

DOCUMENTO POLITICO

PREMESSA

Dopo 45 anni dalla legge 833/78, che istituì il SSN unico, equo ed universalistico nel nostro Paese, assistiamo ad un progressivo degrado delle nostre strutture assistenziali pubbliche e, al contempo, registriamo un preoccupante livello di macroscopiche diseguaglianze socio assistenziali in un sistema salute in cui, secondo l'ultimo rapporto CREA, la spesa privata supera i 40 miliardi e 1,6 milioni di famiglie sono in stato di povertà conclamata.

Gli effetti nefasti di queste condizioni si ripercuotono sui cittadini meno abbienti che non possono accedere né all'assistenza pubblica che di fatto li respinge a causa di liste di attesa bibliche e, tanto meno, possono in alternativa ricorrere all'offerta sanitaria privata che, peraltro, registra un vorticoso incremento degli accessi e dei profitti, grazie alle recenti scelte politiche. Queste scelte, che, di fatto, annichiliscono il valore pubblico solidaristico che la nostra Costituzione garantisce ai cittadini in tema di assistenza sanitaria, oramai sono irreversibilmente orientate a venire incontro ai "desiderata" delle imprese private, dei gruppi imprenditoriali del settore e delle compagnie assicurative. L'obiettivo dichiarato è quello del disimpegno sostanziale dall'ordinamento virtuoso dell'assistenza solidaristica per traghettare nel limbo delle fasce di mercato più remunerative e convenienti che contribuiranno ad affossare sempre di più il SSN che diventerà residuale e raccoglierà soltanto i resti di un'assistenza sempre più complessa, svantaggiosa, inefficiente e inefficace. E tutto questo a danno del cittadino inerme sempre più vittima di scelte a dir poco scellerate.

Certo, tale situazione è figlia di anni di errori strategico-politici che hanno condotto, inevitabilmente, al depotenziamento dell'assistenza pubblica con la costante e inesorabile riduzione delle risorse disponibili (umane, economiche, tecnologiche). Così, stiamo assistendo alla chiusura progressiva di poli ospedalieri, alle difficoltà sempre più gravi dei livelli assistenziali e organizzativi sul territorio, alla malcelata sottostima dei fabbisogni e, non ultimo, alla mancata valorizzazione delle competenze e del capitale umano.

Tutto questo "Armageddon" avviene nella totale assenza di informazione e coinvolgimento dei cittadini che, però, pur percependo sulla propria pelle il crescente disagio (dal Sondaggio IPSOS Gennaio 2023: *L'art. 32 della Costituzione viene rispettato?* il 70% dei cittadini ha risposto: No, non del tutto), si stanno adattando cercando affannosamente qualche via alternativa che possa evitare il fatale approdo alla rinuncia delle cure. Va da sé che, così come accade per le cure, la stessa deriva sta investendo (e non poteva essere altrimenti) il settore della prevenzione, un settore che di contro dovrebbe essere etichettato come l'unico vero e irrinunciabile investimento da fare in sanità e che potrebbe salvare o migliorare la qualità della vita di molte più persone (v. Rapporto SVIMEZ 2024: *Un Paese, due cure*).

Di fronte a questo sfascio, si deve procedere con speditezza per attivare tutte quelle strategie e quelle strade che possano condurre ad una rivisitazione se non ad una retromarcia delle politiche messe in atto fino a questo momento per tutelare la salute di tutti e soprattutto dei più poveri ma senza creare dislivelli assistenziali tipici di alcuni paesi anglosassoni. Allo stato attuale dobbiamo riconoscere che non ci sono ricette

salvifiche. Però alcune riflessioni, propedeutiche agli interventi che dovranno con urgenza essere posti in campo, vanno certamente fatte.

Il sistema, come oramai acclarato, ruota sostanzialmente intorno a due parole chiave: finanziamento e sostenibilità, ma vanno anche indagate e considerate queste altre direttrici:

- missione del servizio pubblico
- equità di accesso
- sicurezza delle cure
- efficienza delle organizzazioni
- capitale umano, stato giuridico delle professioni sanitarie e politiche di gestione delle risorse umane.

Il finanziamento e la sostenibilità vanno di pari passo perché la situazione economica del Paese non consente oggi alcuno spreco di risorse su spinte consumistiche di mercato. Spinte che non tengono in debito conto l'appropriatezza della domanda, dell'offerta e degli esiti delle cure. Altro elemento da tenere sotto controllo è quello correlato alla cosiddetta medicina difensiva che ha determinato un eccesso di domanda per prestazioni troppo spesso inutili. Riguardo a quest'ultimo aspetto, diventa **prioritaria la necessità di prevedere la depenalizzazione dell'atto sanitario per tutti i professionisti del SSN (non solo per i medici)**.

La missione del servizio pubblico è il caposaldo su cui ruota tutto il sistema. Essa va declinata secondo i vari contesti e attualizzata anche in considerazione dei cambiamenti culturali, ambientali, sociosanitari, economici e delle aspettative di crescita e soddisfazione dei professionisti della salute.

L'equità di accesso alle cure deve essere invece il fine unico per assicurare l'uguaglianza tra tutti i cittadini, nessuno escluso, da nord a sud del Paese. A tal proposito non si può sottacere il fatto che questo principio possa essere messo in discussione con la costituenda autonomia delle regioni.

La sicurezza delle cure, oltre alla logica valorizzazione delle competenze attraverso una costante formazione dei professionisti della salute, va coniugata non solo con il periodico aggiornamento strutturale e tecnologico ma, anche, con una costante vigilanza e controllo del sistema di accreditamento e della convenzionata esterna. Le regole devono essere dettate e verificate dal sistema pubblico che amministra i proventi del sistema fiscale. Deve essere, al contempo, attivato un controllo rigoroso sugli sprechi e sull'appropriatezza degli interventi in tutte le attività sanitarie che vanno dalla prevenzione alla cura, dalla riabilitazione al benessere generale della popolazione.

