

25° CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED
RELAZIONE DI CARLO PALERMO, SEGRETARIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED
Napoli 26 giugno 2022

Cari Colleghi, Gentili Ospiti,

l'Italia si trova a un bivio decisivo della sua storia, in particolare su salute e sanità. La sua struttura demografica e i relativi trend epidemiologici la rendono infatti oltremodo vulnerabile. Vulnerabilità accentuata dagli eventi derivanti dalla pandemia, dalla guerra in atto in Ucraina e dai rischi di recessione economica a causa delle ricadute che potrebbero avere in termini di sostenibilità economica del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Occorre soprattutto lavorare, come ha detto recentemente Papa Francesco, perché tutti abbiano accesso alle cure, perché il sistema sanitario sia sostenuto e promosso, e perché continui ad essere gratuito. "Tagliare le risorse per la sanità è un oltraggio all'umanità", sono state le parole forti e conclusive del suo ragionamento.

Oggi risulta evidente come la vulnerabilità di un sistema sanitario possa avere profonde ripercussioni non solo sulla salute degli individui, ma anche sulla coesione sociale, sulla crescita economica e sulla fiducia e credibilità nelle istituzioni, e quanto sia rilevante il ruolo della salute per la crescita e il benessere di un Paese. Il dato emergente, infatti, è il rinnovato valore universale della salute: **bene pubblico la cui tutela è interesse collettivo, con notevoli implicazioni sociali e macroeconomiche.**

In particolare in Italia, senza adeguati finanziamenti, si rischia di creare un gap significativo nei livelli dei servizi offerti ai Cittadini rispetto e gli altri Paesi europei culturalmente e geograficamente a noi vicini.

Il SSN è arrivato indebolito all'appuntamento con il COVID-19, penalizzato da anni di ridotto finanziamento, tagli dei posti letto, riduzione del personale, e politiche che hanno inciso negativamente sulla tenuta dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali e di prevenzione, questi ultimi sottoposti in alcune Regioni, come la Lombardia, ad un vero e proprio processo di spoliamento. La capacità del SSN di rispondere ai bisogni delle persone è stata progressivamente intaccata, in particolare nell'ultimo decennio, in misura tale da mettere in discussione quel diritto fondamentale alla salute sancito dall' articolo 32 della Costituzione. Abbiamo osservato una netta dicotomia non solo tra Nord e Sud, ma anche tra la sanità erogata nelle zone rurali e periferiche e le forme maggiormente organizzate garantite nei centri metropolitani. Un modello che ha di fatto generato una nuova categoria di cittadini, che la CEI nella sua *Lettera ai Curanti* definisce degli

“irraggiunti”, cioè coloro che pur avendone diritto, non riescono o non vengono messi in condizione di accedere alle prestazioni del SSN.

Di fronte alla pandemia, la nostra sanità pubblica ha mostrato due facce: le sue debolezze e fragilità ma, nel contempo, la professionalità e dedizione dei suoi operatori, la capacità di mobilitazione delle strutture sanitarie, la rilevanza di un diritto alla salute (e pertanto alle prestazioni) per tutte le persone presenti sul territorio nazionale. Vorrei rammentare alcuni fatti inoppugnabili. Il personale del SSN ha salvato l'Italia da una Caporetto sanitaria.

A inizio pandemia, abbiamo lavorato senza dispositivi di protezione individuale, perché non erano stati stoccati, senza tamponi, se non in caso di malattia conclamata, perché scarseggiavano, senza limiti negli orari di lavoro, per non lasciare i pazienti senza assistenza, e perfino con un esonero dalla quarantena, obbligatoria per il resto della popolazione, in caso di contatto stretto con pazienti risultati poi positivi al Sars-CoV-2. Combattendo contro un nemico sconosciuto, subdolo e altamente diffusivo, abbiamo pagato un prezzo pesantissimo in termini di sanitari contagiati, oltre 140 mila nei primi due anni, e morti, oltre 400. Eppure con sacrificio, tra delusioni e speranze, alla fine siamo riusciti a trovare il miglior trattamento e la migliore organizzazione ospedaliera per contrastare la malattia COVID-19. Una prova straordinaria di abnegazione, generosità e altruismo ma anche di capacità di azione collegiale e di autogoverno, reinventandosi nuove organizzazioni negli ospedali, nuovi reparti e posti letto che non esistevano come quelli di Terapia Intensiva, Sub-intensiva, Pneumologia o Malattie Infettive falciati dal D.M. 70.

Si è così evidenziato un generale sentimento di adesione a questo bene comune. Nel contempo, si è sviluppato un generale consenso politico sulla necessità di rafforzare il SSN e di superare le forti diseguaglianze territoriali e socioeconomiche nell'accesso e nella qualità dei servizi, amplificate da questa pandemia. La consapevolezza che questo fenomeno infettivo non rappresenti una evenienza irripetibile ma un cambiamento epocale del quadro epidemiologico, dopo molteplici “campanelli di allarme” che avevamo ignorato, pone come prioritario – per la salute, l'economia, e la stessa sicurezza del nostro Paese – un cambio di passo nell'ambito della sanità pubblica e della ricerca biomedica. Si tratta di una “occasione” da non perdere per ridisegnare il ruolo dello Stato e dei sistemi di welfare per i prossimi decenni, in considerazione della disponibilità delle risorse finanziarie del PNRR, comunque inferiori a quanto messo a disposizione per il bonus villette (oltre 33 miliardi), e **del consenso della popolazione, che avverte il problema salute come la crescente e maggiore preoccupazione di questi anni e di quelli che ci attendono**. I governi si trovano, nel nuovo contesto post pandemico, complicato dal pericolo di una recessione economica annunciata da plurime autorevoli istituzioni internazionali, di fronte a due scelte obbligate: garantire che i cittadini possano mantenere un tenore di vita

dignitoso durante questa crisi e soddisfare i bisogni di salute della popolazione garantendo i servizi essenziali con le risorse necessarie. Come sosteneva Roy Romanow, non esistono standard predefiniti, la scelta dipende dal sistema valoriale e dalle priorità dei singoli Paesi. E comunque i diritti fondamentali vanno finanziati anche durante periodi di crisi economica. Il compito di chi cura, il nostro compito, è invece quello di continuare a rendere chiare le conseguenze per la salute derivanti dalla mancata protezione delle comunità sia dalle crisi del costo della vita, sia dalla riduzione dei servizi sanitari e proporre concrete soluzioni per un sistema che avrebbe disperatamente bisogno di risorse certe e non legate all'andamento del PIL e di una guida politica forte, stabile e sicura.

