



**Nota dell'Unione Generale del Lavoro con riferimento all'indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie**

**Audizione del 22 gennaio 2025**

**Considerazioni generali**

Il riordino delle professioni sanitarie rappresenta un tassello di un puzzle più complesso che rimanda alla valorizzazione e al potenziamento del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 32 della Costituzione dispone che la Repubblica tuteli la salute come fondamentale diritto dell'individuo e nell'interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti.

Negli anni, sono però emerse gravi criticità che hanno generato un paradosso: la crescita esponenziale della spesa sanitaria che, però, non ha coinciso con il miglioramento dei servizi a disposizione del cittadino che, infatti, ha iniziato a percepire in maniera sempre più scadente quanto erogato dal Sistema sanitario nazionale.

La conseguenza diretta di ciò è la profonda svalutazione, anche oltre ogni legittima aspettativa, del ruolo dei professionisti della sanità, che, non a caso, sono diventati troppo spesso oggetto di aggressioni, come ben evidenziato nell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia.

In una spirale negativa, gli stessi professionisti che operano nel campo sanitario hanno iniziato a manifestare una crescente insofferenza per le condizioni di lavoro. Se è vero che l'aspetto economico, in tali rivendicazioni, è comunque centrale, è pur vero che sarebbe un errore non considerare altri elementi che conducono tutti alla valorizzazione e al riconoscimento del ruolo sociale della singola professione sanitaria. Complici tanti fattori, in questi anni larga parte delle figure professionali nell'ambito sanitario ha conosciuto una svalutazione illogica dalla quale si può uscire soltanto ridando autorevolezza alle stesse.

Premesso che la nostra Organizzazione sindacale ha apprezzato il contenuto della Legge di bilancio per la parte sanitaria, fermo restando la necessità di assicurare maggiori risorse in rapporto al prodotto interno lordo, con riferimento specifico al riordino delle professioni sanitarie, si formulano alcune considerazioni sintetiche:

1. Il riordino delle professioni sanitarie, che appare necessario per molti versi, dovrebbe essere oggetto di un confronto approfondito, permanente e preventivo, sia con gli Ordini che con le Organizzazioni sindacali;
2. La valorizzazione delle professioni sanitarie dovrebbe essere a tutto campo, per cui dovrebbe guardare alle retribuzioni, alla tutela assicurativa e previdenziale, alla stabilizzazione del posto di lavoro, ma anche alla crescita professionale in un'ottica di formazione continua; la



considerazione vale per chi opera nel pubblico, ma anche per gli addetti della sanità privata, più esposti a fenomeni di sottoinquadramento professionale;

3. Fermo restando che la formazione e la qualificazione di tutti gli operatori del Servizio sanitario nazionale rimane essenziale, una attenzione specifica deve essere riposta ai percorsi iniziali di studio, oggi incentrati sull'Università e, in parte, sui percorsi formativi regionali; in prospettiva, potrebbe essere utile e funzionale una diversa taratura della filiera degli Its Academy, cosa possibile rivedendo la normativa vigente oggi incentrata quasi esclusivamente sulla correlazione fra imprese e enti locali;
4. La rivisitazione dei percorsi di studio dovrebbe essere finalizzata anche a ridurre l'attuale carenza di personale;
5. L'individuazione di nuove figure professionali in ambito sanitario e socio-sanitario dovrebbe essere supportata da una intesa Stato-Regioni, così da ricondurre lo scenario complessivo ad uniformità, evitando l'individuazione di qualificazioni ibride che, potenzialmente, possono prestarsi a fenomeni elusivi dei contratti collettivi di lavoro, principalmente nella sanità privata;
6. Fra i settori che necessitano di una puntuale operazione di riordino normativo, vi è sicuramente quello delle professioni e delle attività legate alla prevenzione e alla cura attraverso la pratica sportiva; a tal proposito, il Cnel ha avviato un gruppo di studio con l'obiettivo di fornire ogni indicazione utile al Parlamento e al Governo.

