

Al Ministro della Salute

On.le Roberto Speranza

Ill.mo Signor Ministro,

La ringraziamo per averci concesso questo confronto e le diciamo in premessa che abbiamo apprezzato la sobrietà e la concretezza con cui ha affrontato la difficilissima pandemia che ha colpito il Paese e che ha messo a durissima prova il nostro Ssn.

Gli Italiani hanno potuto contare su un Servizio Sanitario Nazionale da molti disprezzato che, pur mostrando da tempo le sue gravi disomogeneità proprio a causa di un regionalismo sbilanciato, pur essendo minacciato da quella “tempesta perfetta” che da tempo era prevista e incombeva sulla sanità pubblica italiana, pur essendo stato de-finanziato per oltre un decennio, pur nella carenza cronica di medici e sanitari, pur nella drammaticità della Pandemia da Covid-19, ha saputo resistere nelle fasi più acute e mantenerci in una situazione tra le più stabili del mondo occidentale.

Abbiamo registrato con interesse e condivisione le sue dichiarazioni di ieri in Commissione Igiene e Sanità del Senato.

Le rappresentiamo qui in sintesi i punti sui quali abbiamo bisogno della sua iniziativa politica in seno al Governo per dare concretezza all'art. 32 della Costituzione anche in futuro.

5 Azioni per il rafforzamento e la riforma del sistema sanitario

1. Ammodernamento strutturale della rete ospedaliera nazionale, costruendo ex novo o rendendo i presidi di ricovero e cura più efficienti e idonei alla gestione di recrudescenze epidemiche-pandemiche.
2. Analogo adeguamento delle strutture intermedie di cura, delle strutture e dei modelli organizzativi di assistenza sanitaria di prossimità, potenziamento della rete di diagnostica e assistenza domiciliare (équipe medico e infermiere di famiglia), delle residenze sanitarie assistenziali (RSA).
3. Potenziamento della rete nazionale di epidemiosorveglianza in una logica One Health e coordinamento delle reti informative regionali e territoriali, degli IRCCS e degli IIZZSS.
4. Creazione di una rete nazionale per il fascicolo sanitario del cittadino, per la telemedicina e la teleassistenza.
5. Rinnovo e reintegro di tutte le dotazioni organiche del personale delle ASL/AO in vista degli imponenti pensionamenti. Protezione del personale sanitario dal rischio Covid-19.

GLI OBIETTIVI PIÙ URGENTI

1. Il Superticket e le liste d'attesa

L'eliminazione recente del Superticket sulle ricette per le prestazioni specialistiche è stata un'altra misura di giustizia sociale che ha rimosso uno dei principali ostacoli all'accesso alle prestazioni sanitarie.

Tuttavia, come le è noto, migliaia di prestazioni restano inevase per mancanza di personale e di efficienza organizzativa, le liste d'attesa si sono oltremodo allungate e la tutela della salute rischia comunque di diventare sempre più un diritto limitato a chi ha la possibilità economica di acquistare una polizza o di pagare le prestazioni necessarie alla sanità privata.

Per scongiurare il ritorno della peggiore ingiustizia sociale che è la tutela della salute a seconda delle condizioni di reddito, ora servono misure epocali per potenziare e rilanciare il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Per questo motivo siamo assolutamente favorevoli alla adozione del Pandemic Crisis Support, la linea di credito speciale creata in ambito MES.

2. Le risorse indispensabili del MES

La recente decisione dell'Eurogruppo di introdurre un nuovo strumento nell'ambito del Meccanismo Europeo di stabilità (MES) in risposta alla crisi Covid-19 si fonda sulla provata capacità del MES come emittente pubblico e sulla sua credibilità sui mercati dei capitali (il MES gode della tripla A, ossia il massimo rating possibile).

È evidente che la crisi da Covid-19 è, a differenza di quelle del periodo 2010-12 e della crisi greca del 2015, una crisi globale, ne consegue che per permettere l'accesso al MES è stata creata una linea di credito speciale: il Pandemic Crisis Support (PCS).

Proprio in ragione della sua specificità, la linea di credito PCS-MES non ha condizionalità, se non quella di spendere i fondi per il finanziamento nazionale di costi sanitari diretti o indiretti dovuti all'emergenza Covid-19.