Purtroppo, passata la fase acuta della pandemia, la sanità, che è stata, per molti anni, il portafoglio o, se preferite, il bancomat delle politiche di austerità, è ben presto tornata a occupare la parte bassa della classifica delle priorità del Paese. La conferma che non fosse in vista alcun rafforzamento del SSN è arrivata già nell'aprile 2021, con la Nota Aggiuntiva al DEF quando il Governo ha reso note le previsioni di andamento della spesa sanitaria pubblica, successivamente confermate nel DEF 2022. Se dal 2017 al 2019 la percentuale di spesa sanitaria pubblica era rimasta ferma al 6,6% del PIL (tra le più basse in Europa), impennandosi al 7,5% nel 2020 a causa delle spese COVID, la spesa tendenziale per gli anni successivi è decisamente al ribasso: 7,2 nel 2021, 7% nel 2022; 6,6% nel 2023, 6,3 %nel 2024 e addirittura 6,2% nel 2025. Un pessimo segnale che, se non contrastato da nuove iniezioni di risorse finanziarie e professionali, indica il ritorno allo scenario che, a partire dal 2009, ha penalizzato il SSN, riducendo risorse umane e strutturali, tagliando l'offerta pubblica di servizi, provocando lo scandaloso allungamento delle liste d'attesa, e favorendo l'espansione dell'offerta privata, trainata anche dalla diffusione di varie forme di fondi aziendali e assicurazioni con prestazioni sostitutive dell'offerta pubblica. Eppure si sono negli anni accumulate evidenze che dimostrano in modo inequivocabile come la spesa sanitaria pubblica, se ben programmata e finalizzata, non sia un "costo passivo", bensì una risorsa per gli effetti positivi significativi che può avere sullo stato di salute di una popolazione con riduzione della morbilità e della mortalità, sulla coesione sociale svolgendo funzioni di "ammortizzatore sociale" e in ultimo, ma non per ultimo, per la sua azione di volano economico diretto agendo come stimolatore della produttività in campo biomedico, farmaceutico, biotecnologico ed informatico. Gli effetti prevedibili sul PIL sono di crescita e non di riduzione.

La lezione della pandemia non è servita. Diversi indizi stanno anzi a indicare che è sempre più attuale il disegno di privatizzare la sanità italiana, iniettandovi generose dosi di mercato.

LE LISTE D'ATTESA E IL RISCHIO DI PRIVATIZZAZIONE DEL SSN

I numeri sono eloquenti. E quelli della pandemia sommersa, dei malati e delle prestazioni lasciate indietro dalla urgenza pandemica, parlano di una frattura tra servizio sanitario e consenso dei Cittadini. Le prestazioni sanitarie non effettuate nel periodo della emergenza pandemica si contano in milioni di visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ricoveri, interventi chirurgici, procedure di screening per tumori, con decine di migliaia di mancate diagnosi. Una montagna di richieste inevase ha portato le liste di attesa a misurarsi in semestri, se non in anni, con una incidenza non trascurabile su qualità e durata della vita dei Cittadini. Senza considerare l'impatto che sta avendo, e sempre più avrà in futuro, il long-Covid, che colpisce una quota non trascurabile di guariti che necessitano di controlli e cure per i sintomi persistenti che manifestano. E non basteranno certo le risorse economiche stanziare, e nemmeno spese dalle Regioni, per incentivare medici ed infermieri a lavorare oltre il debito orario contrattuale, anche perché non può essere considerata attrattiva una retribuzione oraria di appena 60€ (produttività aggiuntiva) per lavorare magari di notte e nel week end, lordi ovviamente, come se lo Stato non riprendesse ai medici con la mano destra, prima ancora che venga incassata, la metà di quello che paga con la sinistra. Nemmeno a pensarci di concedere ai medici pubblici ciò che è stato concesso agli insegnanti pubblici ed a tutti i lavoratori privati, a spese delle tasse di tutti, cioè la fiscalità di vantaggio per questa parte accessoria del salario, strettamente legata alla produttività. Nemmeno a pensarci di rispettare l'impegno preso dal Governo nel Patto per il Lavoro pubblico del 10 marzo 2021 in merito alla defiscalizzazione e decontribuzione della retribuzione accessoria.

I Cittadini sono costretti a tagliare le attese rivolgendosi al privato, quando non vi siano indirizzati dalle stesse Regioni, ovviamente su linee produttive ad alta remuneratività, lasciando al pubblico tutto il peso della emergenza e della urgenza e rarefacendo l'attività di elezione, specie chirurgica. Del resto la ripresa delle attività ordinarie nel SSN è ancora molto lenta per la mancanza di personale e per il persistere, soprattutto nel primo quadrimestre dell'anno, di ricoveri legati a casi di Covid 19. E speriamo di non dover affrontare nel prossimo autunno/inverno una nuova ondata epidemica. Il privato, pertanto, diventa sempre più attrattivo, anche per la possibilità di un trattamento fiscale agevolato del reddito prodotto. Per la medicina di famiglia o specialistica ambulatoriale si aggiunge il fatto di non prevedere il lavoro notturno e festivo. Soprattutto, il lavoro nel privato è considerato meno stressante: si affronta una casistica di elezione e la remunerazione, particolarmente in ambito chirurgico, è elevata. Il cambiamento culturale e sociologico è così forte che sempre di più i neo laureati ambiscono a specializzazioni spendibili sul mercato privato (cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, chirurgia plastica...), allontanandosi da quelle considerate più gravose e rischiose (Medicina di

Emergenza/Urgenza, Chirurgia Generale...) che non riescono più a saturare i contratti di formazione disponibili annualmente.

Anche gli investimenti previsti dal PNRR per la domiciliarità dell'assistenza rischiano di essere dirottati verso organizzazioni di tipo privato che entreranno in concorrenza con quelle pubbliche costrette a partire da posizioni di svantaggio per la cronica carenza di personale, in particolare infermieristico. Si rischia di indebolire la presa in carico globale e integrata dei problemi di salute dei cittadini da parte dei servizi pubblici e di frammentare i processi di assistenza e cura. È evidente che la logica di mercato è di problematica applicazione all'impresa di salute. Vi sono malati che non "rendono", come grandi traumi, infezioni gravi, anziani poli-patologici, malati di HIV, tutti curati negli ospedali pubblici. E il perché è molto semplice. Negli ospedali pubblici medici e infermieri sono sempre tenuti a fornire una prestazione, a prendersi carico dell'ammalato mentre le strutture private tendono a selezionare le patologie di loro interesse, cioè quelle su cui possono avere un margine di guadagno economico in base al DRG pagato dal sistema pubblico. Ma in mancanza di adeguate risorse, la prospettiva è quella di una privatizzazione lenta ma inesorabile del nostro SSN per arrivare ad un sistema duale: uno povero e residuale per i poveri ed uno ricco in risorse, tecnologie e professionalità, sostenuto da assicurazioni e fondi "integrativi", per i ricchi.

IL DISAGIO MEDICO: LA GRANDE FUGA DAGLI OSPEDALI

La fuga dei medici con l'esodo annunciato di 40.000 medici ospedalieri tra il 2019 e il 2024 mette a rischio la stessa sostenibilità del sistema sanitario, già avviato lungo la china di una privatizzazione non più strisciante. Una fuga senza precedenti, da Regioni con storie, organizzazioni e realtà sanitarie completamente diverse. Ma unite da un comune sentire: i medici non vogliono più lavorare in ospedale e se ne vanno.