### **Atlante del lavoro e Atlante delle professioni**

Per effetto del decreto interministeriale del 30 giugno 2015, è stato istituito un gruppo tecnico, guidato dall'Inapp e con l'assistenza tecnica di Tecnostruttura delle regioni, costituito dai rappresentanti del ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, del ministero dell'Istruzione, del ministero dell'Università e della Ricerca, dell'Anpal, del Coordinamento delle regioni e con il coinvolgimento e la partecipazione dei sindacati dei lavoratori e dei datori di lavoro, delle rappresentanze bilaterali, delle associazioni professionali e di esperti di settore. Tale attività ha portato all'Atlante del lavoro e delle qualificazioni, una vera e propria mappa a supporto del sistema di apprendimento permanente e dei servizi per l'occupabilità delle persone. L'Atlante del lavoro è uno strumento utile per l'orientamento, per l'individuazione, la validazione e la certificazione delle competenze, ma anche per favorire la portabilità e la capitalizzazione delle competenze, rispondendo alle esigenze organizzative delle imprese e alla volontà di mobilità della persona.

Nel tentativo di dare organicità alla descrizione del mondo del lavoro, l'Atlante individua 23 settori economico-professionali (Sep) più un settore Area comune per i processi di supporto alla produzione



di beni e servizi. I settori economico-professionali e l'Area comune sono descritti per processi, per sequenze di processo e per aree di attività (Ada). I servizi socio-sanitari sono ricompresi nel settore 19. I settori economico-professionali, compresa l'Area comune, sono descritti per processi, vale a dire l'insieme di attività, svolte secondo una determinata sequenza o in simultanea, con un punto di origine, altrimenti detto input, e un risultato atteso, output.

Il settore economico-professionale è distinto in due processi: erogazione di interventi tecnici sanitari e parasanitari e erogazione di interventi nei servizi sociali. Concentrandosi soltanto sul primo processo, le sequenze sono sei: trattamento sanitario riabilitativo (dieci aree di attività); trattamento tecnico sanitario diagnostico e assistenziale (nove aree di attività); prevenzione e promozione della salute (due aree di attività); assistenza socio-sanitaria alle pratiche infermieristiche (un'area di attività); trattamenti ausiliari alle professioni sanitarie (un'area di attività); assistenza tecnica degli apparati e dei sistemi diagnostici e di trattamento e fornitura o realizzazione di ausili protesici (quattro aree di attività).

Il settore economico produttivo che presenta il maggior numero di professioni regolamentate è inevitabilmente proprio quello afferente ai servizi socio-sanitari (settore 19). Al momento, le professioni regolamentate sono circa novanta, ma si tratta di un elenco in oggetto divenire, destinato verosimilmente ad essere implementato nei prossimi anni. Le professioni regolamentate censite sono le seguenti: allergologia e immunologia clinica; anatomia patologica; anestesia e rianimazione; assistente sanitario; assistente sociale; assistente sociale specialista; basic medical training-Italy; biochimica clinica; biologo; biologo junior; cardiologia; chirurgia dell'apparato digerente; chirurgia generale; chirurgia maxillo facciale; chirurgia orale; chirurgia pediatrica; chirurgia plastica e ricostruttiva; chirurgia toracica; cardiocirurgia; chirurgia vascolare; dermatologia e venereologia; dietista, dietologo; dottore in tecniche psicologiche; educatore professionale; ematologia; endocrinologia e malattie del ricambio; farmacista; farmacologia; fisioterapista; gastroenterologia; genetica medica; ginecologia e ostetricia; igiene e medicina preventiva; igienista dentale; infermiere pediatrico; infermiere professionale; logopedista; malattie dell'apparato respiratorio; malattie infettive; massaggiatore e bagnino terapeutico, balneoterapista, idroterapista; masso-fisioterapista; medicina del lavoro; medicina di emergenza e urgenza; medicina fisica e riabilitazione; medicina interna; medicina nucleare; medicina tropicale; medico di medicina generale; microbiologa e virologia; nefrologia; neurochirurgia; neurologia; neuropsichiatria infantile; odontoiatra; odontostomatologia; odontotecnico; oftalmologia; oncologia medica; operatore socio-sanitario; ortopedia e traumatologia; ortottista assistente di oftalmologia; ostetrica; otorinolaringoiatra; ottico; patologia clinica; pediatria; podologo; psichiatria; psicologo; psicoterapeuta; puericultrice; radiodiagnostica; radioterapia; reumatologia; tecnico audiometrista; tecnico audioprotesista; tecnico



della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare; tecnico di neurofisiopatologia; tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; tecnico della riabilitazione psichiatrica; tecnico ortopedico; tecnico sanitario di laboratorio biomedico; tecnico sanitario di radiologia medica; terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva; terapista della riabilitazione; terapista occupazionale, ergoterapista; urologia.

