

Proposta di documento sulle priorità del settore salute

La proficua e leale collaborazione interistituzionale ha prodotto l'Accordo tra Governo e Regioni in materia di interventi in favore del comparto regionale nell'ambito della manovra di bilancio per l'anno 2024 che è stato sottoscritto lo scorso 15 ottobre 2023. Questo Accordo ha determinato, nella successiva Legge di Bilancio per l'anno 2024, lo stanziamento di importanti risorse per la sanità con un incremento di 3 miliardi del FSN ed alcune misure finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa.

Per il settore sanitario, oltre a quanto previsto nell'Accordo dello scorso 15 ottobre, è necessario individuare tempestivamente degli ulteriori interventi che consentano di risolvere altre criticità che riguardano la sostenibilità dei bilanci sanitari regionali, la disponibilità di personale sanitario, lo sviluppo dell'assistenza territoriale, la realizzabilità degli investimenti sanitari e degli interventi del PNRR.

La risoluzione delle problematiche esistenti dovrà essere attuata attraverso soluzioni organizzative condivise ed innovative e, laddove necessario, attraverso gli opportuni interventi normativi, avendo come riferimento le misure necessarie per la programmazione e la gestione della sanità nel breve periodo, ma con l'attenzione rivolta anche verso soluzioni prospettiche e strutturate di medio lungo periodo.

Le Regioni hanno affrontato queste problematiche a livello tecnico e politico ed hanno individuato delle possibili soluzioni. Alcune tematiche, quali il fabbisogno di personale sanitario, sono state particolarmente approfondite attraverso analisi, confronti, incontri seminariali; le Regioni sono quindi nelle condizioni di proporre delle soluzioni strutturate e di assumersi la responsabilità di attuare le misure che verranno individuate. Altre tematiche saranno ulteriormente approfondite nei prossimi mesi e questo consentirà di integrare dinamicamente questo documento.

Considerato che la risoluzione di queste problematiche è rilevante sia per le Regioni e le Province Autonome che per il Governo, si ritiene che l'attivazione di un confronto interistituzionale su queste proposte possa portare a delle soluzioni condivise da inserire eventualmente in un nuovo Accordo tra Governo e Regioni.

Sostenibilità dei bilanci sanitari regionali

Il confronto tra le Regioni sul riparto del fondo sanitario nazionale ha confermato il sottofinanziamento del SSN e la difficoltà della maggior parte delle Regioni ad assicurare il complessivo mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario dei propri Servizi sanitari. E' indispensabile poter disporre di un maggior livello di risorse per evitare di compromettere la sostenibilità dei bilanci sanitari che interessa la generalità delle Regioni incluse quelle che sono ai primi posti nella griglia LEA. L'esiguità delle risorse disponibili, che per il settore sanitario sono destinate anche al finanziamento dei rinnovi del CCNL e dell'ACN del personale dipendente e convenzionato, nonché al riconoscimento dell'emolumento accessorio al personale dipendente, preclude la possibilità di una programmazione sanitaria efficace, innovativa e sostenibile. Le Regioni

nel richiedere risorse adeguate per sostenere la sanità pubblica sono contestualmente disponibili ad impegnarsi per individuare misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa sanitaria e per migliorare l'impiego delle risorse assegnate.

- **Incremento del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per perseguire un progressivo allineamento con il livello di finanziamento dei principali Paesi europei. Definizione di un livello di risorse stabile con un riferimento pluriennale a supporto delle programmazioni sanitarie regionali**
- **Progressivo innalzamento del fabbisogno sanitario nazionale standard a cui concorre lo Stato fino al raggiungimento di una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5% del Prodotto Interno Lordo nominale tendenziale dell'anno di riferimento**
- Definizione della governance della spesa per l'acquisto dei Dispositivi Medici con l'obiettivo di dare certezza dei ricavi alle aziende produttrici e dei costi alle aziende sanitarie, evitando onerosi e lunghi contenziosi. L'eventuale superamento del pay back dispositivi medici dovrà essere accompagnato da corrispondenti finanziamenti aggiuntivi, da misure di controllo della spesa, per assicurare l'appropriatezza prescrittiva, l'equilibrio costi/benefici, il miglioramento delle procedure di acquisto.
- Definizione di misure idonee per assicurare la governance farmaceutica, il controllo e l'appropriatezza della spesa, tenuto conto della revisione dei tetti della spesa farmaceutica e delle modifiche alla modalità di distribuzione dei medicinali
- Revisione e miglioramento dei Piani di rientro dal deficit sanitario. Definizione di procedure e modalità per il superamento del ricorso ai Piano di rientro