Non solo pensionamenti, perché anche i medici sono vittime del fenomeno meglio noto con l'espressione "**Great Resignation**", il significativo aumento delle dimissioni, che vede un numero crescente di persone in numerosi ambiti lavorativi lasciare il loro impiego. Le cause che portano a questa drastica decisione sono le più svariate: dal *burnout*, alla ricerca di un posto che preservi il proprio benessere, al desiderio di poter avere la possibilità di gestire le giornate di lavoro difendendo il *work-life balance*. Complice dell'innescarsi di questo meccanismo è stata sicuramente la pandemia che ha nettamente peggiorato le condizioni di lavoro negli ospedali.

Il fenomeno delle dimissioni dagli ospedali, con i medici che decidono di abbandonare il tanto ambito e prestigioso posto a tempo indeterminato, è una evidenza recente ed è stato già analizzato ampiamente dall'Anaa Assomed.

Il fenomeno in sé non è nuovo ma i dati del Conto Annuale del Tesoro (CAT) evidenziano che dal 2017 in tutta Italia si assiste ad una sua vera e propria esplosione con un trend in progressivo aumento.

I dati del 2020 e del 2021, tratti dal database Onaosi, confermano il persistere di una quota importante di licenziamenti (da 2000 a 3000/anno) che si aggiungono alle uscite per pensionamento.

Il 2020 è l'*annus horribilis* della prima ondata pandemica, e poi della seconda. A meno che il nuovo lavoro non fosse pianificato da tempo, i medici dipendenti hanno rallentato i licenziamenti per non abbandonare i Colleghi proprio durante la peggiore crisi sanitaria dell'ultimo secolo affrontata da tutti con un ammirevole senso responsabilità, che ha valso loro l'appellativo di "eroi". Purtroppo degli eroi ci si è presto dimenticati.

Come abbiamo già visto il carico di lavoro per i medici ospedalieri è andato ben oltre la gestione dei malati Covid. Il tutto, con la aggiunta dell'enorme carico emotivo legato all'alto numero di contagi e alle morti per Covid tra gli stessi operatori sanitari, in un contesto che già lamentava pesanti carenze di organico (- 48 mila addetti tra il 2009 e il 2019).

E dunque, nel 2021, riprende la grande fuga: **2886 medici ospedalieri, il 39% in più rispetto al 2020 ha deciso di lasciare la dipendenza dal SSN** e proseguire la propria attività professionale "altrove" (dati derivati dal database ONAOSI sulla cessazione della contribuzione obbligatoria).

Nel 2021 la media nazionale dei medici dipendenti che hanno deciso di licenziarsi è stata del 2,9%. Una fuga senza precedenti, da regioni con storie, organizzazioni e realtà sanitarie completamente diverse. Ma unite da un comune sentire: i medici non vogliono più lavorare in ospedale e se ne vanno.

Cosa cercano? La domanda sarebbe d'obbligo, per chi volesse in qualche modo limitare la fuga, salvare la nave che affonda.

Cercano orari più flessibili, maggiore autonomia professionale, minore burocrazia. Cercano un sistema che valorizzi le loro competenze, un lavoro che permetta di dedicare più tempo ai pazienti e poter avere a disposizione più **tempo** anche per la propria vita privata, senza sacrificare la famiglia.

Raramente la motivazione principale è la maggiore remunerazione.

Anche a causa del blocco del turnover, i turni di servizio per i singoli operatori sono in netto incremento numerico negli ospedali italiani, con weekend quasi tutti occupati da guardie e reperibilità, difficoltà perfino nel godere delle ferie maturate, straordinari non retribuiti. Il lavoro non solo è diventato sempre più gravoso ma gli operatori sanitari sono costretti quotidianamente ad affrontare rischi crescenti legati ad aggressioni, sia verbali che fisiche, e denunce in sede legale. In particolare è da considerare che la presenza

delle donne in sanità è in progressivo aumento e i turni disagiati previsti dal lavoro in ospedale non consentono loro di dedicarsi alla famiglia come vorrebbero.

Anche le possibilità di carriera sono state rese scarse: in Italia nel 2009 i direttori di Struttura Complessa, cioè l'apice della carriera professionale, erano 9691, nel 2019 solo 6629, il 31,5% in meno. I Responsabili di Struttura Semplice, il livello immediatamente inferiore, nel 2009 erano 18.536, dopo 10 anni il 44% in meno, cioè 10.368.

Sono questi i fattori che sostengono il dato riscontrato in varie ricerche di un *burnout* in incremento tra gli operatori sanitari e di malattie stress correlate sempre più diffuse. Le dimissioni volontarie in questo contesto assumono il significato di un tentativo di sottrarsi ad un lavoro usurante e poco gratificante, caratterizzato da scarsi riconoscimenti e da un carico, anche emotivo, troppo elevato.

La drammatica esperienza di aver gestito le ondate pandemiche senza poi assistere ad un concreto investimento nella sanità pubblica che riducesse i carichi di lavoro, soverchiati da slogan da propaganda, ha definitivamente tolto ogni illusione di cambiamento. Di fatto, il PNRR rischia di rilevarsi un'operazione edilizia ed il rapporto spesa sanitaria/PIL scenderà come abbiamo appena sottolineato sino al 6,2% nel 2025, meno di quello che era prima della pandemia e le risorse reali potrebbero essere anche meno di quelle preventivate per la riduzione del PIL prospettata.

Il quadro che emerge lascia presagire il progressivo declino della sanità universalistica, per come la conosciamo. Si dovrebbe considerare, infatti, che il livello attuale delle uscite (pensionamenti + dimissioni volontarie) è tale da mettere seriamente in pericolo la tenuta del SSN visto che di fronte ad uscite di circa 7.000 medici specialisti ogni anno, l'attuale capacità formativa della Università è pari a circa 6.000 neo specialisti, di cui, ad essere ottimisti, al momento solo il 65% accetterebbe un contratto di lavoro con il SSN.

Per evitare il disastro è necessario procedere alla rapida stabilizzazione del precariato aumentando le risorse, superando i limiti della legge "Madia", e serve un cambiamento radicale nella formazione post-laurea. Occorre, in pratica, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici specializzandi di raggiungere il massimo della tutela sindacale e previdenziale e al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche per far fronte a una importante carenza che si prolungherà ulteriormente per almeno quattro anni. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione attuale in un contratto a tempo determinato di formazione/lavoro con oneri previdenziali e accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete ospedaliera regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

LA CRISI DEL PRONTO SOCCORSO: SPECCHIO DELLA CRISI DELL'INTERO SISTEMA.

Le cronache di questi giorni in merito alla crisi dei Pronto Soccorso purtroppo non sono nuove e si ripetono ciclicamente da almeno 20 anni, in particolare durante i picchi influenzali invernali e quelli di calore estivi. Oscurate dall'emergenza Covid, che ha tenuto i pazienti lontano dalle sale del PS per il timore di un contagio, tornano oggi a riempire le pagine dei giornali con casi eclatanti come quello del Cardarelli e del San Camillo. E dire che la china che stava prendendo il SSN era sotto gli occhi di tutti, tra tagli ai posti letto, alle strutture e al personale e dall'Anaaò descritta con puntuali e profetici studi fin dal 2011.