### **Allegato**

#### **Position paper della Confederazione UGL in merito ad alcune delle principali questioni che attengono le politiche sanitarie nel nostro Paese**

La salute è il principale bene e la maggior risorsa per la società. Un buono stato di salute produce benefici in tutti i settori e nell'intera società – rappresenta una risorsa preziosa.

La buona salute è essenziale per lo sviluppo economico e sociale e riveste un'importanza vitale per la vita di ogni singola persona, per tutte le famiglie e per tutte le comunità. Un cattivo stato di salute si traduce in uno spreco di potenzialità, è causa di disperazione e comporta perdita di risorse in tutti i settori.

Mettere gli individui in grado di esercitare un controllo sulla propria salute rafforza le comunità e migliora la vita. Senza il coinvolgimento attivo delle persone, si perdono numerose opportunità di promuovere e proteggere la loro salute e di aumentare il loro benessere.

Le condizioni che permettono alle società di prosperare e di svilupparsi sono le stesse che permettono anche alle persone di godere di una buona salute – le politiche che ne tengono conto hanno un impatto maggiore. Eque opportunità di accesso all'istruzione, a un lavoro, a un'abitazione e a un reddito dignitosi sono tutte condizioni che favoriscono la salute.

Dovrebbe contribuire all'aumento della produttività, a una maggiore efficienza della forza lavoro, a un invecchiamento più sano, a ridurre i costi sanitari e sociali e a limitare le perdite di gettito fiscale.

Il modo migliore per garantire la salute e il benessere della popolazione è che tutti i livelli di governo lavorino insieme per affrontare i determinanti sociali e individuali della salute. Un buono stato di salute può sostenere la ripresa e lo sviluppo economico.

La UGL ritiene che le politiche di tutela della salute devono farsi carico di promuovere trasparenza e legalità nel settore sanitario perché un sistema sanitario affidabile e integro è uno strumento diassicurazione contro il rischio di dover affrontare la malattia in solitudine, di fiducia nelle istituzioni e nella comunità, di promozione del capitale sociale.



Anche il ruolo del sindacato può avere effetti indiretti ma positivi sulla salute, a vantaggio non solo degli iscritti, ma dell'intera forza lavoro, attraverso la negoziazione essi potrebbero svolgere un ruolo ancor più decisivo nello spiegare la salute alla popolazione.

La mancanza di integrità, di cui si diceva prima, fa male alla salute: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione – gli indicatori generali di salute; è associata a una più elevata mortalità infantile.

Nonostante studi recenti confermino il buono stato di salute degli italiani, dovuto alle discrete condizioni ambientali e socioeconomiche del paese, il Servizio Sanitario nazionale soffre di una crisi sistemica e non garantisce più alla popolazione un'effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie (rif. Corte dei Conti 2023) e soprattutto esistono molte differenze tra le singole Regioni.

La Corte sottolinea che tale crisi si sta sviluppando da anni con una tendenza lenta ma costante e che la fuga del personale sanitario, non adeguatamente remunerato, la sta accentuando in maniera preoccupante.

La stessa denuncia, inoltre, che si sta passando da un Servizio Sanitario Nazionale incentrato sulla tutela del diritto alla salute costituzionalmente garantito a tanti diversi sistemi sanitari regionali basati anche sulle regole del libero mercato. Analizzando i livelli essenziali di assistenza (LEA) relativi all'esercizio 2021, la Corte dei Conti fa notare che, sebbene 14 regioni abbiano raggiunto la sufficienza in ciascun Lea, permangono numerose criticità, soprattutto nelle regioni meridionali.

La cronica assenza di programmazione, il consolidarsi di forti interessi economici, l'utilizzo della sanità a fini politici hanno fatto sì che in alcune realtà italiane sia stato più difficile contrastare sprechi e illegalità, minando la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone che vivono in quei territori.

Da sottolineare che a pagare questa situazione è, oltre alla qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini, anche l'insoddisfazione dei professionisti per stipendi non rapportati al costo della vita, turni massacranti, realtà ospedaliere disorganizzate e vetuste, politiche regionali non aggiornate, talvolta incomprensibili.

