

l'importante LA SALUTE

**“il diritto alla salute:
il sistema che vogliamo”**

**Documento di analisi e proposta
per il Servizio Sanitario Regionale
del Friuli Venezia Giulia**



l'importante è LA SALUTE

Per uno Stato Sociale forte, pubblico e universale Un Servizio Sanitario Nazionale e politiche sociali a garanzia della salute e dei diritti di tutte e tutti

L'emergenza pandemica ha segnato in modo profondo e drammatico la vita delle persone e delle nostre comunità. Ha causato sofferenze e morti, prodotto danni economici e sociali enormi, a livello globale e ancor più nel nostro Paese, per le dimensioni del fenomeno e per le debolezze strutturali del nostro sistema di welfare e della nostra economia.

Per ripartire è necessario investire sulla costruzione di un rinnovato e più solido sistema di welfare pubblico - accompagnato da politiche di promozione e di coesione sociale e sostenuto da servizi pubblici forti - a partire dal rilancio del Servizio Sanitario Nazionale e dall'integrazione con il sociale.

Servono scelte radicali e concrete per uno Stato sociale forte, pubblico e universale che garantisca la salute e il benessere di tutte e tutti.

Occorre rilanciare e dare forza a una vertenza anche regionale, per la difesa, il potenziamento e lo sviluppo della sanità pubblica, a garanzia del diritto universale alla salute e alle prestazioni sociali.

2

Il servizio (socio) sanitario nazionale a garanzia della salute, fondamentale diritto dell'individuo e della comunità (art. 32 della Costituzione)

Veniamo da anni di impoverimento dei sistemi sociali e sanitari, colpiti dai tagli di politiche di austerità che hanno ostacolato le innovazioni necessarie, provocato una drammatica carenza di personale, blocco del turn over e mancato riconoscimento del lavoro, che hanno mortificato le legittime aspettative di migliaia di professionisti e portato ad un sovraccarico difficile da sopportare per servizi e operatori, acuitosi durante l'emergenza Covid-19, oltre ad aver ridotto diritti e tutele ai cittadini.

La pandemia ha ricordato a tutti il valore fondamentale del sistema sanitario pubblico e universale: sistema da difendere, rafforzare, sviluppare, promuovere e finanziare adeguatamente a tutela del diritto alla salute dei cittadini e per rispondere ai loro bisogni. Salute, intesa nella sua globalità di benessere fisico, psichico e sociale, che abbia al centro l'autonomia delle persone, e cardine per un giusto modello sociale e di sviluppo.

Nella Regione FVG il governo della Giunta del Presidente Fedriga, ormai da oltre sette anni chiamato alla responsabilità di gestione, ha dimostrato da un lato i suoi chiari limiti di competenza e dall'altro ha prodotto scelte di programmazione strategica e operativa che spesso vanno nel senso contrario a quanto si auspicherebbe per garantire un servizio sanitario pubblico forte, coordinato, attento ai bisogni della popolazione per garantire

universalità, equità, facilità di accesso, appropriatezza, efficacia in termini di risultati di salute e gratuità.

Il risultato è assai pesante.

Sono sempre di più le persone che rinunciano alle cure, i tempi di attesa si sono dilatati, è ormai evidente il disagio dei professionisti che fuggono dal servizio pubblico, si sono formati numerosi comitati civici di cittadini ormai all'esasperazione, si è interrotto ogni rapporto tra il sanitario e il sociale, la Regione è precipitata agli ultimi posti di ogni rilevazione nazionale di qualità dopo essere stata esempio da seguire.

La CGIL FVG intende dare con questo documento il proprio contributo in termini di analisi e di proposte, chiamando le istituzioni, i professionisti, le organizzazioni dei cittadini, le forze sociali, ad un confronto aperto per rilanciare il servizio pubblico ed invertire il drammatico trend negativo nel quale è precipitato.

Presentiamo approfondimenti su alcuni aspetti che riteniamo fondamentali, a partire dai punti fermi che pensiamo debbano essere alla base della costruzione di un sistema di salute efficiente e soprattutto efficace in termini di garanzia per i diritti delle persone e delle comunità della nostra Regione.

Avanziamo alcune proposte da attuare nel breve periodo per rimettere il Servizio Sanitario Regionale nelle condizioni di assumere nuovamente il suo ruolo di reale e concreto riferimento positivo per la salute della popolazione.

l'importante è LA SALUTE

le parole chiave

Non sembrano i concetti seguenti semplici esercizi di semantica sanitaria e/o organizzativa. Si tratta di requisiti indispensabili per definire un modello efficace di sanità pubblica, scelte irrinunciabili delle quali tener conto in ogni fase della programmazione strategica, sia a livello regionale che aziendale, nella fase di costruzione dell'architettura gestionale e nelle scelte operative.

- **Welfare di comunità**

Come si sa i maggiori determinanti di salute sono sociali e non sanitari (lavoro, situazione economica e culturale, solitudine, ecc.). L'organizzazione sanitaria deve però essere consapevole di far parte di un sistema di welfare complessivo con il quale non solo deve interagire, ma contribuire a rendere efficace in tutti i suoi aspetti, anche considerando tutte le articolazioni della quali è fornito (prevenzione, ambiente, salute mentale, dipendenze, trattamento degli acuti, cronicità e fragilità, medicina del lavoro, salute pubblica, eccetera)

- **Bisogni/domanda**

Tema caldo proprio perché la Regione sta puntando sulla scelta di organizzazione basata esclusivamente sull'erogazione acritica di prestazioni. La differenza è fondamentale. L'espressione di una domanda di servizi o prestazioni è un concetto riduttivo rispetto alla vera "mission" di un sistema pubblico che deve conoscere, capire, analizzare e affrontare i veri bisogni di salute della popolazione, intesa sia come singoli che come comunità. In questo il ruolo dei Distretti appare fondamentale.

- **Presa in carico**

Concetto assolutamente fondamentale, forse addirittura dirimente rispetto le scelte di politica sanitaria pubblica. Si tratta di interpretare il motivo stesso di esistere del sistema sanitario che non è quello di erogare singole prestazioni diagnostico-terapeutiche quando richieste, ma quello di considerare la persona e suoi bisogni e di farsene carico a 360°, garantendo attenzione alla qualità, all'appropriatezza, alla tempistica, alla continuità ed integrazione delle cure e dell'assistenza, alla visione olistica delle questioni di salute, sviluppando collegamenti e sinergie tra tutte le articolazioni del sistema stesso.

- **Percorsi di salute**

Sempre in contrasto al concetto del "supermercato delle prestazioni" va citato l'obbligo, per il SSR, di organizzare, condividendo ciò con le persone coinvolte, il percorso di salute clinico assistenziale del quale esse hanno bisogno. Anche qui torna il tema della qualità, dell'appropriatezza, della tempistica, della multiprofessionalità. I percorsi devono essere basati sui PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali), devono coinvolgere tutti i professionisti e i servizi necessari che devono interagire con il cittadino sia nella definizione del percorso stesso, sia nella sua gestione integrata.

- **Prossimità**

Parola molto significativa e spesso usata a sproposito per lamentare un eccesso di strutture sanitarie territoriali. La prossimità NON è la distanza dalla residenza delle persone al luogo fisico dove vengono erogati i servizi, ma la capacità del sistema di rimanere accanto alla persona in modo proattivo, assicurando accesso all'informazione e all'assistenza come necessario. Prossimità significa anche conoscere il territorio, interpretarne i bisogni conoscendone le problematiche e organizzare i servizi in base alle reali necessità della popolazione.

- **Equità**

Questione molto cara a chi chiede un servizio sanitario moderno e di garanzia. Equità non vuol dire garantire a tutti la stessa cosa in maniera acritica e fredda, ma essere in grado di capire e di prendere in carico le situazioni di maggior fragilità e problematicità e rispondere adeguatamente con la necessaria intensità e qualità delle cure e con la tempistica e professionalità corrette. Nel caso del FVG vuol anche dire garantire a tutta la popolazione, a prescindere dalla residenza, equità di accesso ai servizi del SSR.