L'efficienza delle organizzazioni è un altro tema che, a 45 anni dalla legge 833 e ancora meglio dalla aziendalizzazione determinata dalla Legge 502/92, manifesta forti elementi di criticità in quanto le organizzazioni sono, per lo più, ospedalocentriche mentre, invece, dovrebbero essere rese trasversali, flessibili, moderne e interprofessionali. In tal modo verrebbe favorita la territorializzazione, la multidisciplinarietà e l'integrazione con effetti positivi sulle liste di attesa, sui ricoveri impropri e sulle lungodegenze lasciando, di conseguenza, all'ospedale solo l'emergenza-urgenza e l'attività in elezione adeguatamente programmata. In questo contesto gli operatori sanitari tutti, compresi i medici di medicina generale, all'interno di un circuito assistenziale che dovrà rivedere e rimodulare anche il sistema delle attuali convenzioni, diventeranno parti integranti del processo di sviluppo assistenziale del SSN in tutte le fasi (programmazione, organizzazione, monitoraggio, verifica e conseguente rivisitazione delle scelte di politica della salute e delle linee di produzione delle stesse) e in tutti i livelli di offerta del SSN (nazionale, regionale e aziendale).

Il capitale umano, lo stato giuridico delle professioni sanitarie e le politiche di gestione delle risorse umane sono temi che dovranno essere trattati "in unicum" perché negli anni si è assistito allo svilimento del capitale

umano, sempre considerato e trattato sostanzialmente come un costo piuttosto che una risorsa mentre, invece, si dovrà invertire la rotta ripartendo dalla riformulazione anche dello stato giuridico al fine di meglio tarare il peso e la valenza specialistica. Rivedere lo status giuridico significherà perseguire e raggiungere l'obiettivo virtuoso di valorizzare la diversità specifica del settore sanitario distinguendolo dagli altri comparti del servizio pubblico, attraverso l'implementazione di regole specifiche, non solo in virtù della sua missione di tutela di un diritto costituzionalmente garantito ma, anche, per la sua intrinseca complessità costituita da oltre trenta professioni sanitarie che vi operano con la corretta e riconosciuta autonomia e competenza professionale.

LA POLITICA FASSID IN QUESTO NUOVO CONTESTO

La Federazione FASSID, annovera al suo interno rappresentanze di tutte le professionalità della medicina dei Servizi del SSN (AIPAC - Patologi clinici, AUPI- Psicologi, SIMET - Medici del Territorio e della Igiene e Prevenzione, SINAFO-Farmacisti Ospedalieri e dei Servizi Territoriali (SNR-Dirigenti dell'Area Radiologica) che, insieme alle altre organizzazioni sindacali rappresentative di professionisti che operano in altri servizi specifici (quali, ad esempio, anestesisti ed i veterinari), può essere definita, nel panorama sanitario, senza dubbio una Organizzazione Sindacale che rappresenta i SERVIZI.

L'obiettivo che si è posto la nostra federazione, nel momento in cui si è costituita, è stato quello di proporsi come interlocutore terzo, all'interno del percorso della salute pubblica, utile per lo studio e la ricerca di iter necessari per la valorizzazione dell'appropriatezza delle cure e per saldare, rendendoli sempre più efficienti, i meccanismi utili ad assicurare la continuità tra domanda ed offerta. Questa mission risulta coerente se si considera che la valenza trasversale tra tutti i servizi, degli ospedali e del territorio, può rispondere in maniera completa ai nuovi bisogni attraverso la multidisciplinarietà e offrire la necessaria interpretazione critica della domanda avvicinandola maggiormente e progressivamente ai veri bisogni insoddisfatti della popolazione, che potranno pertanto avvalersi di un'offerta di alta qualità e reale utilità.

Come Sindacato della Sanità dei Servizi, che accoglie professionisti dirigenti a valenza trasversale e di supporto alle discipline di alta specializzazione, dovremo porci come obiettivo il passaggio dalla attuale visione soltanto ospedalocentrica a quella della valorizzazione dell'offerta territoriale al fine di rendere ogni percorso più accessibile e diminuire le distanze tra cittadino ed istituzioni garantendo, al contempo, la sostenibilità e la qualità dell'assistenza favorendo l'accesso all'innovazione e la crescita del livello delle cure.

I nostri iscritti, in primo luogo, si aspettano che la nostra Federazione si impegni a partecipare ai tavoli ministeriali per offrire il proprio contributo per la realizzazione di una corretta programmazione della sanità del futuro che intervenga sulla rivisitazione dei bacini di utenza, la valorizzazione delle competenze con particolare riferimento ai requisiti di qualità e sicurezza dell'assistito e alla definizione di nuove linee guida, e/o atti normativi in coerenza con la crescita delle varie professioni rispetto ai cambiamenti, normati e non, intervenuti negli ultimi anni.

