati sulle evidenze scientifiche. Oltre a ciò, è un elemento utile per superare e ottimizzare talune carenze o criticità, poiché esso si articola attraverso fasi specifiche, con cui definire uno standard da perseguire, la cosiddetta “best practice” e realizzare azioni migliorative che siano efficaci al perseguimento dello standard previsto.

L'audit clinico, che può essere realizzato a tutti i livelli delle aziende sanitarie, da quello centrale a quello più decentrato, acquisisce reale efficacia se l'esercizio è continuo e costante e nel caso in cui l'oggetto delle valutazioni abbia un contenuto professionale. Oltre a ciò, ulteriore elemento che contraddistingue l'audit clinico è il Significant Event Audit, ovvero una particolare forma di audit in cui l'elemento principale è un evento avverso, ma che costituisce uno spunto imprescindibile per attuare miglioramenti.

Più specificamente, affinché l'attività di audit clinico sia adeguata e funzionale, è importante che vengano rispettate talune regole importanti, tra cui è bene rammentare: la partecipazione di tutti i professionisti ad audit clinici locali e multicentrici, la diffusione di pratiche basate sulle evidenze scientifiche, utilizzando le linee guida, il miglioramento della completezza e dell'accuratezza nel rilevare le informazioni con lo scopo di monitorare assistenza clinica e valutare gli esiti, l'attuazione di un sistema di segnalazione, di indagine e di prevenzione degli



eventi avversi, agevolare il processo comunicativo avente ad oggetto i reclami da parte dei pazienti e dei loro familiari, il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari, l'attribuzione di rilievo alla ricerca e allo sviluppo, la valutazione del personale, la comunicazione e gestione della documentazione.

Seguendo tali ragionamenti, per ciò che concerne l'attività di audit, è bene distinguere l'audit clinico dall'audit di sistema e quello occasionale.

Ci si avvale dell'audit di sistema per le procedure di accreditamento o di certificazione delle strutture sanitarie, al fine di esaminare l'adeguatezza dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. È bene specificare che l'oggetto dell'audit di sistema non sia professionale e soprattutto che l'attività sia effettuata da auditor esterni.

In ultimo, l'audit occasionale coincide con la disquisizione di casi clinici, più specificamente pazienti complessi e, per quanto l'attività sia attuata in tutte le organizzazioni sanitarie, essa non verifica la qualità dell'assistenza erogata.

L'audit clinico è un processo ciclico, contrassegnato dalla ripetizione di talune fasi con all'interno ulteriori step metodologici; la progettazione dell'audit, con identificazione del tema da trattare, la misurazione della performance, l'analisi degli scostamenti e l'implementazione del cambiamento. In ogni caso, l'aspetto più importante del processo ciclico è che l'audit clinico si svolga in un contesto etico in cui la ripetizione e alternanza delle diverse fasi risponda a criteri etici, a partire dalla scelta del tema, la progettazione, la raccolta dei dati, l'individuazione dei criteri e degli standard, sino alle azioni di miglioramento da attuare.

Primariamente, una progettazione meticolosa è fondamentale per il successo dell'audit clinico poiché è la prerogativa della proficuità della fase operativa. Tale fase prevede la scelta del tema dell'audit clinico, la costituzione del gruppo di lavoro e la definizione dei criteri di comunicazione che devono essere applicati durante tutto il processo di audit.

Di grande rilevanza è la fase dell'identificazione del tema da affrontare, scelta che può ricadere sull'alta frequenza dell'attività clinica, ovvero dipendere dalla gestione di una patologia ad alta incidenza, elevato rischio per i pazienti in termini di morbilità e mortalità, oppure alto rischio per l'equipe medica, oppure dipendere da una procedura ricorrente nella pratica clinica. Una volta che il tema sia stato scelto deve essere costituito e organizzato il gruppo di lavoro, perché la buona conduzione dell'audit non può prescindere da un buon lavoro del team, per cui sono necessari dei players che abbiano competenza professionale in



più campi. Al contempo, il supporto professionale della direzione aziendale è importante per definire le azioni di miglioramento e le criticità da superare.