L'equità sociale costituisce la piattaforma etica del nostro sistema sanitario. È molto importante per la salute della popolazione nel suo complesso aggredire e modificare quelle condizioni sociali ed economiche che fanno ammalare le persone e che le portano alla necessità di richiedere cure mediche. La speranza di vita è più breve e la maggior parte delle malattie sono più frequenti ai livelli più bassi della scala sociale di ogni società e quindi le politiche per la salute devono affrontare anche i determinanti sociali ed economici della salute a partire già dai primi mille giorni di vita.

La lotta alle diseguaglianze passa anche attraverso l'attenzione particolare alla medicina di genere ed una sensibilità del sistema per quanto riguarda la popolazione fragile, i giovani e gli anziani, i disabili e le persone straniere e immigrate.

- **Gratuità e universalità**

Se formalmente questi concetti sono rispettati, si deve purtroppo rilevare che a causa delle pesanti difficoltà nelle quali si trova il SSR, molte persone sono costrette a ricorrere al privato commerciale pagando di tasca propria le prestazioni o addirittura a rinunciare alle cure. Questa situazione non è tollerabile e va recuperata. In un sistema che pone difficoltà di accesso sono i più deboli e i più fragili a subirne le conseguenze.

- **Appropriatezza**

Si lamenta spesso, da parte di questa Amministrazione Regionale, l'eccesso di richieste di prestazioni, considerate spesso inappropriate. A parte il fatto che, in assenza di una seria presa in carico delle persone da parte del sistema, è logico che salga il numero di domande di prestazioni, va detto che per appropriatezza si deve intendere dare al cittadino la cosa giusta, nel posto giusto, con il professionista giusto nel tempo giusto. E questo si può fare solo se l'organizzazione sanitaria si attrezza, a 360°, per definire, con le persone, il loro corretto percorso di salute.

- **Reti clinico assistenziali**

È il contrario dell'organizzazione sanitaria per canne d'organo (o cattedrali), in altre parole servizi e strutture completamente slegati gli uni dagli altri, autoreferenziali, monospécialistici. Costruire reti cliniche composte da più professionisti e strutture a seconda dei percorsi di salute necessari non solo propone più appropriatezza, ma

garantisce al cittadino una presa in carico complessiva coerente con i suoi problemi di salute.

- **Continuità**

In questi tempi, ridimensionando fortemente il ruolo dei Distretti, sta venendo a mancare il concetto di continuità clinico assistenziale, in particolare tra territorio e ospedale, che dovrebbero essere assolutamente sinergici nella presa in carico delle persone, soprattutto per quelle in condizioni di fragilità e che necessitano di essere accompagnate nei loro percorsi di salute, sia domiciliari che nosocomiali che in strutture intermedie.

La continuità è di per sé stessa un atto terapeutico, in mancanza del quale non solo si presentano ovvie difficoltà nella gestione del paziente, ma si pongono anche problemi nelle dinamiche di occupazione dei posti letto ospedalieri.

- **Budget di salute**

Anche su questo tema vi sono spesso degli equivoci di natura politica che vanno chiariti. Il budget di salute non è un borsellino consegnato ai pazienti per acquistare prestazioni dove, da chi e come vogliono, ma è una analisi dei bisogni di salute e l'impegno di spesa che, per ogni persona, l'Azienda Sanitaria deve impegnare, ricorrendo se necessario anche a prestazioni esterne ma sempre con la propria regia e il proprio controllo di efficacia.

- **Integrazione sociosanitaria**

Come detto all'inizio, la sanità è uno degli elementi del più complessivo sistema di salute. In particolare è importante la collaborazione, sia nelle fasi di programmazione che operative, con i Servizi Sociali dei Comuni. I due sistemi non devono essere impermeabili tra di loro, ma, al contrario, sviluppare costanti sinergie a partire dai bisogni della popolazione servita. L'abbandono da parte dell'amministrazione regionale della pratica dei Piani Di Zona e della relativa programmazione annuale, (in pratica un programma di lavoro condiviso tra i Distretti e le organizzazioni del Sociale) ha clamorosamente messo in difficoltà questa prospettiva.

- **Accesso**

Tema centrale per vari motivi. La questione principale è legata alla difficoltà del cittadino di trovare una risposta che si faccia carico della sua salute. In altre parole ogni parte del sistema, se venuta in contatto con la persona per qualche motivo (anche solo una prestazione o una domanda) dovrebbe essere in grado di leggere il problema e, assieme alla persona stessa, programmare il percorso necessario e/o coinvolgere direttamente i professionisti più adeguati a farlo.

Si assiste invece sempre più spesso al fatto che sia il cittadino a doversi districare tra mille interlocutori diversi, ognuno chiuso nella propria competenza specifica, come se non fosse parte di un sistema che deve "prendersi cura" della persona.

- **Partecipazione**

Questa parola ha due valenze fondamentali che pare siano ormai dimenticate. La prima è il coinvolgimento dei professionisti nelle scelte e nella gestione delle Aziende del SSR.

Il bagaglio di esperienze e di conoscenza che essi possono esprimere è enorme e rappresenta una risorsa importantissima che ora non solo viene ignorata ma addirittura contrastata. Il secondo concetto porta al rapporto con le organizzazioni sociali e le rappresentanze dei cittadini, che dovrebbero essere gli interlocutori privilegiati del sistema,

visto che ad essi è rivolto il fine ultimo dell'attività sanitaria. La tutela della salute è un bene primario della nostra società e come tale è patrimonio di tutti e tutti devono essere chiamati al confronto e alla partecipazione.

- **Programmazione e obiettivi di salute**

La Regione ha la responsabilità di indicare i percorsi strategici e operativi per l'organizzazione del lavoro negli Enti del SSR. Al di là dell'attenzione (random e spesso legata a finanziamenti) ad alcuni indicatori ministeriali con dubbie interpretazioni degli stessi, si nota facilmente come manchi una visione complessiva degli obiettivi di salute da perseguire. In buona sostanza la programmazione regionale dovrebbe essere basata sugli obiettivi di salute da raggiungere e, di conseguenza, dare indicazioni per l'architettura del sistema.

l'importante è LA SALUTE

l'architettura del sistema

Per affrontare questo tema sono necessarie alcune premesse.

La prima è relativa alla chiara definizione della "mission" del Servizio Sanitario Pubblico. La CGIL ritiene che sia purtroppo di nuovo necessario richiamare l'art. 32 della Costituzione e la legge 833 del 1978, istitutiva proprio del SSN. La tutela della salute delle persone e delle comunità è un diritto fondamentale e deve essere esigibile in maniera gratuita, equa e universale. Il Servizio Sanitario Pubblico ha il dovere di essere garanzia di questo.

Non si incontra il SSN solo quando si sta male e si ha bisogno di assistenza. Dalla nascita alla morte, passando per l'abitare, per la sicurezza sul lavoro, per l'alimentazione, per l'ambiente, ed in ogni altra fase della vita sia del singolo soggetto che delle comunità ci deve essere la presenza forte del servizio pubblico che si esplica in tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24.

Che ci deve accompagnare e tutelare anche nei percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza, siano essi legati a patologie acute mediche o chirurgiche, a problemi di salute mentale o di dipendenza, a malattie croniche.

Il SSN si occupa di tutti non solo di chi accede ai servizi, anzi si deve occupare soprattutto di chi non accede ai servizi per difficoltà economiche sociali o di collocazione geografica.

Il secondo punto è il concetto di "sistema", strettamente collegato alla questione della "presa in carico". L'organizzazione sanitaria pubblica non è data solo dal fatto di essere in grado di fornire prestazioni, ma dalla sua capacità di costruire percorsi di salute per il cittadino e per la popolazione.