Sarà necessario costruire filtri adeguati a selezionare le attività ambulatoriali più utili per patologie complesse, come quelle oncologiche, ipotizzare idonei mezzi utili ad identificare e meglio veicolare le attività di ricovero (Day Hospital, Day surgery, ricovero ordinario, lungodegenza) riducendo, in tal modo, gli accessi al Pronto Soccorso. Con una organizzazione complessa ma del tutto nuova rispetto a quella attuale, si potrà consentire maggiore efficacia ed efficienza nella diagnosi e terapia in caso di casistiche ad elevata complessità e si potranno gestire in maniera più adeguata i pazienti affetti da patologie croniche. In considerazione del costante aumento del ricorso agli esami diagnostici (soprattutto laboratoristici e radiologici), si potranno dare risposte immediate in urgenza/emergenza, grazie ad un servizio di guardia attiva, in sostituzione della Pronta disponibilità nei DEA di I e II livello (nel tentativo di realizzare la tanto auspicata sicurezza delle cure richiamata in numerosi provvedimenti legislativi recenti, soprattutto in relazione alle patologie tempo-dipendenti). Il

tutto ai sensi del DM del Ministero della Salute del 29 gennaio 1992 (allegato A, art. 1), sulle attività di alta specialità.

Si dovranno, poi, superare le criticità legate alla totale assenza o insufficienza di percorsi clinici per patologie, condivisi su base multi-specialistica e multi-disciplinare, impegnando strutture territoriali e ospedaliere a seconda delle differenti fasi dell'evoluzione della malattia, con possibilità di attività diagnostiche adeguate al livello tecnologico e coerenti rispetto ai volumi e all' impegno organizzativo richiesto.

Sul territorio andrà sviluppato il tema della Prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle patologie oncologiche e non, attraverso programmi di informazione e di screening, dovrà essere potenziata la gestione delle malattie croniche non complicate e grande importanza dovrà essere riservata alla definizione del concetto di "Ospedale a domicilio" (da sviluppare in collaborazione con le strutture ospedaliere).

Così come appare evidente la difficoltà di erogazione dei servizi, tenendo conto delle note carenze di personale che affliggono il nostro Servizio Sanitario per i continui tagli degli organici, le quiescenze, la fuga dei medici e dei sanitari verso un privato o convenzionato molto spesso caratterizzato da regole a volte opinabili, che opera in maniera concorrenziale e a volte sleale con il servizio pubblico.

FASSID non ha alcun pregiudizio verso il servizio privato, tuttavia la concorrenza tra pubblico e privato deve essere leale e non condizionata da tagli gratuiti o deviazioni di risorse orientate esclusivamente a favorire le strutture private. Va, infatti, rammentato il rischio sempre immanente che il privato possa creare sacche di spreco per sovra-offerta (remunerativa!) che esporrebbe l'assistito a rischi inutili ed evitabili e, in ogni caso, smisurati rispetto al risultato di salute atteso.

FASSID in ossequio al dettato costituzionale, alle norme giuridiche in tema di rappresentatività delle organizzazioni sindacali a tutela di tutti i lavoratori, nonché agli aspetti formativi e professionali, si impegna a rendere esigibili tutti gli aspetti contrattuali e professionali che interessano i propri iscritti così come sinteticamente rappresentati:

- nella formazione specialistica continuerà a portare avanti il disegno per colmare l'attuale gap, ancor oggi esistente tra dirigenza medica e dirigenza sanitaria, che consiste nel mancato riconoscimento a questi ultimi della remunerazione durante il percorso formativo della specializzazione da sempre prevista e concessa agli specializzandi medici;
- favorirà l'inserimento nel SSN degli specializzandi dal secondo anno in poi favorendo la formazione anche al di fuori delle sedi ospedaliere delle Università, individuando altri contesti del SSN, compreso quello territoriale, garantendo contestualmente contratti equi in continuità con la formazione;
- assicurerà a tutto il personale della dirigenza sanitaria oltre all'esigibilità contrattuale (diritto sacrosanto previsto dalle norme legislative,) l'adeguamento economico , in avvicinamento ai livelli europei nonché la perequazione contrattuale estesa a tutta la dirigenza, favorendo una vita professionale arricchita da prospettive di crescita attraverso la valorizzazione degli incarichi e l'implementazione di nuove Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali laddove ci siano responsabilità gestionali a forte valenza aziendale;
- supporterà attivamente i decisori nazionali nella revisione dei fabbisogni, sia nel pubblico che nelle strutture accreditate, secondo standard definiti con le Società Scientifiche ed esperti del settore per calibrare gli organici correlandoli alle reali esigenze delle prestazioni da erogare ed evitare finalmente accumuli di orari non retribuiti e nello stesso tempo una migliore qualità di vita degli operatori;
- parteciperà in maniera dinamica alla rivisitazione dei modelli organizzativi rendendoli più flessibili e valorizzando le risorse più performanti;

- sorveglierà sulla valorizzazione del **merito** e delle competenze favorendo la realizzazione di un sistema premiante moderno ed attuale promuovendo un sistema formativo che accentui le specificità professionali.

SEGUE PER OGNUNA DELLE AREE RAPPRESENTATA DA FASSID UN ELENCO DI PRIORITÀ POLITICHE.

AIPAC: Associazione Italiana Patologi Clinici.

La pandemia di SARS-CoV-2 ha riportato al centro dell'attenzione l'importanza della diagnostica di laboratorio nell'assistenza sia ospedaliera che territoriale. In relazione a quanto sopra esposto, per ciò che riguarda l'organizzazione dei Servizi di Patologia Clinica, è necessario procedere alla revisione dei valori del bacino di utenza (0,15-03M/ab) previsti dal DM 70/2015 in considerazione della necessità di un laboratorio attivo H24 anche nei presidi ospedalieri di base (bacino d'utenza tra 75.000 e 150.000 abitanti). Occorre la garanzia di guardia attiva dirigenziale nei DEA di I e II livello ai sensi del DM Ministero Salute del 29/01/1992 all.A, art.1. e pertanto disponibilità di organici adeguati ai carichi di lavoro. Il Ministero della Salute ne fa riferimento nel Decreto 30 dicembre 2021 all'art.6: Requisiti di sicurezza: 1.