Personale

*La carenza di personale sanitario che interessa alcune discipline ed alcune professionalità, la tendenza dei professionisti sanitari a preferire la sanità privata e il lavoro all'estero, richiedono l'adozione **di misure di valorizzazione del personale, di miglioramento delle condizioni retributive e lavorative**. Deve essere prevista la possibilità di riconoscere delle indennità retributive al lavoro che comporta un particolare impegno professionale (quale il personale impiegato nell'Emergenza Urgenza e nei Pronto Soccorso), al lavoro sanitario "usurante", alle discipline di scarsa attrattività, al lavoro svolto in sedi disagiate e di prevedere per ogni professionista dei percorsi di progressione professionale e di sviluppo della formazione e delle competenze.*

*Devono essere **superati i tetti di spesa del personale che oramai sono anacronistici ed inadeguati**. Le Regioni si assumeranno la responsabilità di assicurare una programmazione pluriennale dei fabbisogni di personale ed un complessivo governo della spesa per il personale delle Aziende e degli Enti dei Servizi sanitari in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico-finanziario. La carenza di personale deve essere affrontata con molteplici interventi nella consapevolezza che le misure che incidono sulla formazione specialistica hanno riflessi nel medio lungo periodo.*

Con riferimento ai medici specializzandi è necessario poterli impiegare già dai primi anni di formazione specialistica in tutte le strutture sanitarie pubbliche e non solo nelle Aziende Ospedaliere Universitarie attraverso la definizione di adeguate modalità di tutoraggio e di formazione, del livello di autonomia decisionale ed operativa dello specializzando.

*E' necessario **attuare delle misure per rendere attrattivo il lavoro nella sanità pubblica, a partire un aumento dei livelli retributivi del personale sanitario per allinearli alla media dei principali Paesi europei**, per superare definitivamente le modalità di reclutamento attraverso affidamenti esterni che sono onerosi, creano disparità di trattamento e non coinvolgono questo personale nell'organizzazione aziendale.*

*Sono necessarie delle misure finalizzate ad **incentivare l'attività libero professionale intramoenia del personale nelle discipline che evidenziano maggiori tempi di attesa e che sono caratterizzate da una carenza di organico.***

Occorre stabilire ed adottare delle misure per contrastare le aggressioni al personale sanitario (maggiore presenza delle Forze dell'Ordine, installazione di dispositivi di sicurezza e di videoripresa, formazione degli operatori, riconoscimento della qualifica di Pubblico Ufficiale).

In Italia, come nel resto dell'Europa, nel decennio 2010-2020, il numero di medici e di infermieri per 1000 abitanti è complessivamente aumentato (Medici +5%, infermieri +19% [Fonte dati 37 paesi OECD 2011-2021]); nonostante questo incremento, che ha portato in Italia ad un rapporto di 1.5 infermieri per ogni medico rispetto alla media dei paesi OECD di 2.5, tutti i sistemi sanitari europei stanno affrontando un livello di difficoltà e di crisi mai raggiunto prima, legato in particolare alla carenza di personale sanitario, riguardante prevalentemente **infermieri e alcune tipologie di medici specialisti**. Due macro-fattori concorrono principalmente alla carenza di personale sanitario: la diminuzione del numero di lavoratori causata da dimissioni e non rimpiazzo del personale e l'aumento di richiesta di prestazioni sanitarie.

