

**AUDIZIONE INFORMALE SULLA PROPOSTA  
DI PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA**

**CAMERA DEI DEPUTATI - COMMISSIONE AFFARI SOCIALI  
12 febbraio 2021**

Con le diverse misure di quarantena attive in tutte le Regioni, non può passare, di nuovo, **da emergenza a emergenza, servono interventi seri, con tutti gli strumenti economici disponibili, a partire del Recovery**, per un'efficace iniziativa sul breve periodo ma anche per mettere le basi per un vero e proprio **“new deal” della sanità pubblica italiana**.

In questo senso, già in premessa, vogliamo segnalare che il **Piano Nazionale di ripresa e resilienza** (il capitolo 6), risulta a nostro avviso in diversi punti **inidoneo** ad affrontare non solo questa emergenza ma anche di raccogliere la sfida di una trasformazione strutturale del nostro servizio sanitario nazionale (SSN).

Un SSN che allo **‘stress test’ dell’epidemia** ha mostrato tutte le sue **criticità strutturali**, citiamo le principali:

- **la decennale assenza di investimenti;**
- **malinteso federalismo nella *governance* sanitaria nelle Regioni;**
- **mancanza di personale, di posti letto, e di unità di cure intensive;**
- **la fragilità del territorio e della rete di ambulatori di cure primarie e di continuità Assistenziale e dell'emergenza urgenza (118);**
- **la deficitaria programmazione del fabbisogno di professionisti nell'accesso e la formazione e il cosiddetto imbuto formativo;**
- **la giungla di contratti e convenzioni che regolano la categoria e spesso la impoveriscono sul piano delle tutele e delle garanzie, (vedi il mancato passaggio alla dipendenza di molti medici convenzionati del 118 in diverse regioni o il nodo irrisolto delle migliaia di camici grigi);**
- **il nodo del precariato cronico che attanaglia ogni settore dei nostri servizi sanitari;**
- **la mancanza di politiche e risorse sull'edilizia ospedaliera e nel territorio, soprattutto nel mezzogiorno, e di messa in sicurezza del personale medico (e non solo) e delle strutture;**

E alla base di tutto una storica assenza di politiche sanitarie pubbliche che rispondano alla mutata domanda di salute e alle sfide della cronicità e dell'invecchiamento della popolazione. Questa dirimente questione, prevenzione e programmazione, è stata affrontata troppo spesso in modo frammentario, con iniziative spot, mai guardando a una visione organica che prendesse spunto anche dalle eccellenze (esistenti) della medicina di gruppo nel territorio e nell'ospedalità. **Lo slogan è stato: "Meno ospedale più territorio", ma è rimasto tale, solo uno slogan a uso e consumo dei media.** Si veda la quasi totale **non applicazione della legge Balduzzi, lo smantellamento graduale e inesorabile della medicina dei servizi (medicina scolastica, prevenzione, vaccini...ecc), la marginalizzazione del ruolo dei Distretti.**

Di fatto, lo stesso schema che ha visto la nostra Italia affrontare il Covid19 con un piano epidemico superato.