Le risorse del MES per l'Italia ammonterebbero a circa 36 miliardi di euro (2 punti di Pil) e sarebbero soggette ad una unica condizione: il finanziamento della sanità, dei costi di prevenzione e cura, per consentire al Paese di fronteggiare l'emergenza pandemica e generare nuove forme di assistenza sanitaria più efficienti e appropriate.

E' evidente a tutti che occorre una stagione di assunzioni di personale a tempo indeterminato, superando le molte forme di precariato che le Regioni hanno creato e che sono terreno su cui si innesta la sudditanza alla cattiva politica.

E' altrettanto evidente che le risorse devono essere destinate sia al rilancio della rete ospedaliera sia alla costruzione di una solida rete di servizi socio sanitari territoriali di prevenzione, diagnosi e cura a domicilio, anche attraverso un ricollocamento giuridico e contrattuale dei medici di medicina generale.

3. Trasformare la crisi in una straordinaria occasione di cambiamento

La crisi Covid-19 e il MES devono segnare una discontinuità col passato. Valorizzando, anche in termini di percezione dell'opinione pubblica, la necessaria fase riformatrice per correggere le fragilità esistenti e al contempo potenziare alcuni settori chiave della sanità italiana.

La modernizzazione del sistema sanitario pubblico in termini di strutture edilizie, dotazioni tecnologiche, infrastrutture digitali per raggiungere una integrazione effettiva e virtuosa tra prevenzione, assistenza territoriale e sanità ospedaliera, in linea con le previsioni del DM 70/2015 e perfezionando il percorso di allineamento di fabbisogni e spesa standard avviato con la L 42/2009.

4. Vaccinazioni, DPI e misure di protezione sanitaria e legale di tutto il personale del SSN

Allo scopo di scongiurare una crisi dell'assistenza sanitaria aggravata da nuovi casi di sanitari infettati dal Covid-19 e di decessi tra questi occorre una loro attenta protezione. La casistica sta indicando che l'esposizione dei sanitari avviene a contatto con i malati sintomatici in ospedale, come è ovvio, ma anche con soggetti infetti asintomatici in molti altri contesti (laboratori di lavorazione carni e macelli per i veterinari ad esempio).

Occorre quindi che il personale sanitario sia dotato di tutti i DPI necessari, sia messo in condizione di ridurre al massimo il rischio, e sia prontamente vaccinato contro l'influenza stagionale e, appena possibile, contro il Covid-19.

Non secondario è il tema della tutela legale dei sanitari sui quali si stanno abbattendo richieste di risarcimento da parte delle vittime del Covid-19. E' ben chiaro che nessun sanitario può essere individualmente responsabile, salvo il dolo, di condizioni favorevoli all'infezione da Sars-CoV-2 e/o deprimenti la capacità di cura dei pazienti che sono sostanzialmente di natura strutturale e gestionale.

5. Subito il nuovo contratto di lavoro dei sanitari

Il Contratto nazionale di lavoro della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria vigente è stato sottoscritto il 19 dicembre 2019, ma si riferisce al triennio 2016-2018, e sarà scaduto da più di due anni quando si potrà riaprire la contrattazione. Lo stesso vale per tutto il restante personale sanitario.

Un CCNL subito, per dare risposte immediate al personale del Ssn che resta l'elemento decisivo ed inalienabile in tutta la dinamica produttiva della salute, occorre intervenire anche sul fronte della contrattazione nazionale che, infatti, necessita per la sanità di una via preferenziale immediata e di un semaforo verde.

6. Detassazione e decontribuzione dello straordinario, dello stipendio di risultato, dei premi e degli aumenti contrattuali

Gli interventi premiali del Governo e delle Regioni a favore dei sanitari impegnati nella pandemia e nella assicurazione dei servizi sanitari essenziali non generano benefici previdenziali, devono quindi essere erogati nel loro "valore lordo", detassati e sottratti dalla contribuzione previdenziale.

In mancanza di una riforma fiscale che riduca il cuneo fiscale, abbassi il prelievo fiscale e restituisca liquidità ai lavoratori, quanto meno occorre prevedere che Governo e Regioni riconoscano che il lavoro straordinario, il salario di risultato e gli aumenti contrattuali (una volta avviata la contrattazione) siano erogati al personale senza decurtazioni fiscali.