Il primo macro-fattore è alimentato da quattro cause:

- **l'età elevata del personale sanitario in servizio** (nel 2021 i medici con età > di 50 anni sono il 53% e gli infermieri il 49% Fonte dati, Ministero Salute anno 2021) che produce un aumento delle limitazioni al lavoro, diminuzione delle ore lavorate e ondate di pensionamenti;
- l'aumento di decessi tra il personale durante la pandemia (circa 50.000 operatori sanitari in Europa), con ripercussioni psicologiche con crescita del **disagio mentale e del burnout**;
- il fenomeno delle **grandi dimissioni determinate dalla percezione di un peggioramento delle condizioni di lavoro**, soprattutto dopo la pandemia e di **significativi cambiamenti nell'approccio al lavoro nelle nuove generazioni** con esigenze sempre più orientate a un equilibrato bilanciamento tra lavoro e vita privata;
- **i fenomeni migratori**, cresciuti per i medici del 27% e del 79% per gli infermieri dopo la pandemia, che rendono meno prevedibile la disponibilità di personale.

In Italia si aggiungono come ulteriori cause la **numerosità dei profili di professionisti sanitari** (ad oggi ne sono istituiti 31, di cui 23 professioni sanitarie dell'area infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e della prevenzione) connotati da competenze specifiche che, con un inevitabile approccio a silos, limita fortemente la flessibilità necessaria ai contesti operativi e produce una bassa attrattività di professionisti per alcune specializzazioni o professioni percepite come più faticose, meno remunerative e socialmente meno riconosciute. Si aggiunge alle precedenti cause la progressiva difficoltà nel soddisfare il bisogno di personale sanitario soprattutto nelle aree rurali e disagiate.

Il secondo macro-fattore, che determina l'appropriatezza del numero di personale sanitario disponibile, è l'incremento della domanda di servizi sanitari determinato da una popolazione sempre più anziana, da un aumento delle patologie croniche, un effetto di accumulo di domanda post- pandemia e più in generale da un aumento delle aspettative dei pazienti nei confronti del SSN. Questa tendenza, collegata fortemente alla

demografia del paese sarà destinata a consolidarsi ed accentuarsi per le prospettive legate alla diminuzione della popolazione attiva e all'incremento della popolazione anziana.

Per quanto riguarda le due famiglie professionali maggiormente carenti va ricordato che la densità di medici in Italia è leggermente superiore alla media dei Paesi OECD, mentre la densità di infermieri è significativamente più bassa, con un **rapporto infermieri per medico pari a 1,5 rispetto a un valore medio OECD di 2,5**.

Tra i paesi OECD, l'Italia presenta una **bassa attrattività per il personale straniero** (meno dell'1% di medici e il 5,2% di infermieri formati all'estero; media OECD rispettivamente 18,9% e 8,7%); va inoltre segnalato che la remunerazione degli infermieri in Italia è pari al salario medio dei lavoratori del paese, mentre nei paesi OECD è mediamente superiore del 20%; in termini reali, **il salario degli infermieri in Italia, correlato al calo del potere di acquisto, è all'ultimo posto** tra quelli dei paesi OECD. Considerata la crisi demografica che accomuna tutti i paesi europei si può prevedere un aumento fisiologico della competizione internazionale per l'accaparramento di professionisti sanitari.

Se consideriamo gli esiti della formazione universitaria del personale sanitario, si può notare nella figura 1, che mentre il numero di laureati medici negli ultimi 10 anni è in costante ascesa, il numero di infermieri laureati cala costantemente dal 2013, arrivando ad essere inferiore al numero di laureati medici nel 2021. Considerato il trend di laureati in infermieristica e medicina è prevedibile che si ottenga a livello nazionale uno **skill-mix professionale, oltreché costoso, inappropriato rispetto ai profili di bisogno sanitario e assistenziale** di una popolazione sempre più anziana e con pluripatologie croniche.