“Pronto soccorso al collasso”, “Mancano 4000 medici di emergenza/urgenza”, “Non c'è posto per te”, “Ambulanze ferme fuori dal PS” e via dicendo. Migliaia di volte abbiamo sentito queste notizie riferite a crisi vissute anche tra le strutture sanitarie più importanti del nostro Paese, non da ultima la vicenda del Cardarelli di Napoli o del San Camillo a Roma, ma salvo scandalizzarsi per qualche giorno, alla fine nel tempo si è deciso di fare ben poco per porre rimedio a questa situazione che però ogni anno è destinata inesorabilmente a diventare sempre più esplosiva.

I problemi ci sono sempre stati fin dalla nascita del SSN ma una popolazione più giovane e più risorse per il sistema tra gli anni '80 e i primi '90 hanno *de facto* vicariato il problema organizzativo. Poi sono arrivate le crisi economiche di metà anni '90 e poi quella del 2008/2009 ed è iniziato quel lento e inesorabile processo di contrazione dei finanziamenti della sanità pubblica che oggi tocchiamo con mano contro il quale ci si è mossi solo in questi due anni di pandemia ma con previsioni (vedi DEF 2022) di un ritorno frettoloso al contenimento dei costi a breve, almeno per la parte corrente delle risorse. E verosimilmente l'economia di guerra, l'incremento dell'inflazione e il calo del PIL che si prospettano incideranno di nuovo sul livello di finanziamento del SSN.

E dire che i numeri, richiamati opportunamente in un recente lavoro su *Quotidiano Sanità*, avrebbero dovuto insegnarci qualcosa.

Per quanto attiene i **posti letto**, se si risale alla dotazione di inizio del nuovo secolo il calo è molto importante: nel 2000 c'erano di degenza ordinaria ben 272 mila posti letto, oltre 80 mila in più rispetto al 2019. L'Italia sconta uno dei tassi più bassi di posti letto per mille abitanti di tutti i paesi OCSE: 3,2 contro una media del 4,4.

Male anche il **personale sanitario**. Nel 2009, punto più alto per le dotazioni organiche nel SSN, si poteva contare su 693 mila unità. Di questi, i medici erano 106,8 mila e 264,1 mila gli infermieri. Con la dieta di finanziamenti e il blocco del turnover nel 2019, immediatamente prima della pandemia, tale personale ammonta a circa 649 mila unità (-44 mila) e risulta così ripartito: il 72,2% ruolo sanitario, il 17,5% ruolo tecnico, il 10,1% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale. Nell'ambito del ruolo sanitario, il

personale medico a tempo indeterminato è costituito da 102,3 mila unità e quello infermieristico da 256,4 mila unità.

Ma la dieta ha colpito anche **le strutture**. Se si guarda a questi primi 20 anni del nuovo secolo: nel 2000 gli ospedali erano 1.321, oggi sono 992, oltre 300 in meno in quasi 20 anni.

Siamo di fronte a numeri spietati. Negli anni 2000 l'ospedale è stato praticamente svuotato, ridotto ad un "Ospedale minimo". Purtroppo nel contempo nulla è stato fatto per potenziare l'assistenza territoriale. Ora c'è il PNRR che con il D.M. 71 proverà a mettere in campo un processo di riorganizzazione, ma la riforma, prima di far vedere i suoi effetti dovrà essere realizzata (e numerose problematiche si affacciano all'orizzonte). E quindi come ha affermato il Ministro Speranza avremo ancora "qualche anno difficile da gestire".

L'Anaa Assomed, di fronte alla situazione dei Pronto Soccorso, chiede misure straordinarie per evitare il collasso dell'intera sanità ospedaliera. Le immagini del PS dell'Ospedale Cardarelli, che tanta indignazione hanno suscitato, sono figlie della crisi strutturale del sistema di emergenza-urgenza appena descritta. E la latitudine non c'entra, visto che lo stato dei Pronto Soccorso è rimasto l'unico elemento nazionale di un Servizio Sanitario balcanizzato. Come dimostrano le notizie di stampa sul S. Camillo di Roma e su altri ospedali italiani e le contestuali dimissioni di molti operatori di ogni ordine e grado da Napoli a Firenze o a Vicenza, un'altra faccia della stessa medaglia.

La trasformazione dei PS da strutture deputate all'emergenza e all'urgenza in ambienti inadeguati, insicuri e, non di rado, indecenti, ha la sua prima causa nel fenomeno della lunga attesa (il cosiddetto *boarding*) di un posto letto che non c'è a causa dei tagli che hanno introdotto più "moderni" posti barella. In assenza di una contestuale riforma delle cure primarie che ancora latita che potrebbe ridurre l'enorme afflusso di pazienti con problemi clinici a bassa priorità che dovrebbero essere osservati e trattati fuori dall'ospedale.

La sottrazione progressiva e inesorabile di risorse umane ed economiche alla Sanità pubblica ha lasciato aperta la sola porta dei PS per garantire il diritto a curarsi e ad accedere in poche ore ad accertamenti diagnostici. In che condizioni per pazienti e medici e infermieri, costretti a vivere lo stesso dramma su fronti contrapposti, è sotto gli occhi di tutti. Gli ospedali sono diventati i più grossi ammortizzatori sociali del Paese, simbolo del profondo malessere in cui sta precipitando il SSN.

La tempesta perfetta si è poi scatenata quando il lavoro in PS, caratterizzato da stress psico-fisico e numerosi turni di notte e nel week-end, è diventato gravoso per i medici oltre i 50 anni e non più attrattivo per i giovani. La miscela costituita da turni e orari senza limiti, difficoltà perfino ad andare in ferie, rarefazione delle progressioni di carriera, burocrazia

asfissiante, svilimento di un ruolo che una volta era professionale e oggi banale fattore di produzione, crescita dei rischi di denunce e aggressioni verbali e fisiche, in assenza di valorizzazione economica, ha portato al rifiuto dei giovani a entrare e alla fuga dei meno giovani. Questo spiega il flop dei concorsi, in Campania come altrove.

Come abbiamo visto, siamo ai margini dell'Europa come numero di posti letto per mille abitanti, palesemente insufficiente per una popolazione in piena transizione demografica ed epidemiologica come quella italiana, sotto la media UE per le risorse destinate alla Sanità. E la Campania è al di sotto dello standard nazionale. Avere pensato di riorganizzare ed "efficientare" il sistema sanitario attraverso tagli lineari su posti letto e dotazioni organiche rappresenta una sciocchezza prima di essere un errore. Ridurre l'offerta pensando che la domanda si adeguasse è stato un cinico azzardo, che ha avviato la sanità ospedaliera ad un rapido peggioramento. **Ma non esiste sanità senza ospedali. E non esistono ospedali senza medici.** Le risposte che molte Regioni mettono in campo hanno le stigmate della disperazione e le soluzioni appaiono rabberciate, spesso con ricadute peggiori del problema che vorrebbero risolvere.

Si pensi un momento all'intervento delle **Cooperative** cui viene appaltata la copertura dei turni di servizio, un fenomeno non più a macchia di leopardo ma che in realtà ha assunto le caratteristiche di una vera e propria sostituzione del sistema pubblico con quello privato. Nessuno controlla la formazione, il possesso della specializzazione e i carichi di lavoro precedenti di questi Colleghi, in genere pensionati, libero-professionisti o neolaureati, ma soprattutto da operatori estranei all'attività dell'équipe che lavora nel PS, poco conoscono dell'azienda, dei reparti e del territorio, dei protocolli adottati e delle risorse disponibili in termini diagnostico- terapeutico, tutti elementi che incidono pesantemente sulla qualità e sicurezza delle cure, che è parte costitutiva del diritto alla salute in base alla Legge 24 del 2017.