Oggi, il nostro dovere nei confronti di tutti i colleghi che lavorano ogni giorno è quello di fare proposte serie, il vero rispetto per tutti i medici morti per covid ma anche per evitare altre ulteriori tragedie nei prossimi giorni, passa per interventi concreti. **La conta dei 'caduti', la demagogia e la retorica, come arma di scontro politico-sindacale oltre ad essere macabra, è controproducente.** Nessuno di noi può parlare a nome loro, solo le loro famiglie. Il nostro dovere è quello di fare un fronte ampio per chiedere, in attesa di una vera riforma: sicurezza, assunzioni e una nuova organizzazione del lavoro. **I medici negli ambulatori, nelle corsie, nelle ambulanze, nei pronto soccorso, vogliono risposte serie non grida manzoniane.** È fondamentale riprendere l'iniziativa nei confronti del virus cambiando, realisticamente, l'attuale situazione organizzativa sanitaria, soprattutto nella prima linea, oltre che nelle strutture ospedaliere (più posti letto, più personale, più UCI). È infatti **impensabile nel breve termine fare una rivoluzione del SSN**, delle cure primarie e del territorio, e neppure è sensato continuare a perseguire solo i titoli dei giornali (vedi la distrazione di massa, e conseguente sterile guerra santa, sui tamponi dai medici di famiglia) ma **SÌ è POSSIBILE fare alcuni urgenti e concreti interventi per rendere più sicuro ed efficace questo snodo fondamentale della sanità pubblica nella battaglia contro l'epidemia. Non si può andare da lockdown a lockdown** e farsi trovare sempre impreparati: disarmati all'arrivo di una terza ondata nel periodo febbraio-marzo. Queste settimane possono non essere quindi solo di contenimento dell'epidemia di Coronavirus, anche grazie alla campagna di vaccinazione, da implementare e potenziare, ma potrebbero essere usate dallo Stato per prepararsi e mettere in campo tutte le risorse possibili. Se queste proposte di buon senso venissero accettate, i medici avrebbero più tempo per la clinica. Inoltre potrebbero fare una azione di educazione della popolazione su come evitare il contagio, con efficacia maggiore degli stessi mass media o in stretta sinergia: l'esperienza del mondo del lavoro ha dimostrato bene che con i comportamenti adeguati i focolai aziendali sono quasi sempre limitati numericamente e nel tempo (cioè non c'è diffusione in azienda se si rispettano i protocolli).

**RECOVERY: ECCO ALCUNE PROPOSTE URGENTI NEL BREVE PERIODO.**

- **VACCINAZIONE:** regia nazionale sulla campagna vaccinale (lo stesso criterio si deve utilizzare anche per l'anti influenzale) e mettere in campo tutti i medici, a partire da quelli di medicina, generale per immunizzare tutta la popolazione. Però con protocolli nazionali univoci, sia sulle modalità sia sulle categoria da vaccinare e con utilizzo di supporti informatici, come il fascicolo sanitario elettronico. Pre condizione: immunizzare tutto il personale coinvolto in prima linea. Laddove gli ambulatori non fossero sicuri prevedere già a livello centrale strutture idonee esterne per la vaccinazione in ogni singolo territorio.
- **CABINA DI REGIA NAZIONALE:** la cabina di regia di tutte le azioni di emergenza deve essere nazionale. Lasciando in mano alle regioni l'applicazione di questi interventi avremmo discrepanze, ritardi, contraddizioni, litigiosità. Un esempio su tutti: il sistema di emergenza sanitaria 118 va strutturato definitivamente a livello nazionale lasciando solo una minima parte applicativa alle regioni, la minore possibile.
- **AUMENTO STRUTTURALE DEL PERSONALE:** servono medici con contratto a tempo indeterminato, per completare tutte le zone carenti di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale e Emergenza Territoriale attualmente esistenti in Italia. È evidente, inoltre, che per assicurare la copertura dell'organico in tempi brevi si può e si deve ricorrere, oltre a tutti quelli disponibili già in possesso dei titoli per tali concorsi, anche ai cosiddetti "camici grigi", medici che pur non avendo i titoli ufficiali, già lavorano da molti anni e già assicurano la copertura di molti servizi medici. Fornire ai MMG personale di studio e infermiere ai gruppi (UCCP ed AFT) e anche ai singoli in condivisione (a rotazione ad esempio, tot. ore a medico).
- **RIAPERTURA DELL'AREA DELLA MEDICINA DEI SERVIZI:** si utilizzino le graduatorie uniche per titoli regionali già esistenti ai fini della riapertura in tempi rapidi della Medicina Scolastica, e di sostegno ai Dipartimenti di Prevenzione e alla Medicina del Lavoro, e assicurare la presenza di almeno una USCA, in ogni Distretto Sanitario di Italia.
- **AFFIANCAMENTO DEI MEDICI GIÀ INSERITI NELLA MEDICINA DEL TERRITORIO:** con bandi appositi, si può ipotizzare l'inserimento per 4 o 6 mesi di giovani medici in formazione al fianco dei medici titolari di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale, con compiti di supporto alla ricettazione e alla ricezione delle chiamate e delle e-mail, se necessario, anche con l'implementazioni di personale e ulteriori linee telefoniche. Potrebbero essere di supporto anche al tracciamento e alla refertazione dei tamponi rapidi.
- **TELECONTROLLO E STRUMENTAZIONE CONNESSA:** nell'ambito della fornitura della strumentazione implementerei la strumentazione per la Telemedicina, con priorità alla distribuzione ai medici di Assistenza Primaria e ai pazienti che ne necessitano, di strumenti adatti ad un semplice telecontrollo, magari in grado di rilevare pressione arteriosa e ossigenazione del sangue: tablets o smartphones, quando possibile, oppure semplici pulsimetri, che vanno forniti a milioni di famiglie italiane. In questo quadro si possono individuare "fasce orarie di contatto" per permettere al medico di famiglia di vedere e controllare a distanza i suoi pazienti, e se necessario, anche con l'implementazioni di personale ad hoc ed ulteriori linee telefoniche
- **TAMPONI RAPIDI:** assumere, anche con contratti provvisori di 4/6 mesi, infermieri, OSS, e se necessario anche volontari formati, per la somministrazione in situazioni protette all'aperto