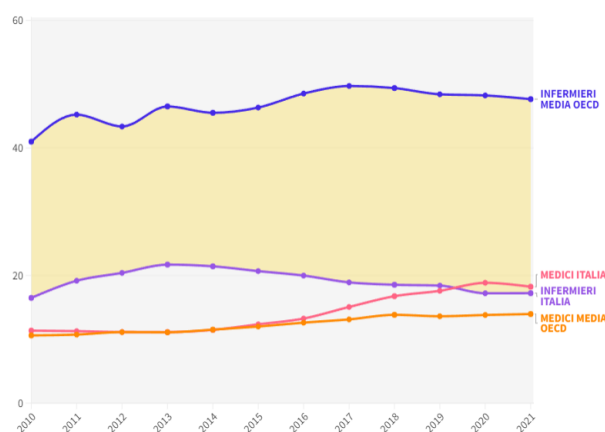


Fig. 1 – Numero di laureati medici e infermieri su 100.000 abitanti; Italia-OECD.; anni 2010-2021

Per quanto riguarda **la formazione universitaria infermieristica si assiste ad una accentuata diminuzione di attrattività**, con una preoccupante diminuzione delle domande di accesso nell'ultimo anno accademico (-10,5% domande) e un rapporto domande/posto diminuito a 1,2 con valori medi di 0,9 negli atenei dell'Italia settentrionale e centrale; il calo di attrattività, oltre a consentire l'accesso ai corsi di candidati con bassi livelli di preparazione, prelude ad una accentuata carenza di infermieri nel prossimo futuro. L'attrattività verso i corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche e della prevenzione è ulteriormente erosa dall'aumento della disponibilità di posti alla laurea in medicina, che funge da polarizzante (vi è una relazione lineare tra l'aumento dei posti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e la diminuzione delle domande di iscrizione ai corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie (Test di Pearson $\rho = -0.92$; $p\text{-value} < 0.001$).

Per quanto riguarda l'attuale carenza di medici, è noto come l'incremento dei posti ai corsi di laurea di Medicina attuato dal 2019 non sia rispondente alla carenza di medici che avrà il suo apice con la gobba pensionistica nel 2025; dal 2025 il numero di pensionamenti di personale medico sarà in decrescita, mentre gli effetti dell'aumento di posti a medicina, effettuato a partire dall'anno 2019, saranno apprezzabili dal 2029 in avanti, producendo una nuova pletera di medici. In prospettiva, se venisse mantenuto il trend di aumento

dei posti del corso di laurea in medicina, oltre alla sovrabbondanza di medici si acuirebbero ulteriormente le problematiche di attrattività nei confronti delle altre professioni sanitarie, in primis quella infermieristica.

In relazione alla più specifica tematica della **carenza di medici specialisti**, riferibile prevalentemente alle specializzazioni in Medicina di emergenza-urgenza, anestesia, Rianimazione, terapia intensiva e del dolore, Medicina interna, Radioterapia e alla formazione in Medicina generale, è da considerare che l'“imbuto formativo”, costituito da circa 20/25.000 medici abilitati che nell'ultimo quindicennio sono stati esclusi dalla formazione specialistica a causa del numero insufficiente di contratti di formazione specialistica finanziati dallo Stato, a partire dal 2019 e grazie anche alle risorse del PNRR del 2020, è stato pressoché assorbito. Tuttavia, l'esubero di contratti rispetto ai laureati ha prodotto un fenomeno di polarizzazione delle domande verso alcune branche specialistiche (Dermatologia, Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, Ginecologia e ostetricia...) e la diminuzione di attrattività di specializzazioni come Anestesia, Rianimazione, terapia intensiva e del dolore, Medicina d'emergenza –urgenza, Medicina nucleare, Radioterapia, indispensabili per il funzionamento delle unità di offerta fondamentali del servizio sanitario.

Per quanto attiene alla **carenza di medici di assistenza primaria**, la cui formazione avviene nel sistema formativo extra – universitario, attraverso le scuole regionali di formazione specifica in medicina generale, si assiste a un'ulteriore diminuzione di attrattività correlata all'aumento dei posti alle scuole di specializzazione (Indice di Pearson $\rho = -0,91$, p-value=0.01), che va a sommarsi alle già note cause di bassa attrattività legate alla diversa consistenza economica del contratto di formazione, all'assenza di riserva del posto in caso di malattia/maternità, alla non equiparazione del Diploma a quelli di specializzazione universitaria e alla elevata burocratizzazione del lavoro dei medici di medicina generale.