#### *Il personale*

Nel 2022 sono 625.282 i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, personale delle Asl e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati (Asl, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN, Aziende ospedaliere integrate con Università).

In particolare, nel 2022 lavorano per il Servizio Sanitario Nazionale 101.827 medici e odontoiatri (erano 103.092 nel 2020) e 268.013 infermieri (264.686 nel 2020). Il rapporto fra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di 2,63 infermieri per ogni medico.



Nel 2022, il 69,5% del personale del Servizio Sanitario Nazionale è composto da donne, contro il 30,5% degli uomini.

Il 72,3% (451.871 dipendenti) appartiene al ruolo sanitario, il 17,8% al ruolo tecnico (analisti, statistici, sociologi, assistenti sociali, etc.), il 9,7% al ruolo amministrativo e lo 0,2% a quello professionale (avvocati, ingegneri, architetti, etc.).

Con particolare riferimento al ruolo sanitario, il 59,3% è rappresentato da infermieri, il 22,5% da medici e odontoiatri e il 18,2% da altre figure professionali sanitarie (dirigenti professioni sanitarie, personale tecnico-sanitario, personale funzioni riabilitative, personale vigilanza e ispezione).

Ma a preoccupare è anche lo sfoltimento del personale sanitario. L'età media dei medici è sempre più elevata, con ben il 56% che ha più di 55 anni.

Entro il 2025, andranno in pensione 29.000 camici bianchi e 21mila infermieri, senza un sufficiente inserimento di nuovi professionisti. Circa 11.000 clinici ospedalieri (non in età da pensione) hanno già scelto di lasciare le strutture pubbliche fra il 2019 e il 2022.

E sempre più giovani, formati a spese dello Stato (circa 150mila euro ognuno) vanno all'estero, dove ricevono stipendi anche tre volte superiori rispetto all'Italia e con condizioni di lavoro nettamente migliori.

Sono necessari sostanziali aumenti retributivi, soprattutto per alcune specialità mediche (ad esempio Emergenza-Urgenza, Anestesiologia e Rianimazione, Radioterapia e alcune Chirurgie), i cui bandi per i corsi di specializzazione negli ultimi anni sono restati in gran parte deserti.

Liste d'attesa, mancanza di medici, di ospedali e di posti letto, concorsi deserti, specializzazioni senza iscritti, progressivo definanziamento mettono a rischio il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e dei principi fondanti del nostro modello di cura. Si stima che, negli ospedali italiani, manchino almeno 100mila posti letto di degenza ordinaria e 12mila di terapia intensiva. Diminuisce anche il numero dei nosocomi: in 10 anni ne sono stati chiusi 95.

In otto anni gli infermieri precari sono aumentati del 154%. Gli operatori sanitari a tempo determinato sono raddoppiati. Il dato emerge dal Ministero della Salute - in collaborazione con la Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica nonché con la Direzione delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN -, lo studio presenta la fotografia dettagliata del personale operante nel nostro Paese in servizio sia nel settore pubblico che privato, analizzato in base al tipo di contratto di lavoro, a tempo indeterminato o determinato o flessibile, suddividendolo altresì per categoria, tipo di incarico, ruolo, tipo di struttura nonché per zona geografica, genere, distribuzione per età e classi di anzianità di servizio.



Negli ultimi decenni, la popolazione over 65 ha subito trasformazioni significative nelle sue caratteristiche non solo demografiche, ma anche economico-sociali, ridefinendo così il concetto stesso di "terza età".

Analizzando, ad esempio, i fattori di fragilità che rendono gli anziani più vulnerabili, la prevalenza di condizioni croniche e le disuguaglianze che possono influenzare la qualità della vita in età avanzata.

In Italia, infatti, l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno particolarmente rilevante: attualmente, gli over 65 costituiscono il 24,1% della popolazione totale, una percentuale destinata a salire al 35% entro il 2050.

Questo cambiamento demografico non solo evidenzia la necessità di affrontare le sfide associate all'invecchiamento, ma sottolinea anche le opportunità e le risorse che una popolazione over 65 dinamica e attiva può offrire.

Gli over 65 di oggi si differenziano notevolmente da quelli di qualche decennio fa, tanto che si può parlare di una nuova e inedita generazione di quasi anziani.