Per fare questo è necessario che tutte le articolazioni sanitarie interagiscano tra loro in maniera sinergica, essendo quindi parte di un "sistema" di salute coordinato, armonico, efficiente ed efficace che coinvolga gli ospedali, le strutture di emergenza, la sanità territoriale in tutte le loro declinazioni operative.

Presa in carico significa occuparsi della vita delle persone e non solo della loro malattia.

In buona sostanza non si può parlare di come si deve articolare l'organizzazione sanitaria se non è chiaro quale sia il suo mandato e come lo debba esercitare. Questa considerazione vale sia per il quadro generale di impianto regionale, sia per la definizione delle singole strutture che ne fanno parte.

Proprio per questo è importante partire, anche nella definizione degli aspetti organizzativi, dalle funzioni che ogni punto del SSR deve garantire, superando le scelte basate su considerazioni geopolitiche, di influenza e potere, di voglia di cambiamento a fini mediatici o, anche peggio, di rifiuto di soluzioni già in atto a prescindere dai risultati ottenuti.

La Regione FVG ha intrapreso un percorso di drastica modifica della propria architettura organizzativa, sia attraverso decisioni regionali, sia con la riscrittura degli Atti Aziendali. Non sembra che le considerazioni fatte in premessa siano state fatte proprie, anzi sono molti i segnali che fanno pensare il contrario.

Gli ospedali

Nel percorso di salute delle persone la scelta del ricovero ospedaliero deve essere considerata opzione da esercitare solamente quando sia veramente necessaria non essendo possibile costruire alternative diagnostico- terapeutico – assistenziali diverse e quando vi è necessità dell'uso di tecnologie proprie dell'ospedale, di interventi chirurgici e di personale specialistico qualificato.

Ma tutto questo è una parte del percorso di cura, un ganglio importante di un sistema complesso e di conseguenza è un errore considerare l'ospedale come una struttura a sé stante, impermeabile rispetto la restante parte del mondo sanitario. È quindi fondamentale riappropriarsi del concetto della continuità territorio/ospedale/territorio nella logica dei percorsi di salute integrati a partire dalle reti clinico assistenziali, ma considerando anche le dimissioni protette, la presa in carico territoriale post ricovero, il coinvolgimento dei MMG nella gestione dei pazienti, eccetera...

L'ospedale è un presidio del territorio perché ad esso afferisce una comunità. L'ospedale deve quindi valutare non solo la performance interna ma l'impatto che ha nella comunità di riferimento, piccola o grande che sia. Deve agevolare chi ha più difficoltà di accesso.

Ma anche all'interno del panorama ospedaliero vanno definite alcune questioni. Pensiamo che i Dipartimenti vadano organizzati per competenza e reti cliniche e non per scelte geopolitiche o di potere, che la razionalizzazione rispetto al trattamento di alcune questioni (es: chirurgia oncologica, i punti nascita) sia necessaria ma vada fatta con la partecipazione attiva dei professionisti e basata su evidenze scientifiche ed epidemiologiche che tengano conto delle esperienze delle equipe, della casistica, delle tecnologie a disposizione, degli esiti. Su questo vanno anche previsti momenti di confronto con la popolazione e con le forze sociali, così come per i rapporti tra ospedali hub e spoke che devono basare le loro relazioni su ben definiti e condivisi PDTA che chiariscano bene i reciproci ruoli, responsabilità e competenze.

Ogni programmazione regionale sul rapporto tra ospedali e sulla definizione delle rispettive competenze e responsabilità va ben stabilita con la condivisione tra management e professionisti per ottenere uno scenario di collaborazione ed evitare momenti di distinguo e difficoltà operative.

Inoltre l'ospedale deve attrezzarsi, in maniera strutturale, per abbattere i tempi di attesa (in tutti i settori, prioritariamente sulla diagnostica e sulla chirurgia oncologica). È assolutamente necessario estendere l'orario di utilizzo delle tecnologie diagnostiche e delle sale operatorie, e non è immaginabile farlo costringendo il personale già in servizio a turni e prestazioni aggiuntivi.

Nei tempi recenti si è assistito non solo al ricorso a professionisti esterni pagati a gettone per dare prestazioni all'interno degli ospedali, ma addirittura a complete esternalizzazioni di servizi.

Si ritiene che sia una scelta sciagurata per vari motivi: costa di più, non offre alcuna garanzia di qualità, crea enorme disparità tra i professionisti e nega a priori il concetto di "sistema". È ovvio infatti che chi è pagato a prestazione o a presenza non possa considerarsi parte di una rete di presa in carico del paziente e non sarà portato ad interagire attivamente con il resto dell'organizzazione.

Il territorio

A parole, tutti si dicono concordi sul fatto che sia necessario sviluppare una buona organizzazione sanitaria territoriale. Vi è però un importante distinguo da fare. La mission delle articolazioni territoriali non è quella di evitare gli accessi impropri all'ospedale o di facilitare le dimissioni.

Questo deve essere virtuosa conseguenza del fatto che esista una presenza sanitaria territoriale forte, capace di fare da riferimento per il cittadino, di prendere in carico le questioni di salute del singolo e delle comunità, di garantire la continuità clinico assistenziale, specie nelle cronicità e di raccordarsi in maniera sinergica sia con la componente ospedaliera del sistema sia con i servizi sociali degli Enti Locali.

La sanità territoriale è quella parte del sistema che di più ha risentito, nel tempo, da un lato di cambi di architettura organizzativa e dall'altro di differenze significative nelle varie zone della regione FVG.

Il territorio — Il Distretto

I Distretti devono ritornare ad essere punto fermo di riferimento per la popolazione su tutte le questioni di salute. Sono i luoghi, anche fisici, che il cittadino riconosce come proprio interlocutore e ai quali viene affidata la regia dei percorsi di salute da sviluppare con la collaborazione dell'intero sistema, Ospedali e Dipartimento di Salute Mentale compresi. È dove trova attuazione l'integrazione socio-sanitaria con la stretta collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali chiamati ad agire sul medesimo territorio, con le associazioni dei cittadini e le forze sociali.

Centrale il loro ruolo, quali perni del sistema di salute complessivo, nella programmazione, gestione, coordinamento e nell'erogazione di assistenza sanitaria, in particolare per le persone fragili e le cronicità. È il Distretto, attraverso la sua conoscenza del territorio servito, che deve individuare i bisogni di salute della popolazione servita e agire da momento di programmazione operativa dell'attività del sistema.

I Distretti si devono poi organizzare, anche in base alle indicazioni del DM 77, gestendo proprie strutture specifiche che vadano a dare risposte alle varie questioni di salute.

I consultori devono ritornare a svolgere appieno il loro ruolo, nel rispetto della normativa che prevede la presenza di una struttura ogni 20mila abitanti.

I temi della non autosufficienza, delle malattie croniche anche pluripatologiche, dei minori, delle cure palliative, della sanità di genere, degli anziani, in generale della "home care", devono trovare risposta programmatoria e operativa nell'organizzazione distrettuale.

Il territorio — DM77

(DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale)

Questa norma è stata scritta avendo come riferimento il panorama nazionale, che si presenta assai variegato e assai diverso da regione a regione. È stato quindi necessario dare delle indicazioni che possano essere universalmente intese come basi per l'organizzazione dei servizi territoriali. La regione FVG presentava uno scenario assai più avanzato rispetto al quadro nazionale (anche se, come detto, con sostanziali differenze tra provincia e provincia) e quindi è necessario che vengano recepite appieno le funzioni che detta normativa attribuisce alla sanità territoriale, armonizzando le ipotesi organizzative con la realtà esistente che già presenta elevati standard di operatività, per non correre il rischio di allinearsi in basso alla situazione nazionale che, come si sa, presenta punti di forte sofferenza, soprattutto nella sanità territoriale.

Il territorio – DM77: le Case e gli Ospedali di comunità

Anche qui è necessario interpretare correttamente le funzioni (certamente condivisibili) che la normativa assegna a queste articolazioni. Il rischio è di focalizzarsi sulla creazione di strutture per rispettare le regole del finanziamento senza cogliere appieno le attribuzioni operative che dovrebbero, al contrario, essere il punto centrale di programmazione, oppure procedere semplicemente ad un cambio di denominazione di presidi che già esistono (vedi RSA).