Per questo, senza esitazione, affermiamo che la possibilità di ricorrere alle agenzie di somministrazione lavoro in questi ambiti andrebbe dichiarata illegale. Criticità emergono anche per altre modalità emergenziali di copertura dei turni di lavoro in PS come il trasferimento, spesso forzoso, nell'area di emergenza/urgenza di Colleghi delle UU.OO di area medica o chirurgica: una scelta che serve solo a traslare i problemi organizzativi in altri ambiti perché non si considera che le carenze di personale negli ospedali oramai sono diffuse e interessano tutte le aree specialistiche.

Servono investimenti, un aumento della spesa corrente per un adeguamento degli organici, sia in PS che nei reparti, insieme con l'aumento dei posti letto ordinari, soprattutto per le specialità mediche. Serve creare le condizioni per rendere desiderabile il lavoro del medico, nel PS e nelle corsie, riducendo il disagio derivante dal sovraccarico

lavorativo, aumentando le retribuzioni, prevedendo per il sistema dell'emergenza/urgenza interventi dedicati come una indennità economica specifica, riconoscimento di vantaggi previdenziali per il lavoro disagiato svolto, assegnazione di 10 giorni aggiuntivi di ferie annuali per favorire il recupero psico-fisico, incremento delle indennità notturne e festive, garantendo certezza attuativa al contratto di lavoro e alle disposizioni di legge (decreto "Calabria" relativamente all'incremento dei fondi per la retribuzione accessoria; commi 435 e 435 bis delle ultime Leggi di Bilancio per il recupero della RIA da destinare all'incremento delle indennità di lavoro disagiato). E, come accade in tutta Europa, associare la formazione dei medici specializzandi degli ultimi anni a una attività lavorativa adeguatamente retribuita. Interventi strutturali, non provvedimenti tampone, per evitare che il diritto alla salute venga affidato alla carta di credito oltre che al luogo di residenza.

COSA MANCA NELLA MISSION 6 DEL PNRR?

Le criticità emerse in ambito ospedaliero durante la pandemia possono essere così sintetizzate:

- carenza di posti letto e personale;
- strutture concettualmente superate, «rigide», senza possibilità di riserve in caso di emergenza; impossibilità spesso di separare i percorsi tra "sporco" e "pulito";
- impiantistica e tecnologia diagnostica obsoleta;
- rischio sismico importante con impossibilità per gli edifici più vecchi di essere adeguati alle nuove normative e sistemi antincendio spesso non conformi alle direttive;
- scarsa integrazione tra Ospedale, Territorio e Sociale.

Superate le ondate pandemiche, occorrerà mettere il SSN nelle condizioni di affrontare eventuali nuovi traumi senza pagare un alto tributo in termini di vite umane e senza interrompere le attività ordinarie. Per quanto riguarda il versante ospedaliero, se si esclude l'incremento dei contratti di formazione post-laurea per il concorso 2021, fortemente voluto dal Ministro Speranza, ancora non scorgiamo nei provvedimenti del Governo una piena consapevolezza di questa sfida.

A partire dal PNRR, significative risorse sono state stanziare per la realizzazione di strutture territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità) considerate carenti nel nostro Paese. Contemporaneamente si cerca, con finanziamenti peraltro insufficienti, di risolvere parte delle criticità emerse durante la pandemia in merito allo stato delle strutture ospedaliere, vetuste e poco flessibili, all'obsolescenza delle tecnologie diagnostiche e al ritardo digitale. Non basta, però, l'adeguamento strutturale degli edifici per migliorare la cura dei pazienti, così come tecnologia e posti letto, senza il personale necessario, rischiano di ridursi a semplici arredi.

L'istituzione delle case di comunità, degli ospedali di comunità, possono rappresentare un punto di svolta solo se accompagnato da una reale integrazione delle strutture e la messa a punto di protocolli assistenziali che prevedano un percorso predefinito per le diverse patologie.

In questo sistema integrato il medico di famiglia può giocare un ruolo decisivo solo se uscirà anch'esso da quella auto referenzialità del libero professionista che lavora tutto solo nel suo microcosmo, soffocato dalla burocrazia e totalmente isolato dal resto delle altre strutture di distretto e dal contesto.

Purtroppo non vi è nel PNRR alcun accenno, nemmeno in una prospettiva futura, alla necessità di aumentare le dotazioni organiche negli ospedali, anche per affrontare con finanziamenti strutturali, ovviamente a carico del FSN, la pandemia sommersa creata dalle decine di milioni di prestazioni negate e rinviate causa Covid-19, alla riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di prevenzione, specie nelle regioni meridionali.

Le criticità disvelate dalla pandemia, figlie della scure di ieri che ha minato la sanità nelle sue basi economiche e umane, richiedono, a nostro parere, politiche aggiuntive come:

- migliorare la capacità di adeguamento rapido della risposta ospedaliera nei confronti di picchi di domanda derivanti da nuove emergenze epidemiologiche;
- progetti per minimizzare l'impatto che nuove ondate epidemiche o altri tipi di maxi emergenze potrebbero determinare sul trattamento delle patologie «ordinarie», sia acute che croniche;
- azioni specifiche per migliorare il profilo sanitario delle Regioni che non riescono a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, al fine di ridurre il fenomeno della migrazione sanitaria;
- attenzione al “capitale umano”.

Malauguratamente per lungo tempo la discussione è stata incentrata solo sullo stato giuridico dei medici di medicina generale come se il passaggio alla dipendenza fosse una condizione indispensabile per migliorare l'offerta sanitaria nei nuovi modelli organizzativi territoriali disegnati e finanziati con il PNRR. A mio parere sarebbe stato più proficuo discutere di funzioni da svolgere e di obiettivi da raggiungere, come la gestione della cronicità attraverso lo strumento della medicina di iniziativa, la gestione delle acuzie non complicate attraverso un modello di risposta assistenziale h24, la domiciliarità delle cure e dell'assistenza per garantire prossimità ai pazienti fragili, la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e così via. Dal punto di vista degli ospedalieri, è importante migliorare la risposta dei servizi sia nella fase pre-ospedaliera che in quella post-ospedaliera incrementando la capacità di filtro verso l'ospedalizzazione e favorendo la presa in carico dei pazienti dimessi sia a domicilio che nelle strutture di cure intermedie (Ospedali di Comunità) dove gli specialisti, in particolare di medicina interna e geriatria, potrebbero svolgere un ruolo clinico e organizzativo fondamentale. Questa circolarità delle

cure e dell'assistenza non può che basarsi su una piena integrazione tra cure primarie e cure specialistiche. Dovremmo assumere il CCNL e l'ACN come strumenti di innovazione del sistema, di un progetto comune rifondativo dell'impianto unitario del SSN, di governo partecipato ed elementi costitutivi del PNRR. Per questo auspichiamo lo spostamento dei tavoli di confronto al Ministero della Salute per meglio governare gli obiettivi di integrazione tra la fase ospedaliera e quella territoriale.