Sono più propensi a mantenere uno stile di vita attivo, partecipando a attività sociali, culturali e sportive, e spesso continuano a contribuire in maniera significativa alla società, assumendo dunque una nuova prospettiva sociale.

La consapevolezza che gli over 65 rappresentino una componente significativa e in crescita della nostra società deve aiutare a riflettere su come meglio integrare e valorizzare tale risorsa.

Solo attraverso una profonda comprensione delle loro esigenze e potenzialità si possono sviluppare interventi efficaci per migliorare la qualità di vita e garantire un futuro sostenibile per tutte le generazioni.

#### *Le liste di attesa*

L'Istituzione normata di un sistema nazionale di monitoraggio delle liste d'attesa, regione per regione, prestazione per prestazione, per capire dove sia necessario intervenire e in che modo è dal nostro punto di vista, uno strumento fondamentale ma che incredibilmente non esisteva fino ad oggi perché evidentemente nessuno prima ci aveva pensato.

L'altra novità fondamentale che si rende obbligatorio per legge è il meccanismo per il quale il medico che fa la prescrizione deve anche indicare la priorità e il tempo massimo di attesa possibile per quella prescrizione.

Le Regioni non potranno più chiudere le liste d'attesa e dovranno organizzarsi per rispettare queste tempistiche. Chiaramente le Regioni vanno aiutata a fare questo lavoro, prevedendo che possano far ricorso se non riescono a rispettare i tempi anche alle prestazioni intramoenia, cioè quelle che i medici fanno a livello ambulatoriale nelle strutture pubbliche e alle strutture private accreditate.



I cittadini pagheranno solo il ticket e la differenza in termini di costo che dovranno sostenere le Regioni sarà coperta dalle risorse che lo Stato ha stanziato in Legge di bilancio per l'abbattimento delle liste d'attesa.

Allo stesso tempo si prevedono delle norme per evitare abusi nell'attività di intramoenia, stabilendo cioè che le ore di attività libero-professionale non possano in nessun caso superare le ore di attività in ospedale; si prevede ancora che le visite e le prestazioni sanitarie si possano fare anche fuori dal normale orario, anche di sabato, anche di domenica; si interviene sulla carenza di medici. Per il 2024 il tetto di spesa per le assunzioni sale dal 10 al 15% e dal 2025.

Come UGL pensiamo che sia corretto, prima chiarire la posizione dei medici, e poi eventualmente puntare a contrastare la pratica dei cosiddetti "Dottori gettonisti", lasciando ai NAS riscontrare abusi nelle strutture sanitarie.

Pensiamo sia giusto detassare le retribuzioni dei medici per le prestazioni aggiuntive che servono ad abbattere i tempi delle liste d'attesa.

Sia anche necessario prevedere un maggiore coinvolgimento degli specializzandi aumentando i posti a medicina, arrivare ad avere a disposizione 30 mila studenti in più in pochi anni e lavorare anche per superare finalmente la lotteria dei test d'ingresso a medicina.

Tutto questo si accompagna con un sistema di controlli, premialità e sanzioni, bene il Governo a istituire uno specifico organismo di controllo presso il Ministero della Salute e prevedere che i dirigenti delle aziende sanitarie che rispetteranno gli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa avranno più soldi, mentre quelli che non li rispetteranno ne avranno di meno.

Dunque, maggiori responsabilità per tutti, per lo Stato, per le Regioni, per i dirigenti delle Asl, ma anche per i cittadini. Quindi per rispetto a chi è in fila, i cittadini che non annulleranno la prestazione e non si presenteranno dovranno comunque pagare il ticket anche se in misura ridotta.

Sono altresì previsti oltre 500 milioni di euro di fondi europei che vengono destinati alle Regioni del Sud per acquistare macchinari e formare il personale sanitario e uno stanziamento straordinario di 60 milioni per i dipartimenti di salute mentale, in un tempo nel quale il tema della salute mentale sta diventando sempre più preoccupante.

#### *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*

Prossimità. Innovazione. Uguaglianza. Sono le parole chiave della Missione Salute, ed è la sesta area di intervento prevista dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, finanziato grazie al programma dell'Unione europea "Next Generation Europe".