Come si sa viene finanziata solamente la parte strutturale di questa operazione. Vi è quindi una corsa (più o meno rispettosa dei tempi) per aggredire la parte edilizia e strutturale, ma con due questioni completamente da affrontare.

La prima riguarda le professioni sanitarie, i medici, il personale di supporto, con attenzione particolare alla partecipazione dei Medici di Medicina Generale. La seconda l'attribuzione delle funzioni a queste nuove strutture e la loro collocazione all'interno del sistema di salute.

Le Linee di Gestione 2025 della Regione FVG parlano delle Case della Comunità come momento di gestione delle urgenze non complesse per sgravare i Pronto Soccorso dagli accessi impropri. Ciò è assolutamente riduttivo e sbagliato.

Riduttivo perché il ruolo delle Case della Comunità deve essere assai più importante, come è evidente non solo ex DM 77 ma anche nei documenti di programmazione regionale, che spesso appaiono corretti nella parte descrittiva per poi smentirsi nelle scelte operative.

Sbagliato perché lo scopo delle Case non è quello di sgravare i PS, ma quello di dare risposte di prossimità ai cittadini in difficoltà, in uno stretto rapporto con i MMG e con gli altri servizi distrettuali. Se ciò porterà anche a diminuire gli accessi in PS ciò sarà un valore aggiunto.

Le Case e gli Ospedali di Comunità devono essere strutture distrettuali, gestite direttamente dal servizio pubblico e diventare elementi importanti del sistema. Le Case devono essere il primo punto di accesso e di presa in carico e di raccordo dei servizi sanitari e sociali per garantire e gestire il percorso assistenziale individuale delle persone. Gli Ospedali devono rappresentare un'alternativa al ricovero ospedaliero (e non un aiuto alle dimissioni dai reparti). Come si capisce possono diventare passaggi importanti per i percorsi di salute individuali a gestione distrettuale, contribuendo, assieme alle altre strutture, alla costruzione della complessiva rete operativa della sanità.

Il DM 77 parla di Case e Ospedali e li relaziona alla parola "comunità". Così come sono definiti "di comunità" gli infermieri attivi in prima linea sul territorio. Questo significa che la comunità, le sue rappresentanze e le sue istanze devono essere protagoniste nella progettazione, gestione e valutazione di questi servizi. Significa che devono essere progettati in maniera flessibile e adattate alle diversità, ai bisogni e alle caratteristiche sociali e geografiche. Non esiste un modello valido per tutto e per tutti.

Il territorio — la Prevenzione

Il fattore di rischio più importante che il sistema salute deve affrontare sono le disuguaglianze che determinano differenze importanti nell'incidenza e la gravità delle malattie e nella speranza di vita. La sanità è uno degli strumenti essenziali per adempiere a quanto previsto dall'art. 3 della Costituzione dove dice che è compito della Repubblica "rimuovere gli ostacoli ... che impediscono il pieno sviluppo della persona umana"

È necessario che i programmi di prevenzione collettiva e di sanità pubblica siano rivolti a tutta la popolazione, ma prioritariamente a target di popolazione svantaggiata, per garantire uguale accesso alle opportunità di salute.

Occorre sgravare i servizi dei Dipartimenti di prevenzione da adempimenti non sostanziali sotto il profilo dei risultati di salute e incentivarli per trovare nuove configurazioni per la formulazione di strategie di rimozione dei rischi e tutela della popolazione.

Molte strutture dei Dipartimenti di Prevenzione patiscono una contrazione degli organici che ha prodotto nel periodo post pandemico una difficoltà a recuperare le progettazioni innovative sperimentali, appiattendolo le attività. Poco spazio e valorizzazione sono riservati alle attività di sorveglianza, di ricerca-azione, di studio e di promozione che consentano di consolidare nuovi modelli di intervento su priorità condivise e validate da tutti i soggetti sociali coinvolti.

12

L'attività di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro deve essere rivolta ai settori più critici in base alle evidenze statistiche e alle mappe di rischio, che mostrano peculiarità e differenze significative tra settori nei diversi territori della regione, nonché alle situazioni lavorative più fragili perché caratterizzate da lavoro precario e dalla presenza di stranieri. L'efficacia dei programmi non deve essere misurata solamente in base ai risultati quantitativi. Devono inoltre essere implementati piani mirati di prevenzione in collaborazione con tutti i soggetti interessati e con le parti sociali, con le risorse previste dal D. Lgs. 81/08.

Il territorio — Salute Mentale e Dipendenze

Assieme ai distretti, questa area di lavoro è stata il principale bersaglio della "rivisitazione" del SSR da parte della attuale Giunta Regionale e i risultati si stanno purtroppo evidenziando. Trieste, patria della rivoluzione basagliana e già centro collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, mostra ormai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) tripli rispetto le gestioni precedenti.

Questo dato dimostra come si stia perdendo la capacità di presa in carico delle persone. È assolutamente indispensabile ritrovare non solo l'organizzazione, ma anche la cultura e la professionalità necessari per riportare questi servizi a elevati standard di efficacia.

Il territorio — Il Soccorso Sanitario

Per quanto riguarda le criticità dell'organizzazione del servizio di emergenza sanitaria regionale (contrariamente a Polizia, Carabinieri e Vigili del Fuoco che mantengono le loro Centrali Operative Provinciali il 118 ha centralizzato l'attività a Palmanova), i problemi vanno molto oltre la questione del reperimento del personale infermieristico per la SORES.

L'attività di soccorso è peggiorata notevolmente sia dal punto di vista dei tempi operativi che dell'individuazione del target da raggiungere, che spesso vi sono troppe chiamate in contemporanea, che il personale non è preparato e stressato dai ritmi di lavoro e dalla lontananza della sede. Inoltre l'organizzazione del passaggio della telefonata dall'operatore 112 (laico) al 118 (sanitario) è spesso lenta e presenta inutili doppioni di richieste all'utenza che magari si trova in una situazione critica.

Va quindi ripensata completamente l'organizzazione del sistema. Non può essere sufficiente, anche se è cosa dovuta, incentivare economicamente infermieri affinché prestino servizio alla SORES se non si apre un serio ragionamento complessivo sul sistema dell'emergenza sanitaria territoriale in FVG.

Il territorio — i Medici di Medicina Generale

Scoppiato ormai in maniera clamorosa, questo tema ha due aspetti fondamentali. Il numero di professionisti che mancano lasciando scoperte importanti parti del territorio e la definizione del ruolo dei MMG all'interno del sistema e quindi del rapporto che essi debbono avere con i Distretti e le altre articolazioni sanitarie.

Si ricorda che dovrebbero essere i principali operatori delle Case della Comunità.

La prima questione chiama in causa da un lato la mancanza di programmazione (si sapeva da tempo quanti di loro si sarebbero pensionati) e dall'altro la scarsa attrattiva che questa professione ha, viste le condizioni e i carichi di lavoro.

Per quanto attiene al loro ruolo all'interno del sistema è necessaria una seria riflessione condivisa che codifichi chiaramente l'apporto che debbano dare all'attività distrettuale e viceversa gli strumenti che l'organizzazione deve mettere in campo per sostenere il loro lavoro sia rendendoli partecipi e coinvolti nelle scelte e costruendo metodologie operative in team multiprofessionali, sia offrendo supporti tecnologici, professionali, con percorsi di gestione dei pazienti facilitati dal contributo dei professionisti territoriali e ospedalieri.

Con uno sguardo attento all'eccessiva burocratizzazione del lavoro.

Il MMG è uno dei punti di accesso fondamentali ai servizi sanitari.