IL REGIONALISMO DIFFERENZIATO

Questa pandemia ha soprattutto messo in evidenza la necessità di una più solida cornice unitaria dei servizi sanitari regionali e di un potenziamento della capacità – politica e tecnica – di indirizzo programmatico nazionale; è pertanto indispensabile espellere il tema Sanità dalla eventuale attuazione dell'autonomia regionale differenziata. La pandemia ha in particolare dimostrato come sia pericolosa una deriva federalista. Basti pensare alle difficoltà incontrate dagli Usa nella gestione del contrasto al Sars-CoV-2 con le diverse politiche adottate dai singoli stati che compongono l'Unione. Fondamentale sarebbe stato, invece, assicurare una unica ed esclusiva regia nazionale. L'articolo 117 della Costituzione riserva già allo Stato i compiti in materia di profilassi internazionale. L'articolo 120 della Costituzione consente già al Governo di sostituirsi alle Regioni in caso di pericoli gravi per la salute. La legge 833 del 1978 già assegna al Ministro della Salute il compito di intervenire in caso di epidemie. Se vogliamo avere capacità di reazione tempestiva ed omogenea contro le patologie infettive ed altre maxi-emergenze dobbiamo ridefinire la catena di comando e le responsabilità esecutive.

Le misure di contrasto possono anche essere differenziate per territorio, ma debbono essere omogenee ed ispirarsi agli stessi criteri generali. Purtroppo, anche in Italia, almeno nelle prime fasi della diffusione epidemica, non sempre si sono seguiti questi principi, tra l'altro consacrati da due pronunce recenti della Corte costituzionale. Questa ha stabilito in modo inoppugnabile che il contrasto alla pandemia è materia di competenza esclusiva dello Stato. Inoltre, la pandemia ha messo in luce tra le Regioni persistenti e rilevanti disequaglianze nella esigibilità di un diritto unico ed indivisibile come quello alla salute e la chiara violazione di quella norma dell'articolo 120 della Costituzione che prevede la tutela dell'unità giuridica ed economica *“e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali”*.

Come ha ben scritto Sabino Cassese, *“la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni, che concerne diritti civili e sociali, non tollera una diversità di questi diritti sul territorio. Il diritto alla salute di un calabrese non ha una portata giuridica diversa dal diritto alla salute di un piemontese. Se questo è vero, non si può mettere in dubbio la necessità, da un lato, di un servizio sanitario che sia autenticamente nazionale; dall'altro, di livelli essenziali delle*

prestazioni che vanno obbligatoriamente assicurati per tutto il territorio nazionale a beneficio di tutti i cittadini e residenti sul territorio nazionale”.

La regionalizzazione della sanità è stata basata sul presupposto che avvicinare i livelli decisionali ai luoghi dove vivono i cittadini avrebbe migliorato qualità ed efficienza dei servizi erogati.

La riforma puntava ad un federalismo solidale ma ha prodotto una deriva regionalista, di cui il regionalismo differenziato rappresenta l'ulteriore evoluzione egoistica, con 21 differenti modelli organizzativi facendo perdere al nostro sistema sanitario il suo carattere nazionale ed anche la sua capacità di coordinamento degli interventi di sanità pubblica. Da qui bisognerebbe ricominciare, eventualmente anche conservando la sanità tra le materie concorrenti, ma in modo che le Regioni non vadano ognuna per conto proprio, costituendo dei veri propri servizi sanitari regionali autonomi, riconoscendo allo Stato maggiori poteri di indirizzo e verifica nelle politiche sanitarie.

Sono infatti molto marcate le differenze territoriali tra Nord e Sud nella dotazione di infrastrutture sanitarie, nella disponibilità di personale, nelle risorse pubbliche pro capite assegnate. Ne derivano diseguaglianze emblematiche e inaccettabili come dimostrano in modo tanto eclatante quanto preoccupante i dati relativi all'aspettativa di vita, alla mortalità infantile o al cosiddetto “turismo sanitario” che costringe i cittadini del Sud ad inseguire la speranza di guarigione dalla malattia in Regioni diverse da quella di residenza.

In sintesi, la devoluzione regionale per come è stata realizzata si è rilevata un fallimento; la riforma del Titolo V della Costituzione appare quindi non rinviabile; anche il processo decisionale della Conferenza Stato-Regione deve essere reso efficace e trasparente.

Non si tratta di ricentralizzare l'erogazione delle prestazioni la cui organizzazione rimane in mano alle Regioni, ma tutte le strutture tecniche dello Stato vanno rafforzate, per dare ad esso la possibilità di intervenire prontamente dove l'erogazione dei LEA fosse deficitaria e tale da mettere a rischio la salute dei cittadini.

Una concezione federalista della sanità, forse, può essere adatta a rispondere in modo più appropriato ai bisogni di assistenza clinica e territoriale ma non è in grado di mettere in campo una strategia uniforme, omogenea ed efficace di prevenzione primaria e sanità pubblica. I virus e le malattie contagiose non hanno confini. Bisogna definire i servizi che hanno quale dimensione ottimale la nazione, e quelli che hanno come dimensione ottimale la Regione.

LA FEMMINILIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE

Il Conto annuale dello Stato relativo al 2019 e al 2020 certifica tra la Dirigenza medica e sanitaria del SSN il sorpasso, della componente femminile su quella maschile. Nei prossimi anni questa forbice si allargherà sempre di più e saranno principalmente le donne a doversi far carico degli squilibri e delle problematiche connesse alle difficoltà organizzative e all'aumento dei carichi di lavoro negli ospedali e nei servizi territoriali. Le

donne hanno da sempre sulle proprie spalle il peso più consistente del *caregiving* in ambito familiare, la cura dei figli e dei genitori anziani. Su questo scenario si è innestato l'impatto devastante della pandemia che ha accentuato per le donne la necessità di disporre di tempo per la cura e l'assistenza dei propri cari, sia per la chiusura delle scuole e dei centri per l'infanzia, sia per l'impossibilità di delegare ad altri la gestione dei propri famigliari per il rischio di contagio. Le donne hanno bisogno di più tempo per conciliare vita familiare e lavorativa. In questa prospettiva, le sirene del privato appaiono certamente più allettanti per chi opera nella sanità pubblica.

Si tratta di un aspetto che i decisori politici non possono più trascurare sia per la carenza attuale di specialisti, sia per la prevalenza crescente di donne tra i laureati in materie sanitarie. È necessario, pertanto, che le Aziende sanitarie mettano in campo politiche di conciliazione dei tempi vita/lavoro sfruttando gli strumenti del welfare aziendale. In particolare, bisogna puntare ad un incremento di flessibilità negli orari di lavoro, ad una concessione meno rigida di aspettative, part-time e congedi parentali, alla creazione di asili nido e promozione di attività per i figli nei periodi di chiusura delle scuole, eliminando ogni discriminazione, diretta e indiretta, nei confronti della maternità. Alcune scelte tecniche possono contribuire a raggiungere questi obiettivi, come riformare la modalità di calcolo del fabbisogno di personale parametrandolo anche sulle caratteristiche anagrafiche e di genere e promuovere tra gli obiettivi da raggiungere per le Aziende sanitarie il cosiddetto "bilancio di genere" al fine di garantire le pari opportunità all'interno delle strutture partendo da una matura analisi delle diverse ricadute che le scelte organizzative hanno sulle donne rispetto ai maschi.