Il PNRR ha destinato alla Missione Salute € 15,63 miliardi, pari all'8,16% dell'importo totale, per sostenere importanti riforme e investimenti a beneficio del Servizio sanitario nazionale, da realizzare entro il 2026. Ma complessivamente le risorse straordinarie per l'attuazione del PNRR e il rinnovamento della sanità pubblica italiana superano i 20 miliardi di euro. Tra queste, le risorse messe in campo dall'Italia con il Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC), che destina alla salute ulteriori 2,89 miliardi di euro.

Perché la Missione Salute:

- Per adeguare il nostro SSN a un mutato contesto demografico ed epidemiologico
- Per garantire uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente dal genere e dalle condizioni socioeconomiche
- Per rendere la rete dell'assistenza primaria territoriale in grado di rispondere al fabbisogno di salute lasciato scoperto dalla razionalizzazione della rete ospedaliera
- Per rendere capillare l'offerta di salute sul territorio, in termini di prevenzione e cura, eliminando le disparità geografiche, in particolare tra Nord e Sud
- Per sfruttare appieno le opportunità di miglioramento dell'offerta di salute derivanti dall'impiego dell'innovazione tecnologica, dall'avanzamento della ricerca in campo medico e dalla valorizzazione del personale del SSN.

Gli interventi della Missione Salute del PNRR, da raggiungere entro il 2026, si dividono in due aree principali:

- ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;
- innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.
- In quest'ottica gli interventi della Missione Salute sono divisi in due Componenti, ognuna delle quali prevede una Riforma e specifici Investimenti.
- Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Nel contempo, Il 4 Giugno 2024 Il Consiglio dei Ministri ha approvato due importanti provvedimenti che riguardano la sanità, ovvero l'abbattimento delle liste d'attesa e la cronica carenza di medici e personale sanitario.



La sanità chiaramente è di competenza delle Regioni dalla riforma del Titolo V del 2001 fatta dalla sinistra e quindi le liste d'attesa competono alle Regioni.

Con la Legge di bilancio è stato portato il fondo sanitario al suo livello più alto di sempre con 134 miliardi di euro nel 2024. Destinato oltre 500 milioni di euro per l'abbattimento delle liste d'attesa.

Con questi ultimi provvedimenti, si può ritenere che il Governo abbia fatto passi in avanti concreti, molto altro si deve fare ancora per la salute dei cittadini stessi.

#### *Autonomia differenziata*

La Sanità è uno dei temi su cui le regioni potranno chiedere più autonomia allo Stato in seguito al via libera definitivo del disegno di legge sull'autonomia differenziata, voluto dal governo Meloni.

La nuova legge sull'autonomia differenziata, approvata dalla Camera lo scorso 19 giugno, stabilisce le modalità in base alle quali le regioni possono chiedere maggiori poteri al governo centrale in 23 materie, tra cui per l'appunto la tutela della salute.

In base alla Costituzione, sulla tutela della salute le regioni italiane godono già di un certo grado di autonomia rispetto al governo centrale: la sanità, infatti, rientra tra le cosiddette "materie concorrenti", ossia le materie su cui sia le regioni sia lo Stato possono legiferare. Negli anni le varie regioni hanno dunque sviluppato modelli di organizzazione sanitaria diversi, con notevoli disparità tra l'una e l'altra.

Il comma 2 dell'articolo 1 del disegno di legge approvato dal Parlamento specifica una cosa importante, su cui si discute da anni a proposito di autonomia. La nuova legge stabilisce che alle regioni può essere concessa maggiore autonomia solo dopo che siano stati determinati i cosiddetti "livelli essenziali delle prestazioni", un'espressione spesso abbreviata con la sigla "LEP". Tra i LEP, spiega la Costituzione, rientrano tutti quei «diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

In parole semplici, dalla sanità all'istruzione, passando per i trasporti, i LEP comprendono tutti quei servizi che lo Stato deve ritenere indispensabili per tutti i cittadini, senza distinzioni sul territorio in cui vivono, dal Nord al Sud, dal Centro alle Isole.

Entro due anni dall'entrata in vigore della nuova legge, il governo dovrà stabilire i LEP con uno o più decreti legislativi, ossia quei provvedimenti con cui il governo può legiferare dopo aver ricevuto la delega dal Parlamento. In questo caso, la delega è stata data dal Parlamento proprio con l'approvazione definitiva del disegno di legge sull'autonomia differenziata.