Se questa presenza di primo riferimento è in difficoltà si rischia di mettere in discussione l'accesso equo e universale al SSN.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico e i sistemi di comunicazione

Atteso che le indagini diagnostiche strumentali possono ormai essere effettuate (con il CUP Regionale) anche in sedi diverse da quella presso la quale è seguito il paziente, è ormai emergenza assoluta il fatto che non solo i referti, ma anche le immagini possano essere viste e consultate tra tutte i presidi ospedalieri e ambulatoriali pubblici della regione e anche tra questi e i privati che svolgono le indagini.

Questa operazione, assolutamente necessaria, si può effettuare anche adeguando il FSE, come avviene già in altre regioni.
La problematica emerge con forza anche nelle situazioni ad alta priorità di intervento (emergenze comprese).

gli elementi del sistema di salute: interventi e servizi sociali

La presa in carico delle persone, in particolare dei fragili, richiede necessariamente di tener conto anche dei loro bisogni socioassistenziali e delle risposte assistenziali a tali bisogni che devono armonizzarsi ed integrarsi con i servizi di tipo sanitario.

Dai dati relativi al sistema dei servizi sociali contenuti nel Rapporto sociale 2022 (ultimo pubblicato dalla Regione) è evidente che 36.149 (44% del totale) delle diagnosi sociali degli utenti presi sono chiaramente collegate con problemi di tipo sanitario (non autosufficienza, salute, dipendenze.)

In regione l'integrazione sociosanitaria tra Servizi Sociali dei Comuni (SSC) e i distretti sanitari è in forte crisi o comunque non è uniforme sul territorio regionale. Ormai da anni la regione non si occupa più della governance del sistema che dipende sempre più dalle scelte locali e di conseguenza si presenta sempre più a macchia di leopardo.

Questo fa sì che anche il confronto tra il SSC, gli altri soggetti istituzionali e gli organismi del privato sociale, è diversa a seconda dei territori. Anche su questo punto sono particolarmente importanti i Piani di Zona che dovrebbero assumere una fondamentale funzione di rappresentanza dei bisogni e delle istanze della comunità locale, unitamente all'individuazione delle sue risorse e dovrebbero avere come obiettivo strategico la definizione di scelte concertate.

Ai servizi sociali dei Comuni - SSC non vengono attribuiti obiettivi regionali di sistema da anni anche se al sistema dei SSC continuano ad essere attribuite notevoli risorse senza particolari vincoli di destinazione (quest'anno nel bilancio regionale sono stanziati 100milioni di euro di cui solo una minima parte è vincolata per le spese di regia e per la povertà).

Dunque la regione da un lato non aggiorna e non verifica gli obiettivi sociali e sociosanitari da raggiungere attraverso la programmazione territoriale dall'altro non diminuisce le risorse del fondo sociale. Di fatto non vengono più richiesti ai territori i programmi attuativi annuali e le intese annuali in materia sociosanitaria

Per quanto attiene la funzione sociale e il ruolo di governance della regione si ritiene strategico coinvolgere i sindaci e riavviare su tutto il territorio regionale la programmazione territoriale come prevista da norme che non sono mai state cambiate (piano attuativo annuale e intesa tra sanità/distretti sulle azioni sociosanitarie).

Inoltre su questi temi, e non solo come ultimamente avviene, su qualche singolo provvedimento amministrativo, andrebbe garantita la consultazione/concertazione con i diversi attori sociali.

Quindi, in sintesi:

Criticità di sistema

1. Ambiti territoriali sociali (SSC) sempre più deboli/non adeguati ad affrontare le nuove sfide che l'introduzione dei LEPS richiedono.
2. Programmazione sociosanitaria in stallo
3. Ruolo di governance di sistema della Regione (programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali; verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale).

Ricadute negative sulla popolazione

1. Servizi a macchia di leopardo/offerta di servizi e possibilità di accesso diverse a seconda del SSC di riferimento.
2. Valutazione e presa in carico sociosanitaria integrata sempre più difficoltosa/assente.

Punti di piattaforma a breve termine

1. Definire nuovi obiettivi per i PdZ - chiari strategici di indirizzo regionale e dare attuazione alla programmazione annuale tramite gli aggiornamenti annuali - PAA (piani attuativi annuali).
2. Approvare l'atto d'intesa annuale in materia di integrazione sociosanitaria tra gli ee.II. e gli enti del SSR.
3. Rafforzare le unità di valutazione multiprofessionale essenziali per la presa in carico integrata e per il superamento dell'approccio prestazionale
4. Ripristino delle relazioni con le organizzazioni sindacali sui temi strategici e di sistema e non solo su singoli provvedimenti amministrativi.

Piattaforma per un sistema di servizi sociali e sociosanitari

1. Ridefinire l'organizzazione del sistema di governance regionale del sistema degli interventi e servizi sociali e sociosanitari (a partire dall'organizzazione degli uffici regionali)
2. Ripensare le forme organizzative degli ATS (SSC).
3. Ripensare le modalità di integrazione sociosanitaria
4. Più in particolare in materia di non autosufficienza andrebbero integrate le risorse regionali dedicate. Inoltre è necessario migliorare l'integrazione tra i diversi strumenti previsti dal FAP (Fondo Autonomia Possibile), l'assistenza domiciliare e il sistema della residenzialità. A questo proposito necessita la creazione di un elenco di assistenti familiari con attestati di qualifica o frequenza a corsi regionali (competenze minime e corsi per assistente familiare) dove le famiglie possano scegliere persone adeguatamente formate anche utilizzando le risorse del FAP. Inoltre servono risorse e momenti formativi anche per i familiari (caregiver) per evitare che l'impegno di cura loro richiesto comprometta le relazioni familiari e sociali.

A fronte della situazione demografica e delle modifiche delle strutture e reti familiari emerge l'esigenza di un supporto diffuso ai caregiver che non può riguardare esclusivamente le classi a basso reddito.

Importante è anche la presa in carico e l'accompagnamento delle persone non autosufficienti e di chi se ne prende cura. A tal fine è necessario innanzi tutto rinforzare i Punti Unici di Accesso, aumentando il personale sanitario e sociale dedicato. Andrebbero inoltre sostenute altre aree di bisogno quali ad esempio servizi di trasporto, misure per favorire l'inserimento o il reinserimento lavorativo dei care giver e più in generale un buon coordinamento e una programmazione condivisa tra SSC e servizi sanitari di cui ampiamente si è già detto sopra.

il privato accreditato e le esternalizzazioni

Il rapporto del servizio pubblico con le strutture private deve essere improntato alla sussidiarietà pianificata e condivisa con una chiara gestione dei percorsi di salute da parte delle articolazioni del Servizio Sanitario Regionale. La differenza tra una organizzazione basata principalmente sull'erogazione di prestazioni (pubbliche o private che siano) e un sistema di salute pensato invece sulla presa in carico delle persone e delle comunità è evidente anche nelle scelte di programmazione di questo rapporto. Le scelte dell'amministrazione regionale mostrano con evidenza una pesante carenza di visione di "sistema".

La discussione su pubblico e privato assume spesso un carattere ideologico evitando così di entrare nel merito del problema. I dati dicono che in Friuli Venezia Giulia il privato accreditato e convenzionato ha una percentuale minore rispetto ad altre regioni e questo fa parte delle scelte politiche e imprenditoriali di decenni di governo regionale. Quello che deve però essere chiaro è che non esiste una percentuale "giusta" ma quella necessaria al completamento delle funzioni di Servizio sanitario universale, così come scritto già nella Legge n. 833/1978.

La spesa per il privato accreditato 2022 (dati Ministero) nella Regione FVG ammonta a 232 Euro/pro-capite di cui per ricoveri ospedalieri 60 €, specialistica 56 €, riabilitativa 12 € altro 112 €, a questi vanno aggiunti circa 30 € pro-capite per la spesa sul privato accreditato fuori regione. La percentuale sulla spesa de SSR è del 9,1% inferiore a molte regioni. La differenza è dovuta soprattutto alla storica minor presenza in FVG di strutture ospedaliere che altre realtà hanno un pro-capite da due (es. Veneto, Emilia-Romagna) a quattro cinque (es. Lazio, Lombardia) volte superiore al FVG.