La *ratio* dell'audit è migliorare la pratica clinica correlata al tema scelto e il compito del gruppo di lavoro è individuare e perseguire obiettivi specifici in relazione al tema oggetto dell'attività di audit.

Sulla base di ciò, come già sostenuto in precedenza, l'audit clinico è un importante strumento di Clinical Governance ed il suo utilizzo sistematico e costante, deve essere promosso in tutti gli ambiti del SSN, poiché esso costituisce un metodo adatto a valutare il grado di aderenza dell'attività clinica alle migliori pratiche disponibili ed assicurare standard elevati di assistenza.

In tal senso, è necessario implementare l'attività di audit clinico per migliorare la qualità dei servizi sanitari alla luce del momento storico che stiamo vivendo, poiché è importante investigare ed incidere più approfonditamente sul tema Covid19, una patologia ad altissima incidenza che è causa della crisi pandemica che ha investito l'Italia, l'Europa e il mondo tutto.

Ciò perché i medici, i professionisti del settore e le organizzazioni sanitarie sono tenuti a conoscere e studiare le nuove patologie, per poi aumentare le best practices disponibili e attuare tutte le iniziative necessarie per accrescere la sicurezza dei cittadini tutelare la salute dei pazienti e capire i bisogni dei pazienti e delle persone. L'audit clinico, condotto con responsabilità e rigore, costituisce obiettivo etico del servizio sanitario.



8. Ammodernamento dell'edilizia sanitaria e rinnovo delle tecnologie sanitarie

La Corte dei Conti a giugno 2020 ha pubblicato il “rapporto sul coordinamento della finanza pubblica”, che evidenzia come gli investimenti nelle infrastrutture materiali ed immateriali nel sistema sanitario siano stati in calo fino al 2017. Particolarmente significativo è il dato inerente alle costruzioni di carattere sanitario, i cui finanziamenti sono passati dai 3,6 miliardi del 2012 a circa 1,2 miliardi nel 2017, trend negativo che coinvolge anche il finanziamento per gli investimenti immateriali, come ricerca, materiali informatici, software, sviluppo tecnologico.

Il processo di riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico e la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali affonda le sue radici nella legge 67/1988, che rappresenta ancora il principale strumento normativo di intervento. Quando il legislatore ha varato la Legge 67/88 si poneva l'obiettivo di avviare interventi per il *“riequilibrio territoriale delle strutture ospedaliere, il completamento e il potenziamento della rete delle strutture territoriali, l'adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti, il potenziamento delle strutture per la prevenzione, il completamento degli ospedali incompiuti, la realizzazione degli spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia, il potenziamento della rete dell'emergenza, la riduzione della obsolescenza delle tecnologie.”* Tuttavia, non tutte le regioni in questi anni sono riuscite a completare o avviare le opere di riqualificazione, l'Abruzzo, ad esempio, ha attivato solo il 36% dei fondi, il Molise il 21%, mentre Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna sono al di sotto del 60%.

L'incapacità di spesa delle regioni, unita alla lentezza nella realizzazione delle opere, hanno portato a successivi interventi di revoca dei finanziamenti per tali opere, come la legge 266/2005 che ha disposto la risoluzione degli accordi di programma, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa, che è stata attuata anche da altri interventi normativi, da ultimo, nel 2019, sono stati revocati investimenti per 76,8 milioni, portando il totale delle somme revocate a circa 1.445 milioni.

L'effetto congiunto di questo definanziamento, l'incapacità di spesa delle regioni, la lentezza nella realizzazione delle opere e il necessario turnover di macchinari e infrastrutture tecnologiche, sono alla base dell'attuale situazione di crisi del nostro sistema sanitario.