Il processo di completamento della riorganizzazione dei laboratori (pubblici e privati) deve tenere conto dei criteri definiti nell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 (Rep. atti n. 61/CSR), con particolare riferimento ai requisiti di qualità e sicurezza dell'assistito. "Tali requisiti di qualità comprendono" "esigenze di standardizzazione, confrontabilità dei risultati, omogeneità dei livelli di riferimento e dei criteri interpretativi." " Il superamento della frammentazione per garantire la qualità delle prestazioni...", "previsto dalla Legge finanziaria del 2007, con una soglia minima di 200,000 prestazioni erogate per struttura, presuppone "" programmi specifici di controllo interno di qualità e la partecipazione a schemi di valutazione esterna di qualità (VEQ), presupposti indispensabili per dare oggettiva dimostrazione delle performance analitiche e quindi della qualità dei servizi erogati."

Pertanto, è auspicabile e in molte sedi già realizzato l'inserimento in reti laboratoristiche, in collegamento telematico, che consentano la concentrazione di esami ad alto costo e bassa frequenza, ma è da escludere il ricorso ad esempio nell'emergenza a succedanei di attrezzature di Laboratorio (leggi Point of Care Testing) gestite da personale non formato nelle specifiche discipline di Laboratorio, dai costi non controllabili e senza sufficienti garanzie di qualità. La presenza costante del Dirigente medico/sanitario costituisce il presupposto indispensabile per la qualità dell'assistenza sull'appropriatezza delle analisi in relazione alle patologie in esame.

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale e il suo indispensabile collegamento con quella ospedaliera, si evidenzia nel DM 77/2022 un'importante criticità al punto 5 "Casa di Comunità" dell'Allegato 1: l'indicazione della presenza del Punto Prelievi senza ulteriori precisazioni sulla gestione, sul collegamento telematico con il Laboratorio cui afferiscono i campioni biologici e sulle caratteristiche strutturali e organizzative.

Non vi sono inoltre indicazioni chiare riguardo all'eventuale utilizzo per il monitoraggio di patologie croniche (es. diabete) o terapie (es. Terapie Anti coagulanti orali) di Point of Care Testing il cui controllo per garantire una seppur parziale affidabilità deve essere eseguito da personale di Laboratorio.

Nel già citato Accordo Stato - Regioni è chiaramente indicato che nell'allestimento dei Punti Prelievo" vanno rispettati gli standard qualitativi previsti dalle norme e va preservata la sicurezza del cittadino, assicurando il pronto intervento in caso di lipotimia e shock. La capillarizzazione dell'offerta di attività di prelievo va quindi saldata alla qualità preanalitica e post-analitica, elementi sempre più rilevanti nell'assicurare la qualità

complessiva delle strutture. Di conseguenza, i processi di raccolta, pretrattamento, trasporto dei campioni biologici e refertazione devono rispondere agli standard di qualità descritti in letteratura e previsti nei documenti di regolamentazione dei laboratori clinici. Rispettando queste caratteristiche, i punti prelievo possono essere uno strumento di risposta alla chiusura delle piccole strutture".

Ciò significa che nell'équipe multidisciplinare coinvolta nella gestione degli assistiti nella Casa di Comunità la presenza del medico/sanitario Patologo Clinico è necessaria sia come Referente per il Laboratorio cui afferiscono i prelievi, sia come consulente per i protocolli diagnostici e organizzativi.

AUPI: Associazione Unitaria Psicologi Italiani.

In coerenza con atti di indirizzo dell'Unione Europea, il servizio di psicologia ospedaliera deve assicurare un adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento. "Le Regioni, nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi provvedono ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le diverse discipline, ivi compresa la psicologia ospedaliera, secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cure".

Poter disporre di una presenza coordinata di competenze psicologiche si rivela necessario per integrare gli interventi medici e chirurgici in molte situazioni, come ormai richiedono molte linee guida e PDTA, per collaborare alle politiche della qualità, la comunicazione e l'umanizzazione delle cure, alla formazione relazionale del personale, all'empowerment degli operatori (gestione delle emozioni, lavoro in team, stress lavoro-correlato, burnout).

Solo in tema di "umanizzazione" basti rilevare come l'indagine nazionale promossa dall'Agenas (vedi Monitor, XII, 32, 2013), utilizzando la letteratura internazionale e nazionale, pone come indicatori di umanizzazione di un ospedale molti aspetti di pertinenza psicologica quali: presenza di supporto psicologico, empowerment individuale, procedure di comunicazione con il paziente per il coinvolgimento attivo nel processo di cura/compliance, formazione del personale alla relazione di aiuto). Si segnala inoltre che l'Intesa Stato-Regioni del 20.12.2012 n. 259 ("Accreditamento delle Strutture Sanitarie ai sensi dell'art. 8 comma 6 della legge 5.06.03 n. 131") prevede attività psicologiche nei programmi di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, nelle modalità di ascolto dei pazienti, nella gestione degli eventi avversi, nel coinvolgimento dei pazienti, familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali, nella gestione del dolore. La stessa legge 15.03.10 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e terapia del dolore") ed Intese attuative (25.07.12 n.151) individua lo Psicologo quale figura del team che si occupa della terapia del dolore.

Nei presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, il Servizio di psicologia ospedaliera garantisce: l'umanizzazione delle cure, l'attività di consulenza al Pronto Soccorso e nelle specialità presenti (Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia ecc.) nonché le attività legate alla qualità ed a favore del personale. Nei presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, il Servizio di Psicologia ospedaliera garantisce: l'umanizzazione delle cure, l'attività di consulenza nelle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, Dermatologia, Chirurgia pediatrica, Oncologia pediatrica e laddove vengono definiti specifici protocolli. È presente nei reparti di Neuropsichiatria infantile, Psichiatria e Oncologia. Svolge inoltre le attività legate alla qualità ed a favore del personale.