dei tamponi rapidi per affiancare il personale già dedicato a questo compito, a maggior ragione nelle realtà in cui si dovesse procedere a screening di massa. Prevedere un filtro di sicurezza con l'obbligatorietà di effettuare il triage-covid ed un tampone rapido nei casi dubbi prima di accedere presso strutture asl per un visita.

- **TRASMISSIONE TELEMATICA DI TUTTE LE RICETTE, IMPEGNATIVE E REFERTI:** un adeguamento fondamentale alle necessità di un Paese dove i movimenti delle persone e il loro accesso a Ospedali, ambulatori specialistici e studi medici deve essere drasticamente ridotto. Urgente implementare la ricetta elettronica direttamente nelle farmacie.
- **RIDUZIONE CARICO BUROCRATICO:** sospendere per 4/6 mesi la necessità dei Piani Terapeutici e delle Autorizzazioni a forniture di strisce reattive, cateteri, cibo aptoaproteico, presidi etc.etc.etc, prolungandone per decreto la validità fino al 31 dicembre 2021 e abolendo immediatamente i Piani Terapeutici per farmaci in commercio in Italia da più di 5 anni.
- **AUMENTO ACCESSIBILITÀ DEGLI ANZIANI A RICETTE, IMPEGNATIVE E COMUNICAZIONI SANITARIE:** ogni tipo di ricetta (anche ripetibili o “rosse”), modulo, referto o notizia deve poter essere inviato per via elettronica ai pazienti. Comuni e Protezione Civile devono essere obbligati a predisporre, con l'ausilio di volontari, giovani disoccupati assunti per 4/6 mesi, o titolari di Reddito di Cittadinanza, caselle di Posta Elettronica o altri modi di ricezione di quanto inviato dai Medici del Territorio, per assicurare contatti sicuri dei pazienti anziani con il loro medico, altri Servizi Sanitari e le farmacie. Implementare in tutte le regioni che gli specialisti ambulatoriali emettano le ricette dematerializzate in modo che i pazienti non siano corretti a ritornare dal mmg per la prescrizione, evitando così inutili ed inopportuni altri contatti (già avviene in molte regioni ma non in tutte). In attesa e in sinergia con il FSE, importante mettere in rete tutte le figure professionali territoriali (mmg - ca - pls - sa).

## **RECOVERY, IL MEDIO E LUNGO PERIODO: PER UN NEW DEAL DEL SSN**

Non serve una **“spolveratina di cipria” per nascondere le rughe** di un sistema di servizi travolto dall'emergenza Covid-19, con gravi e drammatiche conseguenze anche sui nostri colleghi. La legge 833, come la legge 180, entrambe del 1978, giungono a conclusione di una lunga stagione di espansione delle politiche di welfare nel nostro paese. A quarant'anni da queste legge riforme sono emerse enormi criticità, esplose con il Covid19, ma peraltro già iscritte nel suo codice genetico, a fronte delle quali il Servizio sanitario nazionale, meglio ancora le diverse espressioni regionali del SSN, stentano a dare risposte adeguate. **Due i temi di grande attualità che impattano sulla quotidianità dell'assistenza sanitaria e dei servizi erogati ai cittadini: l'emergenza e la cronicità.**