La stessa Corte dei conti, in una stima di massima, quantifica in 32,1 miliardi di euro il fabbisogno necessario da oggi al 2045, per procedere ad un ammodernamento infrastrutturale complessivo del nostro sistema sanitario nazionale. Contrariamente, le regioni hanno stimato



che per il corretto sostegno alla sanità, gli investimenti nel triennio 2018/2020 avrebbero dovuto essere oltre 1,5 miliardi di euro, di cui 1,1 miliardi di euro per la sola sostituzione di macchinari. La riduzione della spesa per gli investimenti non ha determinato solo una minore disponibilità di strumentazione ma anche una obsolescenza dei macchinari stessi costringendo il personale sanitario a lavorare con un parco tecnologico non adeguato e non al passo con i tempi.

La legge di bilancio 2019 ha invertito questo trend di disinvestimento, ma solo a partire dal 2021, inoltre, le risorse stanziare, per quanto preziose erano esigue ed insufficienti per far fronte alle necessità delle strutture sanitarie.

In questo quadro economico le risorse del MES potrebbero rappresentare una soluzione importante per l'ammmodernamento di tutte le infrastrutture, partendo dalla sostituzione dei macchinari obsoleti e procedendo con l'avvio di una riqualificazione ed un potenziamento di tutte le strutture di edilizia sanitaria del Paese. Riqualificazione che deve andare nella direzione di una maggiore "umanizzazione" gli spazi, con l'obiettivo di rendere gli ambienti ospedalieri e di cura sempre più sicuri, fruibili e a tutela del benessere sia dei lavoratori del settore che dei degenti.

In questo periodo di crisi, il nostro sistema sanitario, reso fragile da continui tagli, ha mostrato tutta la sua debolezza, pertanto, si deve avviare un processo di potenziamento, introducendo soluzioni strutturali ed avviando un processo di riordino di tutto il sistema.

Sono tre, quindi, i principali campi di azione per rifondare le infrastrutture del nostro sistema, umanizzazione e potenziamento delle strutture, implementazione della medicina di comunità ed investimenti in nuove ed efficienti tecnologie.

Per la UIL la medicina di comunità dovrebbe declinarsi non con una sola maggiore presenza sul territorio ma con una riforma delle procedure per le cure e l'assistenza sanitaria di primo accesso, ripensando nel suo complesso l'assetto delle politiche sanitarie ed assistenziali.

L'implementazione di una medicina di comunità veramente efficiente richiede l'investimento in sistemi tecnologici adeguati, che facilitino il rapporto tra cittadino e sistema sanitario. Attraverso il corretto utilizzo delle attuali tecnologie comunicative si potrebbe arrivare ad assicurare assistenza anche presso i domicili delle persone, tutelando anche i piccoli presidi territoriali esistenti come ambulatori, case della salute dove i pazienti, non gravi, potrebbero ricevere supporto e cure senza accedere agli ospedali con un netto calo del ricorso improprio alle strutture di pronto soccorso. Una serie di investimenti mirati e calibrati, che valorizzino le strutture esistenti, alleggerendo il carico che oggi grava principalmente sulle strutture



ospedaliere ed avviando quel ciclo virtuoso con cui agevolare lo sviluppo di una rete sanitaria sia regionale, che intercomunale.

Oltre alla creazione di questa rete territoriale la crisi ha mostrato quanto sia necessario ultimare il processo di potenziamento e riqualificazione delle strutture ospedaliere, creando luoghi di cura che raggiungano i più elevati standard di tutela del cittadino e di sicurezza per i lavoratori del settore.

“Preme ricordare quanto le caratteristiche spazio-funzionali degli ambienti sanitari generino effetti tanto sui pazienti – per il miglioramento degli esiti clinici della malattia e delle condizioni di sicurezza – quanto sul personale – in termini di miglioramento delle performance – riflettendosi, anche sull’efficacia e qualità delle cure. Ridurre, dunque, le situazioni di stress mediante l’innalzamento della qualità ambientale percepita è diventato un imperativo al quale la committenza pubblica non può più sottrarsi.”