Nel determinare i LEP, il governo dovrà seguire i principi e i criteri fissati dalla prima legge di Bilancio del governo Meloni, quella per il 2023, approvata alla fine del 2022. Questa legge di Bilancio ha istituito la "Cabina di regia per la determinazione dei LEP", presieduta dal presidente del Consiglio e composta da alcuni ministri. Questo organismo ha vari compiti, tra cui l'individuazione delle materie riferibili ai LEP.



### *Due esempi di gestione della sanità regionale*

REGIONE LAZIO. Saranno 8.158 le nuove assunzioni a tempo indeterminato di operatori sanitari per il biennio 2024-2025. 6.843 per il 2024, 1.315 nuove assunzioni per il Giubileo 2025, a cui si aggiungono 1.541 stabilizzazioni per l'anno in corso.

Un investimento di 466 milioni di euro nel biennio che in totale porterà in dote 9.699 nuovi professionisti della sanità. Idee che diventano fatti ed azioni e dopo anni bui di tagli e promesse non mantenute, la sanità del Lazio comincia nuovamente a vedere la luce.

La strada intrapresa sembra quella giusta. Non resta che percorrerla, cercando ora di lavorare sulle liste d'attesa, dando ognuno, il proprio contributo.

REGIONE CAMPANIA. Alcuni ultimi rapporti di istituzioni specializzate e indipendenti hanno offerto una fotografia a dir poco impietosa dello stato della Sanità in Campania, maglia nera in Italia e forse in Europa per l'assistenza sanitaria: da noi il diritto alla salute è semplicemente negato, i cittadini campani sempre più spesso sono costretti a pagarsi qualsiasi tipo di prestazione, diagnostica o interventistica, salvo dover ricorrere, con intollerabili sacrifici, alle strutture private scongiurare le gravissime conseguenze delle liste di attesa.

I dati sulla rinuncia alla cura sono drammatici e troppo spesso quando si arriva ad avere una diagnosi è tardi ed è per questo che, riprendendo una idea di qualche anno si potrebbe proporre "il voucher per la salute" per le fasce più deboli, per chi non può più aspettare i tempi infiniti delle liste d'attesa e i blocchi delle prestazioni, può accedere ad un voucher con il quale potere eseguire gli accertamenti necessari privatamente.

Si potrebbero salvare vite e anche risparmiare, perché se prese in tempo, molte malattie si possono curare tempestivamente prima che vadano ad aggravarsi con un sovraccarico esponenziale dei costi sul bilancio della sanità.

Il dato che fotografa il disastro dell'assistenza sanitaria in Campania, e che il dato peggiore in Italia, è soprattutto quello riferito a quei decessi prematuri che non si sarebbero dovuti verificare se le cure fossero state efficaci e tempestive e per i quali esistono interventi diagnostico-terapeutici di già provata efficacia. parliamo di 81,41 decessi per 100mila abitanti che si sarebbero potuti evitare se fossero stati residenti in un'altra Regione.

Sulla qualità dell'assistenza – è stato rilevato – pesano anche l'insufficienza del personale, la relativa età media avanzata, il sovraccarico lavorativo, le aggressioni fisiche, l'esposizione ai contenziosi medico-legali, gli scarsi riconoscimenti economici e la diffusione di una "sottocultura" sempre più ostile alle professioni sanitarie.



C'è, però, una grossa responsabilità politica Regionale che determina grosse carenze organizzative che finiscono per diventare la causa principale del malessere lavorativo del personale medico e paramedico.

Il deficit organizzativo e il mancato coinvolgimento della componente dei lavoratori nelle decisioni incidono di fatto in maniera negativa sulle attività dell'intero comparto.

### **Riflessioni e proposte**

Negli ultimi anni si è assistito a una progressiva, ma radicale, trasformazione sociale e sistemica che ha investito tutti gli ambiti e gli attori della società e che, quindi, non può essere relegata alla sola sfera sanitaria.

Diversi fattori hanno inoltre alimentato e accelerato tale trasformazione, configurando quella che viene definita una sindemia cioè l'insieme di problemi di salute, ambientali, sociali ed economici prodotti dall'interazione tra due o più patologie epidemiche. Dapprima la crisi pandemica ha inciso profondamente sulla società, ricalibrando la vita delle persone e il modo di concettualizzare tutto il sistema salute. Successivamente, l'attuale conflitto russo-ucraino ha innescato un ulteriore shock internazionale, con incisive ricadute sulle catene di approvvigionamento, avviando processi di crescente difficoltà nella fornitura di materie prime alimentari e di energia, in maniera diretta per tutti i paesi del blocco euroasiatico ed indirettamente per il resto del mondo.