Il modello erogativo dell'assistenza sanitaria, come normato dalla L.833, è figlio del suo tempo, di quel tempo, e svela nell'attualità la sua parziale inadeguatezza, tanto da sollecitare negli osservatori più avvertiti la richiesta di una stagione di riforme. La l. 833 infatti eredita e ripropone in parte i modelli assistenziali preesistenti. Da un lato una assistenza ospedaliera forte di una riorganizzazione in fieri cominciata con la legge 132 del 1968, che ha consolidato l'offerta ospedaliera, affinandola negli anni, incalzata da una capacità tecnologica e diagnostica crescente, anche attraverso opportune modifiche delle modalità di ricovero e dello stato giuridico del personale medico dipendente prima, dirigente a partire dal contratto del 1996,

dopo il d.lgs.vo 502/92. Il ricovero in ospedale è diventato sempre più selettivo, di breve durata e finalizzato all'intervento sulle patologie per acuti, respingendo in un limbo assistenziale tutto ciò che non ha una dignità di patologia espressa attraverso un DRG. Il passaggio del pagamento del ricovero ordinario dalla giornata di degenza al DRG, ha indubbiamente 'efficientato' il sistema, mettendo fuori dall'assistenza ospedaliera tutte quelle patologie e quei problemi sanitari che non rientrano in uno schema codificato e che, invero, richiedono assistenza, rivolgendosi all'ospedale, perché all'ospedale continuano a riconoscere la capacità di una risposta esaustiva a un bisogno soggettivamente percepito come urgente o altrimenti non affrontabile. La conseguenza immediata è l'affollamento del pronto soccorso, di cui esportiamo vergognose immagini in tutto il mondo, il cui modello organizzativo non è stato adeguatamente rivisitato, a fronte tra l'altro di una progressiva riduzione dei posti letto (10 p.l. per mille abitanti nel 1978, 3 posti letto per mille abitanti oggi), chiusura di ospedali e dei pronti soccorso annessi. Certo il legislatore si è premurato a partire dagli anni '90 di **riorganizzare il settore dell'emergenza urgenza affrontando il tema dell'emergenza territoriale e istituendo un sistema, il 118**, che dovrebbe privilegiare le patologie acute da indirizzare in ospedale, anche attraverso percorsi mirati (reti tempo dipendenti, ecc.) e indirizzare altrove (dove?) il resto della domanda, quando comunque presenta un problema non risolvibile a domicilio. Appare **quindi strategica l'adeguata organizzazione della rete dell'emergenza territoriale e la qualificazione del personale di primo soccorso** che, stabilizzato il paziente, dovrebbe indirizzarne la destinazione avvalendosi del supporto della centrale operativa. La regionalizzazione del SSN, figlia di un malinteso federalismo sanitario, ci propone oggi modelli con forti differenze da regione a regione, con una interpretazione della funzione del 118 sempre più minimalista e residuale, non soltanto per le qualifiche professionali e la dotazione organica del personale, ma anche per la filosofia che la ispira. La conseguenza inevitabile di queste politiche è un ulteriore peggioramento delle già difficili condizioni del pronto soccorso ospedaliero.

**Sul versante della cronicità** (sono anche i pazienti fragili quelli che 'affollano' il pronto soccorso e le problematiche degli ospedali e dell'emergenza e della cronicità non sono affatto disgiunte, ma qui non possiamo che schematizzare i temi), il SSN eredita un modello assistenziale di impronta mutualistica, pur modificando le modalità erogative e inglobando medici di famiglia, pediatri di libera scelta e specialisti all'interno di un contesto 'libero professionale' parasubordinato, che risponde alla stessa logica prestazionale dell'offerta mutualistica, ancorché i rapporti di 'lavoro' siano strutturati su base oraria (rapporto orario degli specialisti ambulatoriali, apertura oraria degli ambulatori di medicina generale e di pediatria di libera scelta). La medicina di famiglia è una medicina di attesa nel 1978 e negli anni seguenti, eredita del sistema mutualistico, a fronte di un quadro epidemiologico e demografico, caratterizzato da una popolazione giovane e 'sana', da un speranza di vita che non superava i 75 anni, con una diffusione delle patologie croniche, già importante ma non dirompente. L'offerta sanitaria nel territorio, sul versante medico, era in grado di rispondere a quella domanda, anche negli ospedali dove il ricovero non era così selettivo, come dopo l'introduzione dei DRG e gli accertamenti diagnostici richiedevano diversi giorni. Quarant'anni dopo, lo scenario epidemiologico è profondamente mutato: si vive più a lungo e si vive meglio, anche grazie ai medici e alla medicina; la speranza di vita viaggia verso gli 85 anni, (il nostro è tra i paesi al