Il processo di umanizzazione degli spazi di cura è divenuto centrale per migliorare il SSN e renderlo pronto a rispondere alle necessità del “terzo millennio”, soprattutto in momenti emergenziali come quelli dettati dalla pandemia. Nuovi spazi più flessibili che sappiano rispondere a queste esigenze, con luoghi che all’occorrenza possano diventare “spazi di contenimento ed isolamento”, sono propedeutici ad ogni ristrutturazione della nostra edilizia sanitaria, esempio, ne è quanto accaduto durante il periodo di quarantena. Si devono ripensare le strutture e gli spazi nei quali sono collocati i “pronto soccorso” e i “punti di prima emergenza” così che, in situazioni di crisi, possano affrontare in sicurezza e con precisione eventuali urgenze di isolamento, e nella normale amministrazione possano contenere il rischio di contagio prevedendo luoghi di “pre-triage”.

Implementare le tecnologie, potenziare ed efficientare il sistema, ripensare la capillarità e dare flessibilità alle strutture, creando luoghi di cura più umani e sicuri per lavoratori e cittadini.

Questi sono gli obiettivi da perseguire, così da creare un sistema sanitario nazionale in grado di gestire con i più alti standard la quotidianità e nell’emergenza di essere pronto ed efficiente per contenere i rischi per la popolazione.

Il ricorso al MES rappresenterebbe lo stimolo economico necessario per colmare il gap iniziale ma solo una programmazione attenta, mirata e lungimirante unita ad un coordinamento nazionale sull’utilizzo di tali risorse, al fine di evitare le lungaggini e le inefficienze del passato, possono determinare il cambio di marcia necessario.



9. Investimenti nella ricerca scientifica e sanitaria con l'obiettivo di creare una comunità resiliente

La ricerca scientifica, assieme alla cultura e all'innovazione, rappresentano fattori determinanti per lo sviluppo di un Paese. La ricerca è fondamentale per il progresso della medicina, ad esempio, ed è essenziale per individuare soluzioni mediche, tecnologiche e terapie più adatte a ciascuna società.

È bene spiegare il significato di ricerca scientifica e sanitaria, che si traduce in un complesso percorso di studi, finalizzato ad acquisire nuove conoscenze mediche e tecnologiche necessarie per il perseguimento di finalità pratiche, ovvero conoscenze atte ad assicurare maggiore competitività al sistema produttivo.

Più specificamente, la ricerca medico-sanitaria è un aspetto essenziale per garantire al Paese e ai cittadini una sanità efficiente e per assicurare un Servizio Sanitario di qualità. Obiettivo primario della ricerca sanitaria, oltre al progresso scientifico e tecnologico, è la tutela della salute dei cittadini, è assicurare la qualità della loro vita e rendere resilienti le comunità in cui vivono, nel pieno rispetto di quanto stabilito dall'art. 32 della Costituzione, secondo cui la Repubblica tutela la salute quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Naturalmente, la ricerca scientifica non può prescindere dalla competitività e dall'innovazione, che sono gli elementi più importanti per assicurare sviluppo economico e sociale ad un Paese. Tuttavia, malgrado ciò, per garantire progresso tecnologico, economico e sociale ad uno Stato, la sola ricerca non basta, poiché è essenziale costruire un proficuo confronto tra il settore della ricerca e quello delle imprese, della produttività, affinché il progresso sia effettivo.

Il problema dell'Italia, rispetto alla ricerca scientifica e sanitaria, è che sono le poche risorse economiche allocate a vantaggio del settore considerato.

L'Italia è poco ambiziosa e ciò è dimostrato dal fatto che il nostro Paese investe nella ricerca circa l'1,2% del PIL, a fronte di un 2% della media europea. Rispetto a questo dato, è bene sottolineare che in Italia il settore pubblico ma prevalentemente il settore privato investono poco nella ricerca e, con riferimento al secondo soggetto agente, la ragione è da ravvisarsi nella struttura imprenditoriale italiana, che è costituita prevalentemente da imprese piccole e medie, poco disposte ad investire risorse in questa direzione.