In sintesi le principali problematiche emerse sono le seguenti:

- diminuzione dell'attrattività verso la professione infermieristica che prelude ad una **accentuata carenza di infermieri** nel prossimo futuro, correlata alla polarizzazione delle domande di studio verso la professione medica, scarsa remunerazione, basso riconoscimento sociale;
- **carenza di medici specialisti**, prevalentemente in Medicina di emergenza-urgenza, anestesia, Rianimazione, terapia intensiva e del dolore, Medicina interna, Radioterapia e con formazione specifica in Medicina generale, correlata all'esubero di contratti di formazione specialistica rispetto al numero di laureati;
- **scarsa attrattività dei servizi sanitari**, soprattutto pubblici, nei confronti dei professionisti sanitari, anche stranieri, e maggiormente nelle aree «remote e disagiate», e **scarsa capacità di ritenzione del personale sanitario**, per condizioni di lavoro non soddisfacenti, retribuzioni non adeguate e basso riconoscimento sociale.

Il confronto tra le Regioni e Province Autonome ha condotto all'individuazione di alcuni punti fermi imprescindibili per affrontare le complesse problematiche della carenza di personale sanitario: la necessità di condividere strategie coordinate, tra Governo e Regioni/PA, con azioni multilivello, di tipo trasversale per aumentare l'attrattività delle professioni sanitarie, rilanciarne il riconoscimento sociale e migliorare la ritenzione del personale sanitario nei servizi pubblici e di tipo mirato per specifiche categorie professionali particolarmente cruciali per la futura tenuta del sistema sanitario.

Di seguito vengono formulate alcune proposte così organizzate: proposte trasversali rispetto alle problematiche di attrattività di professionisti sanitari e ritenzione del personale sanitario nel SSN pubblico, proposte relative alla carenza infermieristica, proposte relative alla carenza di medici specialisti, con obiettivi di breve, medio e lungo periodo.

Proposte strategiche trasversali

Obiettivi	Azioni	Orizzonte temporale
Aumentare l'attrattività del SSN pubblico & Aumentare la ritenzione del personale sanitario	Individuare criteri per la flessibilizzare dei vigenti limiti e tetti di spesa in materia di personale	Breve termine
	Aggiornare le procedure concorsuali	Breve termine
	Aumentare la retribuzione del personale sanitario, proporzionalmente alle medie dei paesi OECD	Breve termine
	Introdurre norme per la flessibilizzazione dei contratti di lavoro per il personale sanitario del SSN (part time, libera professione, lavoro su più sedi ecc.)	Medio termine
	Sostenere lo sviluppo di un sistema di leadership per la gestione e pianificazione del personale	Breve termine
	Ottimizzare i processi produttivi, migliorare l'efficienza, anche attraverso l'utilizzo dell'innovazione tecnologica	Breve termine
	Promuovere modelli organizzativi che impiegano appropriati skill mix di personale promuovendo l'utilizzo completo del range di competenze degli operatori nel fornire prestazioni di salute	Breve-medio termine
	Aumentare la quota di lavoro a personale non sanitario: front office, gestione ambulatori, supporto attività amministrative nelle degenze e servizi vari	Breve termine
	Migliorare le condizioni di lavoro del personale sviluppando ulteriormente organizzazioni basate sulla cultura dell'age e diversity management	Medio termine
	Facilitare l'accesso a percorsi di cura e riabilitativi gratuiti per il personale sanitario con disagio mentale e sindrome di burnout	Breve termine
Sviluppare sistemi di welfare contrattuale	Breve-medio termine	
Programmare una campagna di reclutamento dall'estero per profili mirati e target definiti (infermieri, OSS, Medici specialisti) garantendo riconoscimento dei titoli, permesso di soggiorno, conoscenza delle lingua italiana	Medio termine	
Disciplinare l'esercizio temporaneo e l'attività lavorativa di professionisti sanitari e operatori socio	Breve termine	