Queste profonde evoluzioni e rivoluzioni del contesto sociale e sanitario a livello internazionale e globale, non hanno mancato di produrre il loro impatto nel contesto nazionale nostrano, amplificando la portata della trasformazione sistemica su più piani già attivi.

Con salute, dunque, non viene identificata solamente l'assenza di malattia o di sintomi, ma anche una condizione sociale e mentale positiva, che consenta all'individuo di svolgere le normali attività giornaliere, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni, ma soprattutto evolvere con l'ambiente, adattarsi ad esso e superare eventuali crisi.

Il concetto di salute può, quindi, essere declinato in almeno quattro dimensioni:

1. Una dimensione propriamente medica: salute come assenza di malattia.
2. Un'accezione sociale: salute come possibilità di svolgere un ruolo sociale.
3. Una visione idealistica: salute come pieno benessere fisico, psichico e sociale.
4. Un'accezione umanistica: salute come capacità di adattarsi positivamente alle situazioni problematiche della vita.

Non serve più raccontare una sanità come quella che vediamo nei telefilm americani, né prendersela con il governo, che sta lavorando e finanziando, come abbiamo detto, per migliorare l'accesso alle



prestazioni sanitarie e rendere trasparente l'intera filiera delle liste di attesa, ferme restando le competenze regionali in materia.

Per quanto riguarda la UGL bisogna chiamare a raccolta tutte le componenti che operano nel mondo della sanità convocando gli Stati Generali della sanità perché siamo convinti che occorre un Patto per la Salute che coinvolga nei processi decisionali la componente dei lavoratori.

Pensiamo che sia buona cosa rilanciare la medicina preventiva con lo scopo di limitare le malattie a elevato costo sociale (cardiovascolari, tumorali, metaboliche). Serve l'insegnamento, anche nelle scuole, degli stili di vita sani che contribuiscono a evitare di incorrere in malattie gravi, spesso croniche e gravemente invalidanti.

Eliminare reparti ospedalieri inutili e "doppioni" spesso creati per affidare un incarico a un nuovo primario più che per reali esigenze organizzative. Vanno chiusi e accorpati quei reparti in cui l'attività è minima, come per esempio i centri trapianto che non eseguono almeno cinquanta interventi l'anno o le strutture di emodinamica non attive 24/24. L'infarto non colpisce solo dalle nove alle diciassette dal lunedì al venerdì, mentre queste strutture costano somme enormi anche di notte e nei week-end, quando sono chiuse."

Per la UGL la formazione è un elemento essenziale a tutti i livelli e per tutti gli operatori del SSN. A partire dalla formazione universitaria, è importante eliminare la vecchia cultura che tiene in considerazione solo i pur importantissimi rapporti fra paziente e medico. Oggi si impone che questo rapporto sia visto in funzione della presenza del SSN. Tutto ciò che si fa di inutile o di non confacente alle conoscenze scientifiche si ripercuote sul SSN. Chi dirige il SSN non può provenire da nomine politiche o da dirigenti che hanno esperienza solo in attività private.

Crediamo che essere curati sia un diritto umano fondamentale riconosciuto anche dall'art. 32 della Costituzione e che, come tale, debba essere riconosciuto a ogni individuo.

Per questo, vogliamo una sanità che sia:

1. PUBBLICA, perché deve essere una responsabilità dello stato garantire cure ai propri cittadini.
2. UNIVERSALE, per curare tutti senza discriminazioni di genere, nazionalità, censo, confessione religiosa.
3. NAZIONALE, per garantire a tutti gli stessi livelli di cura.
4. EQUA, per fornire lo stesso trattamento a tutti quelli che hanno lo stesso bisogno.
5. GRATUITA, per essere realmente accessibile a tutti.
6. DI QUALITÀ, perché la salute delle persone deve essere tutelata nel miglior modo disponibile secondo i progressi e le evidenze della scienza medica.



7. ACCOGLIENTE, per garantire il diritto delle persone a veder riconosciuta la propria dignità soprattutto nei momenti di difficoltà e sofferenza.