Per puntare ad una programmazione pluriennale che consolidi e rafforzi il ruolo del pubblico sarebbe opportuno inserire un "tetto" di finanziamento al privato non superiore al 31.12.2024.

Le strutture ambulatoriali sono numerose e disperse con livelli organizzativi e qualitativi molto differenziati. L'unico gruppo importante extraregionale presente è GHC che ha il Centro Medico Università Castrense e l'ospedale Sanatorio Triestino.

L'attività ospedaliera prevalente è di chirurgia ortopedica programmata. Nessun ospedale ha l'attività di pronto soccorso o terapia intensiva. Il non inserimento del privato accreditato nella rete dell'emergenza urgenza, come la stragrande maggioranza del privato convenzionato in Italia, permette allo stesso una selezione di casistica meno complessa e di conseguenza meno onerosa dal punto di vista assistenziale ed economico.

Gli accordi contrattuali vengono stipulati ogni tre anni con la Regione e, sulla base di quelli, annualmente con le Aziende Sanitarie. Le agende delle prestazioni erogate sono inserite nel CUP regionale.

Nel 2024 è scaduto l'accordo triennale con le strutture private accreditate è quindi il momento di porre in discussione alcuni principi generali da includere nelle condizioni di rinnovo.

I rapporti di AGENAS hanno evidenziato alcune aree critiche da affrontare in particolare, per la parte ospedaliera, la qualità delle attività di chirurgia generale ed oncologica e per la parte ambulatoriale il livello di obsolescenza delle apparecchiature di diagnostica radiologica.

Si ritiene pertanto che prima del rinnovo debbano essere definite alcune condizioni:

1 Legge sulla Concorrenza

a- Va avviata la piena applicazione dell'Art. 15 Legge 118/2022 che prevede che "l'accredimento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza," Quindi una valutazione preliminare e continua dei risultati quale condizione per l'accredimento.

b - "I soggetti privati sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico." Quindi l'aggiornamento immediato delle regole per l'accredimento che comprenda tra l'altro, obbligatoriamente l'adesione al Fascicolo Sanitario Elettronico.

2 – Standard di qualità apparecchiature.

La definizione, come avviene in altre Regioni quali il vicino Veneto, di standard di qualità delle apparecchiature radiologiche rilevanti quale condizione per l'erogazione delle prestazioni

3 – Norme di salvaguardia. Se un privato accreditato si rifiuta di svolgere attività per cui è accreditato o che ne svolge una quantità minimale (esempio visite specialistiche) si deve prevedere l'interruzione del contratto.

4 – Percorsi di cura. Le prestazioni erogate devono essere tenendo conto di pazienti con patologie croniche e quindi programmate secondo criteri di continuità e accessibilità. Indispensabile a tal proposito l'adesione obbligatoria al FSE.

5 – Standard strutturali per la chirurgia extraospedaliera (es. oculistica). Devono essere definiti standard specifici e rigorosi per la chirurgia ambulatoriale extraospedaliera come la Regione Veneto. Non è possibile accreditare strutture inadeguate o addirittura con difficoltà di accesso per le persone disabili.

Il fenomeno delle esternalizzazioni ha assunto dimensioni sempre maggiori ed è praticato con due modalità: contratti con medici singoli ("gettonisti") o affidamento esterno di servizi con procedura pubblica. Ormai esiste un ampio mercato di "cooperative" di medici che fornisce turni e/o prestazioni di diverse tipologie. Negli ultimi anni alcune di queste

cooperative stanno reclutando medici stranieri il che aggiunge problemi di comprensione della lingua e di conoscenza del nostro sistema.

In Regione FVG vi è un ampio ricorso delle esternalizzazioni in particolare in alcune aree critiche per la carenza dei medici, in primis nelle aree di emergenza. Questo pone un importante problema di qualità sia per l'integrazione nel servizio che, nel caso di stranieri, di rischi per la chiarezza della comunicazione.

Una modalità in qualche maniera eccezionale è il bando in corso per l'esternalizzazione dell'intero servizio della radiologia di ASFO. Si tratta probabilmente l'unico caso in Italia riguardante un ospedale hub. Sarà necessaria un'attenta vigilanza sulla qualità erogata e su come il servizio esternalizzato si integri con il normale funzionamento dei presidi ospedalieri interessati.

Non da ultimo tutte le esternalizzazioni comportano un rilevante aumento dei costi a parità di prestazioni erogate.

Il valore delle persone nel SSR

Le politiche del personale sono uno dei punti centrali dell'organizzazione sanitaria, sia dal punto di vista delle dotazioni organiche, sia considerando come le Aziende siano sistemi basati sulle persone, sulla loro partecipazione, cultura, esperienza, professionalità.

Da questo punto di vista la gestione regionale è fallimentare. I servizi sono in crisi dappertutto, la sfiducia dei professionisti è evidente, in molti fuggono dal pubblico e il clima aziendale è pessimo ovunque.

Perché un piano straordinario di assunzioni è essenziale per il Friuli Venezia Giulia?

Negli ultimi anni, il Friuli Venezia Giulia ha affrontato sfide significative nell'ambito dell'assistenza sanitaria. L'invecchiamento della popolazione e i numerosi pensionamenti in Sanità hanno creato gravi carenze in ruoli fondamentali. Vediamo nel dettaglio le principali ragioni che rendono indispensabile un intervento straordinario.

20

Invecchiamento demografico e aumento delle patologie croniche

Con una delle popolazioni più anziane d'Italia, il Friuli Venezia Giulia registra un incremento continuo delle richieste assistenziali e delle patologie croniche. Questo contesto rende urgente l'ampliamento del personale sanitario e sociosanitario, al fine di garantire servizi adeguati alle crescenti necessità della popolazione.

Turnover e pensionamenti

Negli ultimi anni, misure come Quota 100 hanno accelerato il pensionamento di molti professionisti sanitari, lasciando scoperte posizioni chiave. Questo ha aumentato il carico di lavoro degli operatori rimasti, creando criticità che possono essere risolte solo con un piano di assunzioni straordinario.

Nuove sfide organizzative e assistenziali

La pandemia da COVID-19 ha evidenziato l'importanza di figure specializzate, come anestesisti-rianimatori e infermieri di terapia intensiva, così come di professionisti capaci di rafforzare la sanità territoriale, come medici di medicina generale e infermieri di comunità. L'adozione di modelli innovativi, come la telemedicina e l'assistenza domiciliare, richiede inoltre un adeguamento immediato degli organici.

Figure professionali prioritarie

Le professioni più carenti includono:

- **Medici specialisti**: particolarmente anestesisti, geriatri, psichiatri e pediatri.
- **Infermieri e professionisti sanitari**: necessari nei reparti ad alta intensità e nell'assistenza territoriale o domiciliare.
- **Personale tecnico e amministrativo**: essenziale per la digitalizzazione e la gestione dei processi innovativi (Data manager, ingegneri gestionali, informatici)
- Staff di supporto alla gestione delle risorse umane e alla formazione continua.

Criticità territoriali

Alcune aree della regione, come le zone montane e periferiche, trovano particolari difficoltà nell'attrarre personale sanitario. Anche i Pronto Soccorso e i servizi di emergenza-urgenza soffrono di gravi carenze di personale, con conseguente sovraccarico di lavoro e tempi di attesa più lunghi per i pazienti. Le zone montane (Carnia, Valli del Natisone, parte della provincia di Pordenone) faticano ad attrarre e trattenere professionisti. La carenza di specialisti obbliga spesso a ricorrere a mobilità temporanee o contratti interinali. La carenza di organico riguarda, comunque, tutte le Aziende Sanitarie del territorio regionale.