sanitari con titoli esteri non riconosciuti, che già operano in Italia

Proposte strategiche per la carenza di infermieri

Obiettivi	Azioni	Orizzonte temporale
Aumentare l'attrattività della professione infermieristica	Revisionare e accorpare i profili professionali delle professioni sanitarie, incanalando le vocazioni e aumentando la flessibilità di impiego	Medio-lungo termine
	Calibrare la disponibilità del numero di posti dei corsi di Laurea di Medicina	Breve termine
	Promuovere una campagna su scala nazionale di valorizzazione della figura di infermiere	Breve termine
	Istituire le lauree magistrali ad orientamento specialistico clinico	Medio termine
	Valorizzare la formazione degli infermieri con meccanismi di incentivazione economica durante il tirocinio pratico	Breve termine
	Sostenere il reclutamento di docenti di infermieristica per lo sviluppo di Scuole disciplinari	Medio termine
Aumentare la ritenzione degli infermieri	Istituire il profilo di Assistente infermiere, operatore di interesse sanitario e revisionare il profilo di Operatore Socio sanitario, promuovendo una filiera formativa di ambito infermieristico	Breve termine
	Promuovere la diffusione i modelli di gestione a responsabilità infermieristica per casistica a bassa complessità clinica ed elevata intensità assistenziale	Medio termine
	Implementare lo sviluppo di carriera professionale degli infermieri dedicando una specifica quota di risorse	Breve termine
	Incrementare la valorizzazione economica degli infermieri che lavorano nei servizi per anziani	Breve termine

Proposte strategiche per la carenza di medici specialisti

Obiettivi	Azioni	Orizzonte temporale
Aumentare l'attrattività e la ritenzione di medici specialisti	Introdurre nuovi modelli di lavoro per mitigare indisponibilità a lavorare in aree periferiche (counseling/visite da remoto, equipe itineranti, modelli in rete, sburocratizzazione del lavoro, massimizzazione dell'impiego delle competenze) e nelle aree che richiedono specializzazioni poco attrattive	Breve termine

	Revisionare norme e standard organizzativi rendendoli coerenti con lo sviluppo di competenze dei profili sanitari e le tecnologie sanitarie	Breve termine
	Impiegare i medici specializzandi già dai primi anni di formazione specialistica, attraverso la definizione di adeguate modalità di tutoraggio e di formazione, del livello di autonomia decisionale ed operativa.	Breve termine
	Impiegare i medici specializzandi in tutte le strutture sanitarie pubbliche	Breve termine
	Implementare nelle aziende modelli organizzativi per filiere disciplinari (ad es. estensione del modello "Servizio di Anestesia" costituito da tutti gli anestesisti per un'azienda anche alle altre specializzazioni) ottimizzando la consistenza e l'impiego del personale, la distribuzione dei carichi di lavoro, l'appropriatezza organizzativa e lo sviluppo di competenze	Medio termine
Aumentare l'attrattività di alcune specializzazioni mediche	Accorpamento e riduzione delle Scuole di specializzazione	Medio termine
	Programmare la distribuzione dei contratti di formazione specialistica in coerenza con il fabbisogno di personale per specialità carenti	Breve termine
	Trasformare la formazione specifica in medicina generale in una specializzazione, integrandola in quella già esistente in Medicina di comunità e cure primarie, che ad oggi non consente di esercitare la ruolo di Medico di assistenza primaria.	Medio termine
	Ampliare i requisiti di accesso di alcune specializzazioni alle professioni sanitarie non mediche	Breve termine
	Incentivare economicamente gli specializzandi medici a fronte della modifica delle clausole contrattuali con obbligo di prestare servizio nel servizio sanitario pubblico per un periodo definito.	Breve termine

Assistenza territoriale

Le risorse del PNRR e il recente Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale per il triennio 2019 – 2021 sono fondamentali per attuare la riforma della medicina territoriale e per definire la nuova organizzazione della medicina territoriale. E' determinante non solo realizzare le strutture territoriali previste, ma anche renderle operative e metterle a disposizione della popolazione:

servono professionisti, medici, infermieri, sanitari e tecnici, ma soprattutto è necessario assicurare il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