Nei presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, il Servizio di Psicologia ospedaliera garantisce: l'umanizzazione delle cure, l'attività di consulenza agli utenti ed al personale delle équipe curanti nelle seguenti specialità: Cardiologia, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia

plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale e laddove vengono definiti specifici protocolli.

Svolge inoltre le attività legate alla qualità ed a favore del personale. Il servizio di Psicologia ospedaliera è inoltre presente nei reparti di lungodegenza, di riabilitazione e di neuro-riabilitazione. Si tratta di potenziare la presenza nei servizi "storici", come quelli dei dipartimenti di salute mentale e dei dipartimenti delle dipendenze o quelli consultoriali, ma anche di assicurare le attività nelle Case della comunità, nella domiciliarità, nei centri di prossimità, nelle strutture intermedie e negli ospedali.

La presenza di Dirigenti Psicologi nei diversi Servizi territoriali e Ospedalieri caratterizza il funzionamento degli stessi e permette una risposta complessa ai bisogni della popolazione che vi si rivolge. Le responsabilità derivanti da questo mandato si declinano quotidianamente nel lavoro di presa in carico, diagnosi e cura. La centralità del lavoro psicologico diventa secondario quando occorre attribuire incarichi sia professionali che gestionali mettendo pesantemente in crisi sia l'organizzazione dei Servizi che la legittima aspirazione dei Dirigenti psicologi alla gestione delle attività volte al conseguimento degli Obiettivi di budget.

Occorre perseguire il pieno riconoscimento della dirigenza psicologica nella gestione dei Servizi multiprofessionali per favorire al massimo livello il loro funzionamento, come disposto dalla legislazione vigente, molto spesso violata e disapplicata. Occorre suddividere, percentualmente, su tutti i Dirigenti componenti l'equipe del Servizio, come previsto dalle norme contrattuali, l'attribuzione degli incarichi professionali di Alta e Altissima professionalità, perseguendo il pieno riconoscimento di tutte le figure, sia mediche che sanitarie.

Ulteriore ambito di intervento dovrà essere quello della costituzione delle Strutture autonome di Psicologia, con l'obiettivo di permettere la risposta al grande bisogno di benessere e risposte psicologiche. Collegato è la realizzazione attuativa di quanto proposto alle Aziende come disposto dalla L. 176/2020, art.20 che recita testualmente:

Al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nell'eccezionale situazione causata dall'epidemia da COVID-19 e di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari, di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati nonché di garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) ai fini dell'applicazione della direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 giugno 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006, le aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale possono organizzare l'attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale.

Ulteriore considerazione, al fine di valorizzare la professione dello psicologo nei SS, è quello di utilizzare le competenze legate alla comunicazione, gestione delle dinamiche nei gruppi di lavoro, competente con strategie relazionali che un Dirigente possiede che ne fanno un Responsabile di unità di servizio tipiche degli incarichi che comportano la gestione di segmenti sanitari.

La specificità professionale e disciplinare rendono lo psicologo autorevole interprete di responsabilità sia nei confronti dell'utenza, dei familiari dell'utenza nonché delle equipe di operatori affidati ai Responsabili di linee di attività, strutture semplici e complesse, come sta già avvenendo in alcune realtà operative di diverse regioni.

Inoltre sarà necessario individuare le strategie politiche e contrattuali per superare il problema della prescrizione (auto prescrizione delle proprie prestazioni) su ricettario nazionale da parte degli psicologi che lavorano nel SSN, sia per la prima visita e sia per la diagnosi, nonché per evitare inutili e non desiderate visite psichiatriche agli utenti.

SIMET: Sindacato Italiano Medici del Territorio.

Il sovraccarico delle strutture di area critica, in particolare Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, è logica conseguenza del cronico depauperamento di posti letto per acuti che rendono i reparti di degenza medica ordinaria incapaci a drenare le afferenze dell'emergenza territoriale. Attualmente il rapporto posti letto/1000 abitanti è in Italia di 3,7 a fronte di ben altri numeri degli altri Paesi europei.

Ciò accade peraltro in un contesto assistenziale difficile per l'incremento dell'età media, delle comorbilità e per le carenze delle cure territoriali che dovrebbero arginare la riacutizzazione di patologie croniche degenerative controllabili, cosa che difficilmente vede compiuta attuazione. Interi settori specialistici, in particolare i reparti ad elevata intensità di cure (rianimazione e terapie subintensive), dovrebbero rivedere i rapporti assistenziali operatore/paziente e per migliorare la sicurezza complessiva con il livello qualitativo di assistenza e per rendere sostenibili le condizioni di lavoro e reale gratificazione professionale dell'operatore.

Prioritario sarebbe definire in maniera concreta (non solo sulla carta) ruolo, funzione e vocazione dei presidi ospedalieri periferici o decentrati, in maniera complementare a quella degli ospedali centrali, cosiddetti hub, su cui spesso si riversa il carico di lavoro dalle periferie, con evidente nocumento degli uni e degli altri (da una parte il rischio di non poter garantire i requisiti minimi per il mantenimento di competenze e skill, dall'altra l'aggravarsi di una congestione centrale del sistema dell'Emergenza e Accettazione e del sovraccarico delle medicine e degenze ordinarie a detrimento della qualità dell'assistenza avanzata che le strutture di riferimento dovrebbero garantire nel proprio campo di competenza.