Un altro aspetto a cui dare soluzione è quello della carriera delle donne medico e biologhe: solo il 16,5% delle strutture complesse nel SSN è diretta da figure femminili. Bisogna rompere il "soffitto di cristallo", quella barriera invisibile discriminatoria che impedisce alle donne di avanzare nella carriera oltre certi livelli. La gestione "fordista" della sanità, dove l'importante è produrre, dimettere, codificare andando anche oltre gli orari di lavoro contrattuale mal si concilia con l'attitudine alla "cura" tipicamente femminile. Bisognerebbe considerare, allora, altri valori come l'empatia, la capacità di ascolto e presa in carico dei problemi, non solo clinici, manifestati dai pazienti, la propensione all'innovazione, la creazione di un clima di collaborazione efficace e sereno negli ambienti di lavoro, l'attitudine ad una leadership condivisa.

II MANCATO RINNOVO DEI CONTRATTI: UN DIRITTO SINDACALE CALPESTATO

Il contesto macroeconomico in cui dovranno essere rinnovati i contratti della Sanità 2019/2021 sta rapidamente mutando. Riprende a correre l'inflazione fino al 6,9%, un livello che non veniva toccato dal 1986. La corsa travolge in particolare i prodotti alimentari incrementati del 7,5% e le spese per abitazione acqua e combustibili che aumentano del

26,4%. Del resto basti ricordare come l'indice IPCA, su cui è basato il recupero contrattuale dell'inflazione, sia depurato dall'incremento dei costi energetici.

Insomma, gli incrementi contrattuali previsti a regime, poco al disopra del 4% della massa salariale, sono stati già riassorbiti da un rialzo dell'inflazione che rischia di durare anche nel 2023. Intanto la crescita economica viene rivista al ribasso. In area euro, per il 2022 siamo scesi al 2,7% rispetto al dato precedente del 4% di incremento. Mentre per il 2023 è prevista al 2,3%.

Si prospetta una stagione sindacale problematica, con relazioni difficili con la parte datoriale. Forse è arrivato il momento di rifondare il sistema di relazioni sindacali, ritornando a quelle dell'epoca Ciampi, quando la concertazione era un obbligo vincolante per le aziende, magari recuperando spazi sindacali anche sull'organizzazione del lavoro.

Come certificato dall'Ocse nel nostro Paese gli stipendi sono diminuiti negli ultimi 30 anni del 2,9% a fronte di un incremento segnato da Francia e Germania di oltre il 30%. Le cause sono molteplici: dal PIL stagnante, alla bassa produttività ma evidentemente c'è anche un problema di contrattazione.

A inizio anno erano tre i contratti collettivi del personale della Sanità (Comparto, Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria; Dirigenza PTA) ancora da rinnovare, e se per il Comparto una settimana fa si è arrivati all'accordo preliminare, per le due aree dirigenziali non esiste al momento nemmeno una bozza di Atto di indirizzo.

Ma la mancata applicazione in periferia del CCNL 2016/2018, firmato il 19 dicembre 2019, quindi subito prima della crisi epidemica, la latitanza del CCNL 2019/2021, già scaduto ma nemmeno avviato alla contrattazione e il rinvio ad un incerto futuro del CCNL 2022/2024 non possono che influire negativamente sulla possibilità di difendere il potere di acquisto della nostra categoria nell'attuale contesto economico e sulle scelte dei Colleghi, che decidono di abbandonare il luogo di lavoro per la scarsa considerazione che il sistema mostra nei loro confronti.

I lavoratori della Sanità, osannati come eroi, ricevono in realtà attraverso un blocco contrattuale di fatto ultradecennale, livelli stipendiali tra i più bassi dei Paesi dell'Europa dell'ovest.

Infatti, le remunerazioni oramai sono ridotte a circa il 50% di quelle che offrono i paesi più avanzati in Europa, che entreranno in diretta competizione con l'Italia nella ricerca affannosa di personale sanitario nei prossimi anni, potendo godere di una situazione di evidente vantaggio per la maggiore valorizzazione delle capacità professionali oltre che per gli alti salari. Non ci si deve, allora, stupire se il 72% dei medici vuole fuggire dal SSN. Tant'è che la Regione Valle d'Aosta ha introdotto con una sua legge una "indennità di attrattività" per incentivare l'arrivo e contestualmente evitare la fuga di queste professionalità oltre il confine e anche la Regione Calabria ha deciso di intraprendere una strada simile chiedendo il riconoscimento anche per la sanità di "Zona disagiata" che

permette nel contesto di alcuni settori della Pubblica Amministrazione di erogare indennità aggiuntive.

Tra l'altro la mancata stipula del CCNL 2019/2021, ha come conseguenza il ritardo di applicazione di quanto previsto nella Legge 234/2021 (art. 1, comma 293) relativamente all'indennità di PS, una misura concreta, ancorché insufficiente, per cercare di fermare la fuga dei medici dai servizi di emergenza/urgenza.

Un contratto di lavoro deve servire anche per ristabilire il valore sociale della dirigenza medica e sanitaria e deve ridare anche un riconoscimento di valore economico al loro lavoro.

Affinché questi professionisti diano un contributo straordinario all'evoluzione del SSN, il prossimo CCNL non può essere la semplice riproposizione tardiva e sofferta, ed economicamente insignificante, del contratto scaduto.

LA NECESSITÀ DI NUOVI ASSETTI ISTITUZIONALI DELLA SANITÀ PUBBLICA

Il personale medico e sanitario ha subito, soprattutto nell'ultimo decennio, un progressivo svilimento del proprio ruolo dirigenziale e professionale: è stato escluso dalle pianificazioni e dalle programmazioni aziendali e regionali per essere costretto ad un ruolo di operaio superspecializzato di una fabbrica fordista con tanto di tempari e retribuzione legata al cottimo.

L'esclusione dai processi decisionali dei professionisti del SSN, la parte di personale dotata di un bagaglio formativo universitario e specialistico tra i più vasti e importanti nella PA, è quanto meno una forma di ostracismo corporativo che denota la poca lungimiranza dell'area politica e burocratico-amministrativa che gestisce oggi l'azienda sanitaria.

Diventa necessario un riconoscimento ai medici di un ruolo decisionale nella *governance* delle aziende, ripensando l'attuale modello, un potere assoluto verticistico e monocratico su cose e persone, ormai giunto al capolinea senza migliorare la qualità del servizio e senza mettere in ordine i conti, introducendo forme di partecipazione a modelli organizzativi ed operativi che riprendano il tema del **"governo clinico"**.

La complessità del mondo sanitario non può, in sostanza, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendalista, usati anche con non celate forme di autoritarismo, escludendo dai processi decisionali le categorie professionali nella illusione di costruire maxi aziende con mini medici.