7. Autonomia regionale, cura, prevenzione primaria e interesse nazionale

Non intendiamo mettere in discussione il processo di realizzazione dell'autonomia differenziata nella sanità clinica.

Si deve però prendere atto che le questioni sanitarie di "interesse nazionale" quali la prevenzione primaria, la gestione delle epidemie, la tutela della salute negli ambienti di vita e lavoro, la sicurezza alimentare e la sanità animale, proprio per la dimensione e la complessità che hanno recentemente dimostrato, e per la loro connessione con diritti fondamentali collettivi, non possono essere privi di una catena di comando centrale che leghi funzionalmente Governo, Regioni e Aziende sanitarie con i rispettivi Dipartimenti di Prevenzione sui territori in modo efficiente e appropriato.

Si devono però colmare squilibri territoriali, sociali, di genere e generazionali che esistono nel Paese, tra le Regioni e all'interno delle Regioni stesse.

E' necessario stabilire una nuova normativa di cornice nazionale che metta le Regioni in condizione di approntare i livelli essenziali delle prestazioni che assicurano a tutti i cittadini una base di diritti e servizi omogenei, e identificare e rendere più efficiente la catena dell'attuazione, specie nelle emergenze epidemiche.

8. Il rapporto Ospedale territorio e la medicina di prossimità

La pandemia Covid-19 ci ha insegnato che la presa in carico ospedaliera si è rivelata insufficiente ed ha messo in luce le criticità del sistema della medicina territoriale, specie dove i sistemi regionali tutti differenti tra loro, sono da sempre orientati verso un approccio ospedale-centrico.

E' necessaria l'istituzione dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza Integrati territorio-ospedale in quanto il Sistema dell'Emergenza sanitaria si è sviluppato in modo difforme nella maggior parte delle Regioni. In molte regioni si è inoltre privilegiato il reclutamento del personale medico con contratti a termine o in convenzione, incrementando la precarietà dei Servizi, anche in assenza di una formazione specialistica univoca. E' quindi necessario dare certezze organizzative e di stato giuridico ai medici che operano oggi la medicina territoriale, inquadrando nella dipendenza i medici convenzionati che operano da anni nel sistema di emergenza urgenza.

9. I Dipartimenti di Prevenzione

La Pandemia Covid-19 ha messo in luce l'utilità della prevenzione e ne ha reso evidente l'importanza come mai era stato possibile dimostrarla ai decisori politici.

Benché sia noto che investire in prevenzione genera un ritorno in termini di risparmio sanitario ed economico ben maggiore, generalmente l'emergenza afa convergere le risorse sul fronte delle cure che, naturalmente, quando occorrono devono essere garantite.

Sarebbe finalmente innovativo ed efficiente che l'azione strategica della sanità pubblica ritenesse prioritario mantenere sani i sani, attraverso politiche sanitarie pubbliche che trovano nei Dipartimenti di Prevenzione (unico dipartimento delle aziende sanitarie saggiamente istituito e stabilito dalla legge) lo strumento per tutelare la salute degli uomini conoscendo, monitorando e prevenendo le malattie infettive e contagiose di uomini e animali, garantendo il consumo di cibi sani, proteggendo dagli inquinamenti l'ambiente terrestre e marino e l'atmosfera.

Non si sottovalutino in proposito le epidemie animali, sia di quelli allevati sia di quelli selvatici, che, anche nel caso in cui non siano zoonosi come il Covid-19 e non colpiscano l'uomo, possono generare danni enormi alla nostra economia agro-zootecnico-alimentare, in particolare se di origine esotica.

A questo scopo sarebbe opportuno potenziare i laboratori di sanità pubblica, il ruolo del CCM dell'ISS, consolidare la catena di comando e identificare un polo interdisciplinare di coordinamento e integrazione delle professioni della salute e delle reti informatiche di conoscenza, finalizzato al miglioramento delle azioni di prevenzione primaria, al coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione con il Ministero della salute e le Regioni, con gli IRCCSS e gli IZS, in particolare per ciò che riguarda le malattie infettive e contagiose in una logica One Health.

Roma, 30 settembre 2020

Il Presidente Nazionale
Federazione
Veterinari, Medici e Dirigenti sanitari

dott. Aldo Grasselli