Il DM 77 prevede l'attivazione dell'assistenza territoriale declinando e descrivendo anche in termini requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi nuove strutture e snodi funzionali: Distretti, Case di Comunità, Unità di continuità assistenziale, COT, Ospedale di comunità. I Fondi del PNRR hanno preveduto al finanziamento in conto capitale per la realizzazione delle strutture all'adeguamento tecnologico, ma bisogna definire nel dettaglio i fabbisogni di personale necessari alla reale implementazione di quanto previsto e ai relativi finanziamenti in termini di spesa corrente. In particolare, occorre definire anche per i Dipartimenti di Prevenzione standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi.

La programmazione territoriale, intesa come integrazione delle cure extraospedaliere e decentrate, dovrebbe prevedere un modello subordinato ad un'unità di base standard, dimensionata intorno ai 100.000 abitanti, declinata in un Distretto sanitario con afferenze di case di comunità, aggregazioni di MMG e PLS, infermiere di comunità, unità di continuità assistenziale, ospedale di comunità, hospice, centrale operativa territoriale. Il modello previsto dal DM 77/2022 non conferma la centralità che al Distretto, peraltro attore già presente nell'attuale panorama territoriale, veniva riconosciuta dal cosiddetto DM 71 e, in particolare, con l'Allegato Documento Agenas sui Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN, in cui ne veniva ribadito il ruolo di governance del sistema-territorio. Questo ad inevitabile detrimento dell'erogazione dell'assistenza, specie in un sistema in cui non è ancora ben chiara l'entità e la modalità di collegamento, e soprattutto coordinamento, tra gli erogatori soggetti pubblici e privati.

Da enfatizzare maggiormente sarebbe la corretta e compiuta applicazione e capillarizzazione dell'hospice come punto strategico della rete di cure palliative e di attuazione della L 38/2010, ancora eccessivamente centralizzato nei presidi, mentre dovrebbe essere totalmente declinato sul territorio con numeri anche superiori ai 10 posti letto per struttura.

Resta difficile, come per tutte le strutture sopra elencate, immaginare una concreta realizzazione del progetto che non tenga conto delle figure professionali da coinvolgere nei percorsi assistenziali, essendo noto che il PNRR (Missione 6) nasce con una spiccata vocazione tecnologico-strutturale che, senza adeguato corrispettivo in termini di personale (e i limiti di attrattività del Sistema Sanitario Nazionale sono noti e già ampiamente descritti) rischiano di generare delle poco funzionali cattedrali nel deserto. Importante meglio specificare per le strutture della nuova sanità territoriale quali attori possano essere coinvolti e quale reale

piano di reclutamento debba e possa essere attuato nelle strutture dove le carenze di organico mettono a repentaglio la continuità assistenziale.

Telemedicina a parte, sarebbe utile un più incisivo impiego delle risorse in tecnologia del PNRR da destinare per la de-burocrazia della Medicina Generale e delle reti assistenziali territoriali.

Per quanto attiene ai sistemi informativi Interoperabili: occorre approfondire e definire le indicazioni nazionali per una reale ed effettiva interoperabilità dei dati sia sotto il profilo dell'aggiornamento tecnologico, ma soprattutto al fine di superare le criticità e le limitazioni della normativa sulla privacy.

SINAFO: Associazione Farmacisti e Dirigenti Sanitari del S.S.N.

La poliedricità del sistema farmacia SSN evidenzia un livello di qualità offerto agli utenti senza rinunce verso l'equità, l'efficacia e l'efficienza dell'offerta assistenziale. Ogni attività si fonda sulla possibilità di recupero di risorse sprecate, l'individuazione critica dei migliori strumenti terapeutici (farmaci e dispositivi medici) e i benefici di una attenta *governance*.

Dal punto di vista normativo il DM 70 è fonte primaria per la Farmaceutica ospedaliera quando fissa tali strutture in ogni Ospedale sede di Dea di 1° livello ed una UOC ogni 150.000/300.000 mila assistiti. Per la definizione dei fabbisogni di dirigenti farmacisti nelle Farmacie Ospedaliere si sottolinea il ruolo di terzietà della figura professionale del dirigente farmacista e l'imprescindibile ruolo gestionale, risorse e budget, oltre che specifico professionale/sanitario, che deve essere garantito attraverso strutture gestionali, come UOC o UOSD, o UOS. L'assistenza farmaceutica ospedaliera impone tra l'altro regole stringenti previste dal DPR 128/69, che tuttavia andrebbero rivisitate per nuove attività implementate nel corso degli anni, quali ad esempio le unità di Manipolazione Farmaci Antiblastici, ricerca e sperimentazioni cliniche, farmaco e dispositivo vigilanza. In particolare, si evidenziano spesso criticità sul campo nel rifornimento di farmaci salvavita, ossigeno terapeutico e stupefacenti, soggetti a normative speciali affidate dalle norme nazionali al dirigente farmacista, se non strutturati ed organizzati in maniera congrua in tutte le strutture e servizi dove sono gestiti.