Ridare centralità, autonomia e dignità alla componente professionale, oggi schiacciata dall'autoritarismo del pareggio di bilancio, dagli adempimenti burocratici e dagli obiettivi delle direzioni aziendali, non è una scelta del tavolo contrattuale ma è una scelta politica. Sta alle parti politiche aprire un tavolo di confronto su questi temi. Chi vuole un SSN

competitivo, efficiente, innovativo, deve attivare tutte le risorse professionali che lo compongono, non bastano i soldi del PNRR se gli attori della sanità pubblica saranno costretti ad operare secondo modelli superati e anacronistici.

La mancanza di un'idea riformatrice imperniata su un nuovo equilibrio di poteri tra management e operatori rende sterile ogni prospettiva di cambiamento.

Di fatto nel dibattito attuale viene riproposto il vecchio modello in cui una burocrazia, spesso condizionata e indirizzata dalla parte pubblica, gestisce in modo autocratico e con formule impropriamente mutuata dal mercato, un contesto istituzionale in cui operano una pluralità di soggetti con contenuti professionali molto sofisticati.

È arrivato il momento di superare il potere monocratico del Direttore generale introducendo un comitato di amministrazione sul modello tedesco a rappresentanza di soggetti diversi (istituzioni, comunità di riferimento); una necessità assoluta se si considera la complessità del contesto istituzionale sanitario.

Inoltre, il lavoro sanitario va riorganizzato istituendo strumenti di co-decisione all'interno delle aziende attraverso forme di partecipazione ai modelli organizzativi ed operativi.

CONCLUSIONI

La sanità del post-COVID, sospesa tra una crisi economica che avanza e la scelta tutta politica di preservare in un quadro di recessione la sostenibilità della più grande infrastruttura sociale del nostro Paese, ha invece già archiviato gli angeli e gli eroi, quei "medici che nell'emergenza hanno fatto un lavoro straordinario", per dirla con Mario Draghi. Il personale, medico soprattutto del SSN, "il nostro bene più grande" secondo il Ministro Speranza, è scomparso dal radar della politica del cambiamento, insieme con il *burnout* che lo spinge alla fuga dall'ospedale: i giovani verso l'estero e i meno giovani verso il privato. Frustrato ed insoddisfatto, numericamente carente, mal pagato, demotivato, stressato ed oberato di attività cartacea, continua a vivere in pessime condizioni di lavoro, cui l'emergenza pandemica ha dato il colpo di grazia amplificandone oltre ogni misura il disagio. Condizioni che tutto il personale sanitario che opera negli Ospedali sarà costretto a rivivere in questa lunga stagione post-Covid in attesa degli eventi autunnali.

Ma il Governo non può ignorarne ruolo e malessere, anche nel cantiere di proposte con le quali prova ad andare al di là della lista della spesa. Lo scatto che oggi serve alla sanità è, soprattutto, la valorizzazione del suo "capitale umano" attraverso una profonda innovazione dell'organizzazione e della *governance* del sistema".

Per i Medici e i Dirigenti sanitari del SSN, tramontata la retorica, tutto sarà peggio di prima se la rivoluzione copernicana, di cui parla il Ministro, non parte da un **Piano Marshall** dedicato, una svolta in sette punti:

1. migliorare le condizioni del lavoro ospedaliero e ricostruire un sistema che privilegi, anche per la carriera, i valori professionali rispetto a quelli organizzativi e aziendali;
2. riformare lo stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria, nel segno della dirigenza “speciale” delineato dall’articolo 15 del D.lgs 229/99, rafforzandone l’autonomia sia sotto il profilo professionale che gestionale, valorizzando la peculiarità della funzione svolta a tutela di un diritto costituzionale, anche attraverso forme di partecipazione ai modelli organizzativi ed operativi;
3. aumentare le retribuzioni, detassando gli incrementi contrattuali e il salario accessorio; compensare il rischio contagio con una apposita indennità; abrogare il famigerato art. 23, comma 2 del decreto 75/2017, cosiddetto “Madia”, che pone un tetto al salario accessorio;
4. introdurre il contratto di formazione/lavoro per gli specializzandi e riformare la formazione post laurea, divenuta vera emergenza nazionale, terreno di coltura per il neocolonialismo delle Scuole di medicina nei confronti del mondo ospedaliero;
5. attuare forti politiche di assunzioni che recuperino i tagli del passato, come ci chiede la UE, escludano il precariato, eterno e non contrattualizzato riducendo la eterogeneità nei rapporti di lavoro ospedaliero;
6. completare la legge sulla responsabilità professionale con il passaggio ad un sistema “no fault” sul modello europeo, superando l’eccezionalità dello “scudo Covid”;
7. assumere il contratto di lavoro come strumento di innovazione del sistema e di governo partecipato.

Chiunque voglia rilanciare la sanità pubblica per invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale a garanzia di un servizio sanitario universalistico, equo, efficace e solidale, deve recuperare la scissione in atto tra lavoro, competenze e diritti, attraverso un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e organizzativo. Non solo moneta, non solo cemento e tecnologia, ma il valore del lavoro e delle competenze sono fondamentali per lo sviluppo di un sistema complesso come quello sanitario. Dove il “capitale umano” conta quanto e più di quello economico. **I LEA sono i Medici, le loro competenze e conoscenze, sono loro che fanno la differenza tra la vita e la morte, tra malattia e salute.** Non capirlo significa continuare a seminare vento. Per raccogliere poi tempesta. Una politica senza visione e senza attenzione per i professionisti sanitari, che confidi solo nei bassi salari per contenere i costi e negli strumenti della cultura aziendalistica, è destinata ad affossare un sistema sanitario tra i migliori del mondo.

Servono idee per un radicale cambiamento di paradigma sul ruolo e sullo status dei Medici e dei Dirigenti sanitari, che sono strategici nello sviluppo di un sistema complesso come quello sanitario. Lavorare in ospedale non deve essere una sofferenza perché il disagio crescente dei professionisti, sommandosi alla crisi di fiducia dei Cittadini a fronte della

montagna di prestazioni negate e all'emergere della epidemia dei malati non-Covid, mina la sostenibilità del sistema sanitario, quali che siano le risorse investite.

Servono nuove risorse a loro dedicate, a partire dalla prossima Legge di Bilancio, ed interventi legislativi che valorizzino il loro ruolo. E serve un CCNL 2019-2021 che non sia ordinaria amministrazione, a partire dalla entità degli investimenti necessari per il lavoro, che della sanità rappresenta il segmento più costoso e complesso, ma anche il più prezioso, se si vuole andare "oltre la pandemia". Un CCNL da aprire al più presto per affrontare le prossime emergenze con strumenti e segnali adeguati, da chiudere nel più breve tempo possibile per avviare il "Rinascimento della sanità". Anche così si combattono le pandemie, i rischi della recessione e si difende la salute pubblica.

È tempo di comprendere che il lavoro dei Medici del SSN e dei Dirigenti sanitari reclama, oggi e non domani, un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi, che riportino i Medici e i Dirigenti sanitari e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato. Il futuro della sanità può nascere solo da un impegno collettivo, da un confronto e un dialogo con le istituzioni per condividere un progetto comune.

Noi siamo pronti.