Al fine di superare questo problema, la Commissione europea, nelle sue relazioni annuali, ha sempre invitato l'Italia ad investire di più in ricerca e innovazione, stabilendo che ciò potrebbe



avere ricadute positive per la società, in particolare per il mezzogiorno, così da colmare il divario nord-sud. A tal proposito, è opportuno rammentare che negli anni 10 del 2000 è stata elaborata la strategia Europa 2020, la quale all'epoca è stata concepita come piano di uscita dalla recessione economica del 2008. La scommessa del tempo era ambiziosa: uscire dalla crisi, mediante il potenziamento degli investimenti pubblici e privati in ricerca e sviluppo, per rilanciare economicamente l'Europa. Malgrado ciò, a più di dieci anni dall'elaborazione di quella strategia, proprio nel momento in cui l'Europa usciva faticosamente dalla recessione del 2008, è subentrata una seconda crisi, che per certi versi è più complessa e violenta di quella precedente, poiché è sia sanitaria che economica e ha drammaticamente investito l'Italia, l'Europa e il mondo tutto.

Come noto, attualmente stiamo vivendo una crisi pandemica dovuta alla diffusione del Covid19, che sta producendo conseguenze rilevanti sul piano economico, in quanto l'Europa e l'Italia sono andate incontro ad una recessione economica forte, a causa delle conseguenze negative delle violente ondate epidemiche che hanno colpito il nostro Paese e, più in generale, i paesi UE. In questo quadro, per quanto concerne il settore della ricerca, è quanto mai essenziale per l'Italia e l'Europa potenziare gli investimenti pubblici e privati in ricerca e sviluppo tecnologico, al fine di creare un sistema produttivo più forte e dinamico all'interno del modello sociale europeo.

Sulla base degli ultimi accadimenti, l'Italia, ma anche l'Europa, sono ben lontane dagli obiettivi prefissati con la strategia 2020, in base ai quali l'intera UE avrebbe dovuto investire almeno il 3% di pil nel settore della ricerca e dello sviluppo.

In ogni caso, il difficile momento in cui Italia ed Europa versano, può rappresentare uno spunto di riflessione per comprendere l'importanza della ricerca medico-scientifica e dell'innovazione tecnologica e organizzativa, oltre a ciò, il periodo che stiamo vivendo può costituire altresì un'occasione per definire le priorità e adottare scelte rilevanti nella ricerca sanitaria, utilizzando al meglio le risorse economiche a disposizione.

L'attività di ricerca in ambito scientifico-sanitario consente di aumentare il background di conoscenze scientifiche, arricchisce le competenze dei medici, dei ricercatori-operatori sanitari, delle strutture coinvolte ed è un volano per la crescita culturale di un Paese. Inoltre, è bene ribadire che nell'ambito della ricerca sanitaria, la ricerca clinica è essenziale per potere avere un'assistenza efficiente e in grado di soddisfare i bisogni della popolazione.

Investire nella ricerca scientifica e medica significa migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi e delle prestazioni sanitarie, aumentare qualitativamente gli standard nel campo della prevenzione, della medicina diagnostica curativa, della riabilitazione.



In sostanza, la ricerca sanitaria di qualità è un investimento per il futuro e va alimentata e preservata, poiché aumenta le conoscenze scientifiche a vantaggio del Paese e della salute dei cittadini ed incide positivamente sull'intero sistema economico-produttivo.

Pertanto, è importante che la politica adotti scelte mirate sulla ricerca e sull'innovazione, perché i grandi temi, quali sanità e istruzione, assolutamente prioritari per il Paese, devono essere gestiti con responsabilità e competenza, al fine di non commettere gli errori passati e di rendere la società più pronta nel gestire crisi sanitarie ed economiche.