Superare i luoghi comuni

1. Persistono pregiudizi sull'eccesso di personale nel sistema sanitario, ma un'analisi approfondita dimostra che i numeri spesso non tengono conto delle effettive necessità territoriali e dell'invecchiamento della popolazione. I dati globali operatori/abitanti non sempre tengono conto dei contratti part-time, del reale fabbisogno epidemiologico e della distribuzione sul territorio (zone urbane verso aree periferiche). Il rapporto tra popolazione ed infermieri in Fvg è nettamente inferiore a quello dei Paesi OCSE. C'è la **necessità di un'analisi dettagliata** infatti l'alto tasso di invecchiamento della popolazione e la disomogeneità territoriale dimostrano che il personale è ancora insufficiente.

21

Proposte operative per un piano straordinario

1. **Piano regionale condiviso**: coinvolgimento di sindacati, RSU, RLS e università per identificare il fabbisogno reale di personale (medici, infermieri, tecnici sanitari, figure amministrative).
2. **Accordo regionale** per supportare le situazioni di disagio e gravosità degli operatori e per sostenere le priorità di intervento condivise per il miglioramento dei servizi.
3. Pubblicazione di **bandi di concorso regionali** unificati e semplificati per garantire copertura uniforme e rapida dei posti vacanti.
4. **Incentivi economici e logistici**: Benefici economici e logistici per chi accetta incarichi in aree periferiche (alloggi a canone agevolato, rimborso viaggi).
5. **Investimenti in formazione specialistica**: Collaborazione con le Università di Trieste e Udine per orientare e incrementare i posti nelle Scuole di Specializzazione e nei corsi di laurea delle professioni sanitarie.
6. **Monitoraggio continuo**: osservazione periodica delle carenze per orientare le politiche di assunzione. Potenziamento di un osservatorio regionale che raccolga

dati su carichi di lavoro, tempi d'attesa, pensionamenti e necessità di personale e condivisione periodica dei risultati per orientare le politiche di assunzione e informare correttamente l'opinione pubblica.

Interventi per prevenire lo stress lavoro-correlato

1. **Adeguamento degli organici**
Piani di assunzione che riducano gli straordinari e i turni aggiuntivi, migliorando la qualità del lavoro nei reparti più sotto pressione (PS, TI, Medicina interna).
2. **Miglior gestione dei turni e supporto psicologico**
Riposi compensativi e rotazione equa del personale; servizi di consulenza e sportelli di ascolto per prevenire burnout e disagio.
3. **Digitalizzazione e riduzione dei carichi burocratici**
Sistemi informativi integrati, formazione all'uso delle tecnologie, semplificazione della documentazione clinico-amministrativa.

Un piano straordinario di assunzioni, supportato da **politiche di incentivo, formazione** del personale, è essenziale per garantire:

1. Ricambio generazionale e copertura delle carenze dovute ai pensionamenti.
2. Gestione efficace dell'aumento di domanda assistenziale, dovuto all'alto tasso di invecchiamento della popolazione regionale.
3. Potenziamento dei servizi territoriali e specialistici, indispensabile per affrontare le nuove sfide (cronicità, emergenze, digitalizzazione).

La **contrattazione sindacale** (integrativa e nazionale) e il rispetto delle **norme sulla sicurezza e la salute sul lavoro** (D.Lgs. 81/2008) restano strumenti fondamentali per realizzare un'organizzazione del lavoro più equa e prevenire lo stress lavoro-correlato. La necessità nelle strutture gravate da complessità organizzative e di impresa, come previsto dal testo unico, della costituzione del RLS di sito che rappresenti tutti i lavoratori, indipendentemente dal rapporto di dipendenza.

Solo attraverso un'azione coordinata tra istituzioni regionali, aziende sanitarie e università sarà possibile costruire una sanità pubblica forte, in grado di rispondere ai bisogni della popolazione, soprattutto nelle aree più svantaggiate. Un piano straordinario di assunzioni rappresenta la base per affrontare con efficacia le sfide del futuro.

il finanziamento

Occorre premettere elementi di contesto e principi fondamentali per definire quali debbano essere i riferimenti per determinare, in linea di principio, la parte del bilancio regionale dedicata al finanziamento del SSR.

Il diritto alla salute è un diritto di tutte e tutti e i principi costituzionali (art. 32) devono essere perseguiti. L'universalità di tale diritto definisce prioritariamente il principio dell'**incomprimibilità** delle linee di finanziamento al SSR.

L'individuazione di rapporti tra bilancio e spesa e spesa pro-capite non è in grado di definire attualmente, a livello regionale, punti di riferimento od obiettivi verosimili perché non appaiono correlati ad effettivi investimenti in specifici settori d'intervento, con obiettivi di sviluppo chiari e ben definiti.

La spesa storica non si è sostanzialmente modificata e risulta insufficiente anche rispetto ad un quadro demografico ed epidemiologico aggravatosi negli ultimi anni a causa dell'invecchiamento della popolazione, della bassa natalità e del conseguente carico sui servizi. Ne sono dimostrazione i risultati sui servizi erogati, sui presidi territoriali ed ospedalieri, il dato preoccupante di abbandono delle cure (10 % popolazione e 24% della popolazione over 65), il persistere di lunghe liste d'attesa, il fenomeno illegale delle liste chiuse.

Le dichiarazioni di aumento degli investimenti in sanità non fanno capire quanto di questi ultimi siano dovuti al recupero dei deficit delle Aziende dell'anno precedente, all'aumento dell'inflazione che si abbatte su beni e servizi, all'aumento del costo dei farmaci, ai vari rinnovi dei contratti di lavoro. In altre parole sarebbe necessario, con trasparente evidenza, capire quanto si vuole investire davvero in sanità, con quali obiettivi, con responsabilità affidate a chi, con quali strategie di sviluppo o quanto meno di recupero dell'efficienza/efficacia che era propria del FVG e che adesso è andata perduta.

Va anche tenuto conto della necessità nei prossimi anni, anche in vista dell'applicazione del DM 77, un forte investimento organizzativo e sul personale in grado di realizzare effettivamente un radicale cambio di passo sulla sanità territoriale che deve restare a gestione esclusivamente pubblica.

È chiaro che, in un contesto di crescente difficoltà per il SSR, dovuto certamente anche a scelte sbagliate di governo regionale del sistema, è ormai imprescindibile costruire un solido progetto pluriennale finanziario economico sulla sanità regionale che tenga conto anche delle necessità di sviluppo della organizzazione territoriale, dell'adeguamento del personale (quali/quantitativo) soprattutto delle aree di lavoro in maggior sofferenza, dell'ammodernamento delle tecnologie, eccetera.

I dati anagrafici del personale del SSR e le già attuali evidenti carenze nelle reali dotazioni organiche in servizio impongono un piano straordinario di assunzione orientato a

recuperare prioritariamente le competenze professionali sanitarie e tecniche riportandole ai rapporti percentuali pre pandemici (siamo a -10% medici e -5% infermieri).

Va recuperato il potere di acquisto delle lavoratrici e lavoratori, in un quadro di bassi salari rispetto le altre regioni e con quote riservate agli aumenti contrattuali nel bilancio dello stato (6% circa) attraverso un decisivo intervento sulla contrattazione regionale che non può vincolare gli interventi solo a fronte di maggiori prestazioni. È anche necessaria l'individuazione di azioni sul sistema universitario, sul welfare abitativo, sulle borse delle specializzazioni più carenti nel servizio sanitario.

Serve un investimento sugli appalti in termini di adeguatezza dei CCNL individuati per garantire salari dignitosi, adeguatezza degli organici e conseguentemente rispetto la qualità degli appalti stessi.

Per contrastare il fenomeno della mobilità passiva (perdita di risorse a favore di altre regioni) e del ricorso al privato con livelli altissimi della spesa pro capite o l'abbandono delle cure è necessario investire nelle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche che devono essere messe in grado di offrire risposte di qualità, appropriate e tempestive ai bisogni della cittadinanza.