Sul DM 77 si fa rilevare che lo stesso è completamente orfano della farmaceutica territoriale pubblica benché strutturata e consolidata ormai da decenni. Per questo motivo si è chiesto e si chiederà ancora agli organi decisori, partendo dal sommario, di aggiungere al DM 77 un Undicesimo Capitolo: "Assistenza Farmaceutica Di Distretto E Territoriale". L'assistenza farmaceutica, infatti, garantisce sul territorio in stretta collaborazione anche con gli ospedali e distretti e con i Medici specialisti, quelli di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, interventi di appropriatezza prescrittiva, di farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza, farmaco-epidemiologia, sperimentazione clinica sul territorio, informazione consapevole ma anche il monitoraggio e controllo della spesa attraverso la vigilanza sulle farmacie convenzionate con il SSN. Nell'organizzare i Servizi Farmaceutici Territoriali si deve tenere in conto una mappatura sintetica delle diverse attività territoriali e definire indicatori, riproducibili, ragionati sul dato inconfutabile del bacino di utenza distrettuale, ovvero di "popolazione assistibile" e di complessità del territorio. Quindi tenere conto della complessità territoriale legata in particolare all'erogazione puntuale dell'assistenza farmaceutica verso:

- il Distretto o i Distretti presenti sul territorio della ASL, le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, le COT, gli Hospice, le RSA, i Sert, l'assistenza domiciliare, le vaccinazioni, l'ossigenoterapia domiciliare, la protesica ed ogni altro di competenza farmaceutica;
- la garanzia della continuità ospedale/territorio (compresa la legge 405/2001 e s.m.i);
- la verifica dell'appropriatezza prescrittiva;
- la gestione di nuove patologie complesse, ad es. le malattie rare e quelle croniche (fragilità) ed i PDTA ad esse correlate;

- il controllo farmaceutico non solo delle strutture ASL ma anche delle strutture esterne/accreditate/convenzionate afferenti al territorio, delle Strutture Penitenziarie e quelle della filiera del farmaco (farmacie, parafarmacie, depositi, grossisti);
- la gestione dei flussi informativi;
- la gestione dei registri istituzionali;
- la gestione del monitoraggio della spesa compresa la partecipazione ai programmi di definizione dei budget dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (Patti aziendali, contratti di esercizio delle Medicine di Gruppo Integrate);
- la farmacoepidemiologia e farmaco-utilizzazione sul territorio;
- la formazione ed informazione, anche indipendente, sul farmaco e dispositivo medico- consulenza e informazione per i medici di medicina generale, farmacisti al pubblico, nonché predisposizione di programmi educativi per studenti e cittadini;
- la sperimentazione clinica di fase IV di sorveglianza post marketing effettuata da medici specialisti, dai MMG e dai PLS sul territorio;
- la gestione e la vigilanza sugli acquisti degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope;
- la gestione delle Commissioni per il servizio farmaceutico per il controllo della spesa e delle difformità;
- la gestione delle Commissioni di vigilanza sulle farmacie cui sono affidati i compiti ispettivi previsti dalla normativa vigente in materia di esercizio farmaceutico. (articolo 127 del testo unico delle leggi sanitarie).

Tutto questo però non può e non deve essere lasciato all'iniziativa del singolo manager o, peggio ancora, del singolo professionista, bensì deve essere tradotto in:

- strutture organizzate in ogni presidio e distretto secondo standard definiti e codificati con modelli organizzativi omogenei sul territorio nazionale, pesati sulla complessità del territorio e delle strutture afferenti;
- organici adeguati e polimorfi;
- linee di attività definite e normate a livello nazionale;
- professionisti adeguatamente formati, specializzati e iper-specializzati;
- ruolo di terzietà istituzionalizzata.

Dalla stretta collaborazione tra le diverse associazioni (sindacato di categoria ed intersindacale, società scientifica, FOFI, Scuole di specialità) e i vari consulenti saranno disegnate, a breve termine e con il contributo di tutti gli attori coinvolti, proposte di legge che segnino l'inizio della nuova era della professione nel SSN e che sanciscano e istituzionalizzino:

- > le borse di specializzazione per i dirigenti sanitari
- > la Farmacia Clinica
- > il Servizio Farmaceutico Territoriale di Distretto/AUSL/Ospedali di Comunità e Centrali Operative

Con particolare focus sulla definizione dei ruoli nelle diverse aree nonché degli incarichi legati alle responsabilità gestionali e dirigenziali, dei fabbisogni di personale per le due diverse Aree: Ospedaliera e Territoriale e dell'assistenza farmaceutica come LEA e tariffe correlate.

Specifica attenzione dovrà poi essere data alla:

- difesa del ruolo esclusivamente sanitario della professione farmaceutica esercitata all'interno del SSN sancito dalle norme. Ruolo e funzioni che non possono essere messe a rischio da assegnazioni di attività improprie non di competenza (per lo più ruoli amministrativi di RUP e coinvolgimento negli acquisti che sono di esclusiva competenza dei Servizi ABS del settore pubblico);

- perequazione economica/contrattuale tra le varie figure della dirigenza sanità, che tutte contribuiscono all'assistenza verso i cittadini, e valorizzazione economica del rischio connesso ad alcune linee di attività nelle quali sono impegnati i dirigenti farmacisti (come, ad esempio, allestimento antitumorali e radiofarmaci e implementazione Raccomandazioni Ministero Salute, a partire dalla N. 1 del marzo 2008 per finire alla N. 19 di novembre 2019).

SNR: Sindacato Nazionale Area Radiologica

Il tema della sanità non cessa mai di essere al centro del dibattito, politico e non, dalle liste d'attesa alla più recente questione dei tagli alle pensioni dei medici previsti dalla Manovra. Secondo un sondaggio realizzato dall'istituto di ricerca *Quorum/YouTrend* per Sky TG24, il 63% degli intervistati è poco o per nulla soddisfatto del servizio sanitario nazionale nel suo complesso, contro il 32% di chi lo giudica positivamente. Altri sondaggi dicono che i cittadini sono molto più preoccupati delle prestazioni della sanità rispetto agli anni passati. Affermazioni del tipo "la sanità è dimenticata; più che un servizio, vi è un disservizio sanitario nazionale". Non possiamo ignorare che da più parti, dalla Corte dei Conti alla Fondazione Gimbe, all'Agenzia per la coesione territoriale, solo per citarne alcune, le preoccupazioni sul futuro della sanità pubblica sono evidenti.