10. Prevenzione, sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro

“Ogni apporto al SSN in termini di risorse umane ed economiche costituisce un investimento di cui il Paese beneficia in tempi ordinari e ancor più nel momento in cui si trova ad affrontare crisi sanitarie.” Doveroso citare parte della piattaforma unitaria di CGIL, CISL e UIL, sottoscritta il 14 marzo in piena crisi sanitaria, poiché condividiamo pienamente questa affermazione.

In questo periodo di crisi che ha stressato all'estremo le strutture sanitarie sono emersi due importanti temi, primo su tutti la qualità e l'estrema dedizione al lavoro dei nostri operatori del Sistema Sanitario, in secondo luogo la necessità di offrire loro un ambiente di lavoro sicuro, in situazioni emergenziali e nella quotidianità.

Per tale ragione, le richieste avanzate in fase emergenziale dovrebbero divenire prassi. Infatti, i rischi a cui sono esposti i lavoratori del settore sono costanti e sempre presenti nella loro attività e possono essere sintetizzati in sette punti:

- rischi biologici, quali infezioni causate da punture di aghi o contagio da malattie altamente infettive;
- rischi chimici, come quelli derivanti dai medicinali utilizzati per il trattamento dei tumori e dai disinfettanti;
- rischi fisici, quali la radiazione ionizzante;
- rischi ergonomici, ad esempio nell'ambito della gestione dei pazienti;
- rischi psicosociali, inclusi la violenza e il lavoro a turni.
- Rischio incendio
- Rischio malfunzionamento delle attrezzature.

Tali rischi si intensificano in fase emergenziale, moltiplicando esponenzialmente la loro pericolosità nei momenti di stress delle strutture per molteplici fattori.

L'epidemia di Covid19 ha fatto emergere criticità già presenti nel nostro sistema, con personale sottorganico e scarsamente attrezzato. Per questa ragione, devono essere introdotte misure straordinarie che superino le già menzionate criticità.

È fuori discussione che il primo problema sia un Sistema Sanitario Nazionale fortemente sottorganico, con lavoratori sottoposti a turni infiniti e a continue situazioni emergenziali che gravano pesantemente sulla situazione psicofisica dei lavoratori.



Assumere nuovo e competente personale è fondamentale per procedere ad una equa divisione del lavoro con turni di lavoro e riposo che possano rispettare la persona.

Oltre a ciò, si deve provvedere alla fornitura di adeguati strumenti DPI a tutto il personale che opera nel SSN, evitando di esporre a rischi elevati i lavoratori e le loro famiglie. In tal senso, imprescindibile da tutto ciò è un percorso di formazione costante per gli operatori del settore, con adeguate informative sui rischi derivanti da nuove patologie, o legati a nuovi macchinari o farmaci.

Formazione che dovrà essere costante anche sulle tecniche di gestione del paziente e delle situazioni di “rischio psicosociale”. La recente approvazione della legge a tutela dei lavoratori del settore costituisce un passo in avanti per assicurare pene più severe per chiunque aggredisca fisicamente, verbalmente o psicologicamente un operatore del settore sanitario. Tutela che dovrà essere garantita anche al di fuori del posto di lavoro, poiché non sono sporadici gli episodi di aggressione o stalking a danno di questi lavoratori, episodi che durante la quarantena si sono tradotti anche in inaccettabili azioni di ostracismo e vilipendio a danno di persone che svolgevano quotidianamente il proprio lavoro.

Per la UIL alla base di una vera tutela dei lavoratori deve esserci un coordinamento nazionale e territoriale anche attraverso l'attivazione di Comitati regionali e il confronto preventivo con le rappresentanze sindacali presenti nei luoghi di lavoro, affinché ogni misura adottata possa essere condivisa e resa più efficace dal contributo di esperienza delle persone che lavorano. Un coordinamento che doterebbe di maggiore reattività il sistema in caso di eventuali nuove situazioni di crisi.