In un momento di carenza di disponibilità dei medici, l'attivazione delle Case della Comunità previste dal PNRR - per le quali è necessaria la presenza di un medico H24, 7 giorni su 7 – comporta l'individuazione di percorsi che portino il personale convenzionato allo svolgimento di ore di attività presso le sedi delle Case della Comunità. La medicina generale rappresenta un tassello fondamentale della rete territoriale in quanto rappresenta il primo punto di cura e di assistenza e del nostro SSN. I MMG, pertanto, svolgono un'attività fondamentale per la presa in carico delle persone e la realizzazione dei "progetti" e delle attività delle Case della Comunità.

- Attuazione degli interventi previsti dalla Missione 6 Salute del PNRR in materia di realizzazione delle Case della Comunità, degli OSCO, delle COR, di incremento delle prese in carico ADI, di sviluppo della Telemedicina e del FSE 2.0
- Attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale per impiego dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nello svolgimento di attività nelle Case della Comunità. Definizione delle modalità e dell'impegno orario dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per assicurare il pieno funzionamento delle Case della Comunità ed il perseguimento degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale**
- Coinvolgimento dei medici specialisti ambulatoriali nella programmazione di attività finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni che presentano delle criticità**
- Definizione di modalità per assicurare l'assistenza all'urgenza a livello territoriale, a partire dalle Case di Comunità e con il coinvolgimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, filtrando e rendendo appropriato l'accesso ai Pronto Soccorso ospedalieri**
- Prevedere modalità per l'impiego dei medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale: revisionare la disciplina relativa all'incompatibilità dei corsisti; consentire stabilmente ai corsisti di partecipare all'assegnazione di incarichi convenzionali e di svolgere incarichi provvisori o di sostituzione dei MMG e di svolgere attività di Continuità Assistenziale; riconoscere l'attività svolta nell'ambito di incarichi temporanei e di sostituzione ai fini delle ore di attività pratica prevista dal corso; prevedere che durante il triennio di formazione una parte del tirocinio sia svolto all'interno della Casa della Comunità.
- Al fine della copertura delle "zone carenti", prevedere per i medici in formazione in medicina generale la possibilità di assumere incarichi in dette zone sino ad un massimo di mille assistiti, quale attività pratica prevista dal programma formativo, da svolgersi con la supervisione di un tutor di medicina generale, in rapporto funzionale con la Casa di Comunità di riferimento. Lo svolgimento di questa attività costituirà titolo preferenziale per la copertura a tempo indeterminato della zona carente dopo il conseguimento del titolo di formazione specifica

Investimenti sanitari

E' necessario semplificare le procedure previste per l'accesso ai finanziamenti ex articolo 20 della Legge n. 67/1988 con l'obiettivo di renderle meno complesse e di consentire un tempestivo impiego delle risorse disponibili che attualmente restano immobilizzate per lungo tempo in attesa del completamento degli adempimenti previsti.

- Semplificazione delle procedure e definizione di un **nuovo modello di Accordo di Programma** ex articolo 20 della Legge n. 67/1988. Forte semplificazione per gli investimenti di importo più contenuto.
- Definizione e semplificazione delle procedure per l'accesso alle risorse INAIL per gli investimenti sanitari (di cui alla Legge di bilancio 2024)
- Individuazione delle **risorse necessarie per consentire il completamento degli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** che sono già stati condivisi con gli Enti locali e che sono stati oggetto di Contratti istituzionali di Sviluppo alla luce della revisione recentemente approvata dalla Commissione e dal Consiglio EU. Definizione di modalità di finanziamento degli interventi espunti a seguito della revisione che non incidano sulla disponibilità delle risorse del Programma di investimenti in edilizia sanitaria art. 20 della Legge 67/1988 e del Fondo delle politiche di coesione FSC che sono già destinate a specifiche finalità

Integrazione socio-sanitaria

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'assistenza alle persone con disabilità, richiedono una maggiore integrazione tra le politiche sanitarie e gli interventi socio-sanitari e sociali in quanto i pazienti necessitano di una presa in carico multisettoriale, attenta alle varie esigenze, di prossimità e domiciliare, basata su una forte assistenza territoriale in grado di assicurare la continuità con l'assistenza ospedaliera.