Sono presenti sul territorio regionale differenti possibilità di accesso al SSR per le persone determinate da svantaggi geografici, condizioni socioeconomiche, maggiori fragilità e strutturazioni storiche dell'organizzazione aziendale che vanno complessivamente superate. Appare necessario predisporre investimenti mirati per affrontare la questione.

il valore del lavoro negli appalti

La delicatezza del settore degli appalti pubblici, quali sono anche quelli della Sanità, è dovuta al possibile rischio di scarsa trasparenza e legalità che la recente normativa di modifica al Codice degli appalti pubblici (D.Lgs 209/2024) potrebbe apportare anche nelle strutture della nostra Regione, per gli appalti di servizi, lavori e forniture.

È fatto conosciuto quello secondo cui, laddove vi sono valorizzazione delle caratteristiche qualitative delle imprese, rispetto dei diritti sociali e contrattuali, relazioni sindacali consolidate con pieno riconoscimento della funzione di rappresentanza, vi sia maggior controllo sul rischio di fenomeni d'illegalità, di irregolarità e di mancato rispetto delle norme in materia di Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro (di seguito Ssl).

L'obiettivo che ci si pone è quello di garantire corrette ed adeguate condizioni contrattuali alle lavoratrici ed ai lavoratori negli appalti della Sanità, definendo innanzitutto la qualità del servizio attraverso l'esemplificazione di tutti gli indicatori necessari al raggiungimento dell'obiettivo.

Trasparenza, legalità, vigilanza sono parole chiave in un settore che troppo spesso sfugge, per la sua polverizzazione in tantissime micro realtà lavorative, alla possibilità di intercettazione e controllo da parte del Sindacato, in un contesto così delicato ed importante per la fragilità dell'utenza che accede alle strutture sanitarie.

La piattaforma esemplificata nei punti a seguire, è frutto del lavoro sinergico tra la Confederazione Regionale e tutte le Categorie Regionali coinvolte negli appalti presenti nella Sanità.

1- CONTRATTAZIONE D'ANTICIPO

Confronto preventivo con la stazione appaltante per caratterizzare bando di gara e strutturazione del capitolato, funzionalmente alla tutela della buona occupazione e della qualità del servizio erogato in tutta la filiera dell'appalto.

- a) Impegno dell'Azienda Sanitaria a comunicare preventivamente alle OO.SS. firmatarie del protocollo, la programmazione e le scadenze degli appalti, fornendola lista delle imprese coinvolte;
- b) a seguire la richiesta di una programmazione di incontri tra le parti per definire:
 - la scelta del corretto Ccnl (*Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro*) di settore legato all'oggetto dell'appalto e firmato dalle OO.SS. comparativamente maggiormente rappresentative;
 - l'inserimento nel bando di gara delle clausole sociali a tutela della continuità occupazionale delle lavoratrici e lavoratori già impiegate nell'appalto;
 - la tutela, in sede di cambio appalto, di tutti i diritti acquisiti retributivi e normativi dei lavoratori oggetto del passaggio d'appalto;

- la prevalenza dell'offerta economicamente più vantaggiosa, invece del minimo ribasso, con la garanzia dell'80% del valore sull'offerta tecnica e su condizioni di migliore organizzazione del lavoro (Odl) come precisamente indicati;
 - la garanzia di messa a disposizione di risorse specifiche per una contrattazione integrativa che non solo riesca a migliorare le condizioni lavorative ma che possa intervenire su meccanismi d'incremento salariale;
- c) valutazione, in sede di gara, di criteri di qualità premianti per le imprese, quali la responsabilità sociale e le politiche di pari opportunità;
 - d) richiesta di verifica del Durc (*documento unico di regolarità contributiva*) di congruità tra l'organizzazione del lavoro e la manodopera numericamente utilizzata, propedeuticamente alla quantificazione dei carichi di lavoro;
 - e) impegno di responsabilità in solido della stazione appaltante in caso di inadempienze retributive, contributive ed assicurative della ditta in appalto nei confronti di lavoratrici e lavoratori, anche in corso d'opera;
 - f) la stazione appaltante s'impegna alla contrattazione d'anticipo con le OO.SS. anche per la scelta dell'Agenzia più virtuosa per la ricerca dei lavoratori in somministrazione.

2 – SUBAPPALTO

- a) Riduzione ed esaustiva giustificazione per il ricorso al subappalto e divieto del subappalto a cascata;
- b) parità di trattamento economico e normativo e rispetto dello stesso Ccnl tra lavoratori in appalto e subappalto.

3 - SALUTE E SICUREZZA

- a) Procedere all'elezione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza del Sito Produttivo (Rlssp) laddove vi siano le condizioni dettate dall' Art 49 D.Lgs81/2008 per l'insistenza di fattori di rischio interferente e per la complessità dei processi organizzativi nelle grandi strutture sanitarie;
- b) prevedere step di monitoraggio e controllo della spesa degli oneri relativi all'applicazione delle norme su salute e sicurezza.

4 - TRASPARENZA E LEGALITA'

- a) Richiesta di una figura di riferimento specifica per gli appalti, all'interno dell'azienda sanitaria, in grado di fornire sempre una puntuale, precisa e aggiornata mappatura degli appalti e con cui comunicare direttamente da parte delle OO. SS, per segnalare inadempienze delle ditte in appalto e per costruire un'efficace ed immediata modalità di controllo per ogni irregolarità., al fine di garantire la massima trasparenza e correttezza nell'affidamento e nell'esecuzione dell'appalto;
- b) prevedere un sistema sanzionatorio per tutte le inadempienze accertate, non solo in corso d'opera ma anche antecedenti all'evidenza pubblica della procedura, relativamente a tutti gli obblighi contrattuali derivanti dal rapporto di lavoro, al mancato inserimento dei soggetti svantaggiati ed al non rispetto delle norme in materia di sicurezza sul lavoro;
- c) considerare la valenza del Durc di congruità anche ai fini del recesso contrattuale;
- d) prevedere l'informazione periodica alle rappresentanze sindacali sull'andamento degli appalti.

le proposte operative per il breve termine

1. Adeguare le risorse finanziarie assegnate al Servizio Sanitario Regionale. Oltre alla copertura dei disavanzi, all'allineamento all'inflazione, all'aumento della spesa dei farmaci e del personale, è necessario che il sistema disponga di risorse stabili per mantenere standard di qualità e universalità e sviluppare i servizi.
2. Predisporre ed attuare un piano di assunzioni straordinario, in particolare per il personale sanitario.
3. Realizzare un piano operativo "strutturale" per l'abbattimento delle liste di attesa non basato solo sul ricorso a prestazioni aggiuntive e straordinari e al ricorso al privato.
4. Introdurre standard di accreditamento e verifica della qualità delle strutture, dell'attività e degli esiti per il privato accreditato.
5. Ridare il ruolo di regia del sistema ai Distretti anche dimensionandoli secondo le indicazioni nazionali. Adeguare ruolo e capillarità secondo normativa dei Consultori.
6. Seguire le indicazioni del DM 77 rispetto le funzioni da attribuire alle nuove strutture previste che devono essere a gestione pubblica e inserite nell'organizzazione distrettuale.
7. Aumentare le risorse per la non autosufficienza
8. Riportare i servizi della Salute Mentale e delle Dipendenze a standard operativi di qualità ed efficacia.
9. Proporre programmi di prevenzione e sanità pubblica con un'attenzione prioritaria ai gruppi più svantaggiati, per garantire equità nell'accesso alla salute.
10. Adottare piani mirati di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro nei settori più critici.
11. Eliminare il ricorso alle esternalizzazioni di vario tipo nel settore sanitario.
12. Reintrodurre strumenti di collaborazione tra i servizi sanitari e quelli sociali (Piani di Zona).
13. Reintrodurre sistemi di monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia attraverso report pubblici a disposizione delle Aziende e degli stakeholders.
14. Istituire a vari livelli (regionale e aziendale) momenti di confronto periodici con i professionisti, le organizzazioni dei cittadini e le forze sindacali e sociali.
15. Predisporre un progetto operativo per la sanità di prossimità nelle Aree Interne