1. Occorrono cambiamenti strutturali; un ritorno al SSN abolendo le divisioni e discriminazioni tra regione e regione, con un unico ente che attraverso una graduazione delle carriere più articolata, consenta spostamenti e promozioni secondo curricula, meccanismi di mobilità e progresso professionale trasparenti come già nelle forze armate, nella scuola, nella sicurezza, nella magistratura nell'INAIL e nell'INPS, dove il concorso è solo quello di ingresso; questo deve valere anche per i direttori generali
2. Coinvolgimento degli specialisti nei processi di acquisizione delle attrezzature, non tanto nelle marche quanto nelle tipologie. Con il PNRR si sono rottamate, almeno nelle intenzioni, macchine buone per fare spazio a cattedrali nel deserto. Poi ricade sugli operatori il mancato funzionamento
3. Programmare le prestazioni necessarie ed acquisire il conseguente personale. Qualora la compatibilità economica non ci fosse, programmare in un unico centro le priorità di salute evitando di finanziare a pioggia secondo questo o quel potentato locale. Oggi è possibile prevedere anche per le prestazioni sanitarie i fabbisogni della popolazione.
4. Rivedere i sistemi di welfare alla luce degli impieghi effettivi (es. revisione della legge104). Assistere la maternità e la paternità attraverso il recupero delle strutture di sostegno (scuole, asili nido, centri estivi) come negli altri paesi europei
5. Verificare la complessiva appropriatezza delle prestazioni controllando protocolli e PDTA in particole in oncologia, malattie croniche, situazioni caratteristiche dell'età avanzata.
6. Verificare compatibilità economiche e priorità dei LEA in tema di prevenzione primaria e secondaria. Calcolare il rapporto costi benefici delle azioni di prevenzione
7. Programmare concretamente e non con azioni propagandistiche l'avvio della dematerializzazione, della telemedicina e della IA. Va regolamentato l'utilizzo della IA e degli strumenti informatici al fine di integrare e non sostituire il lavoro dei professionisti e realizzare compiutamente una attività digitalmente più vicina al paziente ponendo attenzione agli strumenti ed alla possibilità del loro utilizzo.

In merito al DM 70 del 2015, *“Regolamento sugli standard dell’assistenza ospedaliera”*, per quanto concerne le strutture complesse senza posti letto (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, centro trasfusionale, direzione sanitaria, farmacia ospedaliera, ecc.) si è identificato, sulla base delle prestazioni attese, nonché della necessità della presenza di tali discipline nei Dea di I livello, un bacino di utenza tra 150.000/300.000 abitanti. Inoltre, soprattutto nelle sedi periferiche e disagiate, si ricorre troppo spesso alla Pronta Disponibilità in Radiologia, finendo per offrire un servizio inadeguato soprattutto ai pazienti ospedalizzati per patologie tempo-dipendenti.

Riteniamo che il rapporto vada rivisto, portandolo a un bacino di utenza compreso tra 120.000/240.000, al fine di consentire di coordinare in maniera più efficace ed efficiente la filiera di erogazione degli esami di diagnostica per immagini.

Riteniamo necessari filtri per selezionare le attività ambulatoriali per patologie complesse, anche oncologiche; idonei mezzi servono per identificare le attività di ricovero secondo le varie forme (Day Hospital, Day surgery, ricovero ordinario, lungodegenza), rispetto agli accessi nei DEA e nel Pronto Soccorso. In tal modo si potrà consentire maggiore efficacia ed efficienza nella diagnosi e terapia in caso di casistiche ad elevata complessità, in particolare oncologiche; si potranno gestire in maniera più completa i pazienti con complicanze insorte su patologie croniche; in considerazione del costante aumento del ricorso agli esami radiologici, si potranno dare risposte immediate in urgenza/emergenza, grazie all’obbligo della guardia attiva radiologica, in sostituzione della Pronta disponibilità nei DEA di I e II livello ai fini di una maggiore sicurezza delle cure richiamata in numerosi provvedimenti legislativi recenti, soprattutto in relazione alle patologie tempo-dipendenti, anche ai sensi del DM del Ministero della Salute del 29 gennaio 1992 (allegato A, art. 1), sulle attività di alta specialità. DM 77 del 23 maggio 2022, *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*.

Le principali criticità, nel complesso, sono costituite dalla mancanza completa o dalla insufficienza di percorsi clinici *“appropriati”* per patologie, condivisi su base multi specialistica e multi-disciplinare, con impegno di strutture territoriali e di strutture ospedaliere a seconda delle differenti fasi dell’evoluzione della malattia, con possibilità di attività diagnostiche adeguate secondo livello tecnologico, volumi e impegno organizzativo richiesto.

Si esprime, inoltre, preoccupazione a causa dell’assenza di riferimenti al capitale umano da impiegare nel nostro settore clinico. La realizzazione di opere, quali Case di Comunità e Ospedali di Comunità, dovrà coniugarsi con l’arruolamento dei professionisti sanitari necessari, in conformità ai requisiti che saranno stabiliti nel Decreto. Nell’ambito di tali équipes di professionisti, la presenza del medico di area radiologica è necessaria per svariati motivi, tra cui la gestione dei processi di appropriatezza e la giustificazione degli esami. Il medico di area radiologica, infatti, con il supporto della tecnologia, potrà svolgere a pieno il coordinamento delle attività diagnostiche. Inoltre, il territorio dovrà finalmente riuscire a svolgere i processi che gli competono. Anche in questo contesto dovrà incardinarsi il nostro contributo, in una serie di attività strategiche quali radiologia domiciliare e penitenziaria.