- Istituzione di un Tavolo di lavoro interistituzionale costituito dai rappresentanti delle Regioni e delle Province Autonome, del Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e politiche Sociali, Ministero della Disabilità, per coordinare la complessiva attuazione delle politiche per la non autosufficienza attraverso il monitoraggio delle risorse disponibili a partire dalle risorse per l'attuazione dei Decreti Legislativi di attuazione delle leggi delega al Governo in materia di disabilità e di politiche in favore delle persone anziane. Il monitoraggio riguarderà sia il profilo economico-finanziario, al fine di stabilire le risorse eventualmente necessarie a consentire la completa attuazione delle misure previste dal Decreto legislativo in materia di disabilità e del Decreto legislativo in materia di politiche in favore delle persone anziane, sia eventuali esigenze organizzative ivi compresi i relativi fabbisogni di personale, anche in relazione ad eventuali esigenze normative.

Mobilità sanitaria

Il valore delle prestazioni sanitarie erogate agli assistiti in una regione diversa da quella di appartenenza, fatta eccezione per il periodo dell'emergenza pandemica, è in continua crescita. Nel 2021 il valore della mobilità sanitaria è stato pari a 4,3 miliardi, con 8 Regioni che hanno presentato un saldo positivo (di cui 3 superiore a 100 milioni) e 13 Regioni che hanno presentato un saldo negativo (di cui 6 superiore a 100 milioni). Il 54,6% delle prestazioni di ricovero, day hospital e specialistica sono state erogate dalle strutture private.

- Individuazione di modalità di governo che consentano una progressiva riduzione della mobilità sanitaria e quindi di migliorare l'equità di accesso ai servizi sanitari. Analisi delle possibili cause della migrazione sanitaria (commissariamento per rientro dal deficit sanitario, scarso personale sanitario, carenza di strutture sanitarie e di posti letto,)
- Nella logica della revisione degli accordi di confine, si dovrebbe **definire una rete di ospedali di "eccellenza" nei quali l'attività di alta specialità è fatta salva in termini di volumi e di finanziamento, dove si garantisce sul territorio nazionale accesso alle prestazioni da tutte le regioni con lista unica.** Questa rete di ospedali composta da IRCCS e Policlinici universitari e privati accreditati inseriti nelle Reti nazionali alta complessità, sarà gestita in termini di programmazione, finanziamento e programmi di ricerca dal livello ministeriale e per le tipologie di attività che l'hanno fatta entrare nella rete di eccellenza nazionale

Sanità digitale

Ampliare le applicazioni connesse alla sanità digitale in quanto costituiscono delle soluzioni finalizzate a migliorare i servizi sanitari, a limitare gli sprechi e le inefficienze, a migliorare il rapporto costo-qualità dei servizi sanitari, a ridurre le differenze tra i territori ed a favorire l'accesso equo ed inclusivo alle prestazioni sanitarie. A partire da quanto già fatto in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), di Centri unici di prenotazione (CUP), di Telemedicina, di ricette digitali, di dematerializzazione dei referti e delle cartelle cliniche sfruttando appieno le opportunità offerta dal Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR).

- Adeguamento della normativa relativa al trattamento dei dati personali relativi alla salute privi di elementi identificativi diretti per motivi di interesse pubblico di tutela della salute collettiva
- Rivalutazione delle limitazioni connesse alla circolazione dei dati sanitari per finalità di prevenzione e programmazione sanitaria, per la profilazione sanitaria e la stratificazione della popolazione, per la definizione e l'impiego di algoritmi predittivi, di classificazione della popolazione per profilo di rischio, bisogno assistenziale, consumo di risorse
- Approfondimento degli aspetti etici connessi all'utilizzo esteso della tecnologia avanzata, della digitalizzazione e dell'intelligenza artificiale, alla conciliazione tra il miglioramento continuo delle cure e delle prestazioni e la tutela della privacy e della riservatezza