mondo più longevi), la prevalenza e l'incidenza delle patologie croniche rappresentano un problema crescente sia sul versante della spesa sanitaria sia su quello dell'organizzazione dell'assistenza, ma...ma la cassetta degli attrezzi è rimasta quella di quarant'anni fa: l'offerta professionale della medicina del territorio è inadeguata e risponde ancora a criteri inattuali, nonostante i ripetuti tentativi di restyling dell'organizzazione e le molteplici e insufficienti risposte approntate a livello regionale.

Il punto è che quegli strumenti non sono più adeguati ai nuovi bisogni espressi dalla domanda di salute, epocali e inediti, quanto meno nelle dimensioni.

Formule, slogan, terminologia anglofila (altro che microteam!) per non dire nulla di nuovo, per non parlare dei veri nodi.

Bisogna invece **dare gambe intanto a una riforma del territorio** con risorse chiare (ora incerte). Serve oggi più che mai una riorganizzazione, anzi una **trasformazione copernicana delle cure primarie**, una nuova medicina generale (di famiglia) e di continuità assistenziale h24 (in sicurezza e con strutture adeguate):

- con ambulatori moderni e attrezzati: telemedicina e diagnostica di primo livello, ma da non sovrapporre al ruolo degli specialisti (in tal senso sarebbe opportuno chiarire chi ha ricevuto la strumentazione prevista dal finanziamento del ministero della Salute. La stragrande maggioranza degli ambulatori sono rimasti scoperti da questa fornitura a quanto ci risulta);
- con adeguato **personale** infermieristico e di **segreteria**;
- urge implementare le medicine di gruppo esistenti, UCCP, AFT, Case della Salute. Non servono nuovi modelli, si parta dal potenziamento di ciò che esiste e funziona (prassi positive);
- applicare finalmente, e in modo omogeneo, su tutto il territorio il **Fascicolo elettronico** e la **Cartella digitale**. Sburocratizzare con la **dematerializzazione di ricette, certificati**;
- mettere in **rete tutti i servizi, dalla continuità assistenziale (h24 e in sicurezza), specialistica ambulatoriale, agli ospedali, fino all'emergenza-urgenza**;
- **nell'emergenza-urgenza** dare una netta cornice **organizzativa e gestionale nazionale** (vedi i ddl già all'esame del parlamento). In questo ultimo settore è urgente approvare una norma che preveda tra le altre cose il passaggio a **dipendenza di tutto il personale medico del 118**.

Una riforma che si poggia su un **contratto unico dei medici** (superando la diatriba dipendenza-convenzione) che si basi su **ruolo e accesso unico e tempo pieno, tutele per tutti** (maternità, malattia...ecc). Superare l'attuale frammentazione dei contratti di lavoro, tra dipendenti e parasubordinati del SSN, prevedendo un 'contratto unico' dei medici partendo sin da ora dall'instaurazione del **ruolo unico con il tempo pieno** per chi entra nell'attualità convenzione (di medicina generale) con **rapporto a 38 ore** con il doppio canale di stipendio monte orario e quota capitaria e una **estensione delle tutele proprie della dipendenza**.

Infine, **cambio radicale della formazione** (sottratta a sindacati e ordini) e della programmazione delle borse (che deve essere aumentata nel numero), quindi **equiparazione** tra tutte le specializzazioni e la formazione in medicina generale. **Prevedere i percorsi di formazione-lavoro anche fuori dal circuito post universitario. Istituire anche un percorso**



**formativo specifico dei medici del 118, affrancato dalla formazione in medicina generale, nelle more del contratto unico e/o del passaggio alla dipendenza**

Quindi serve iniettare **energia e risorse negli ospedali, basta blocco del turn over, precariato, marginalizzazione del ruolo medico nel governo delle strutture.** Si deve valorizzare e dare ristoro ai professionisti che operano nelle sale operatorie, nelle corsie, nell'unità di cure intensive e nei Pronto Soccorso.

È strategico cambiare rotta, ne va del futuro del Paese.