

**COSMED**

**Emilia Romagna**

confederazione  
sindacale  
medici  
e dirigenti

Stati Generali della salute della comunità, percorso di riflessione sulle prospettive di sviluppo per la sanità e il welfare dell'Emilia-Romagna

Mercoledì 30 novembre 2022  
15.30-18.00

Buonasera a tutte e a tutti,

sono Matteo Nicolini, Presidente AAROI-EMAC Emilia-Romagna, e intervengo a nome dei Medici Anestesisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza.

Innanzitutto, desidero ringraziare per l'iniziativa organizzata dalla Regione Emilia-Romagna che favorisce un confronto fra diversi attori su temi di primissimo piano che interessano tutta la popolazione e sul quale purtroppo persistono diverse criticità. L'ambito di cui intendo parlare è senza dubbio uno dei più critici, ossia l'Emergenza-Urgenza.

#### Emergenza-Urgenza e carenza specialisti:

Una delle principali criticità – come ormai noto – è la carenza di Medici Anestesisti Rianimatori e ancor di più dell'Emergenza-Urgenza. Una carenza di cui sappiamo bene l'origine, ossia la pessima programmazione del passato, ma che è acuita nel presente in particolare dalle difficilissime condizioni lavorative che allontanano i Colleghi da queste discipline. E' quindi indispensabile individuare strumenti di supporto sia per i Colleghi che attualmente lavorano in tale ambito, sia per i giovani Colleghi che si trovano di fronte alla scelta della specializzazione.

Occorrono proposte concrete che gratifichino gli specialisti di oggi e che rendano più attrattive per i giovani Colleghi le attività specialistiche in questione.

**Proposte che devono essere di carattere economico, ma anche professionale.** Da una parte quindi gli incentivi, ma dall'altra la possibilità, ad esempio, per gli specialisti o specializzandi ARTID e MEU di occuparsi anche e sempre di più del Pre-Ospedaliero proprio in linea con la preconditione citata in premessa a questo incontro ossia di garantire a tutti le migliori cure possibili e di alta qualità e in linea con i progressi scientifici.

**Forme di collaborazioni stabili e continuative, tra “dentro e fuori l'ospedale” a rotazione, per rendere forte il continuum delle cure in emergenza sanitaria dal domicilio o dalla strada all'ospedale.**

Il Collega che sceglie ARTID o MEU lo fa per una passione e per il desiderio di lavorare nei contesti critici dove vengono salvate vite e in cui si lavora in emergenza-urgenza.

La loro fuga e il loro abbandono è invece frutto non di una scelta sbagliata, o della pressione continua, dello stress insito in queste discipline ma del contesto in cui si sviluppano, dove si sommano carichi di lavoro gravosi, pericoli di aggressioni, rischi medico legali dietro ogni angolo. Per questo aspetto organizzativo crediamo e speriamo in un'attenzione e un riguardo speciale per queste categorie di lavoratori così esposti.

**Occorre valorizzare e promuovere percorsi e premialità di carriera, di fidelizzazione al SSR,** stimolando e invitando le Direzioni Aziendali a emanare Bandi di progetti incentivati specifici per le discipline utili all'Azienda e alle Unità Operative e quindi agli utenti e a scopo motivazionale per i dirigenti medici e sanitari.

Un ruolo importante deve averlo il **Governo clinico con un risk management** che inviti a segnalare senza paura le criticità. In questo senso il SSR dovrebbe favorire un vero cambio di cultura, un cambio di marcia che sposi una logica non punitiva, bensì aperta alle segnalazioni anche attraverso strumenti informatici moderni per mappare bene i rischi e per far sentire partecipi i dipendenti dell'Azienda e non da ultimo promuovere gli audit.

In questo contesto la **Cartella informatizzata** riveste un'importanza fondamentale per ridurre, come noto, i contenziosi, facilitare il lavoro a tutela del lavoratore e a garanzia medico legale anche per normalizzare i comportamenti dei singoli. Ed è per questo che andrebbe adottata universalmente.

Altro punto su cui è necessario riflettere riguarda la **sicurezza delle cure**. Lo abbiamo detto più volte e torniamo a dirlo. E' necessario chiudere le strutture inadeguate sia da un punto di vista strutturale che per mancanza di requisiti legati a personale curante o senza numeri minimi di attività che garantiscano skills adeguati come richiesto dalle linee guida o buone pratiche cliniche del settore. Basti pensare - come più volte denunciato - ai Punti Nascita privi di caratteristiche di sicurezza, fonte di grave spreco di risorse o ai Punti di Primo Intervento mascherati da Pronto Soccorso. Chiediamo coraggio politico e istituzionale supportato dai professionisti e dalle comunità scientifiche. I Punti Nascita sotto i 500 parti sono descritti come non sicuri e come causa di spreco di risorse. Un finto servizio sicuro vicino al cittadino.

E proprio **gli sprechi** da una parte e **l'ottimizzazione delle risorse** dall'altra rappresentano altri temi su cui dibattere: è necessario lottare contro gli sprechi che sono ancora elevati e sotto gli occhi di tutti. Recuperare risorse economiche dagli sprechi deve essere un obiettivo di primo piano. Sprechi spesso dovuti a mancate riorganizzazioni e razionalizzazioni dei percorsi di diagnostica e di cura (28% spesa sanitaria - sprechi e inefficienze - Gimbe 2019).

Non da ultimo occorre implementare, diffondere e farsi promotori del concetto di **opportunità delle cure**, ambito nel quale il SSR dovrebbe supportare in ogni modo i professionisti e non oltrepassarli. Fondamentale, infatti, è la promozione dei concetti di adeguatezza delle cure e di rischio/beneficio delle procedure chirurgiche invasive, nel rispetto, ad esempio, delle buone pratiche cliniche della SIAARTI per il mondo anestesiologicalo e chirurgico per i pazienti fragili anziani con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con patologie chirurgiche acute.

Ultimo punto ma non meno importante degli altri è il **burnout post Covid e la conseguente fuga degli Specialisti dal SSN**: La pandemia da SARS-Cov2 non ha fatto altro che portare alle estreme conseguenze una situazione già critica con un'ampia diffusione del burnout come dimostrato dai dati dello Studio AAROI-EMAC, pubblicato su healthcare.it, che nel 2019 ha preso in considerazione 300 Medici Anestesisti Rianimatori partecipanti ai Corsi del Centro di Simulazione Avanzata AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna ai quali è stato sottoposto un Questionario sociologico demografico, realizzato da un esperto in materia.

I risultati hanno rivelato che 1/3 del campione era da considerarsi a basso rischio burnout, un altro terzo a medio rischio e l'ultimo terzo ad alto rischio. In quest'ultimo caso, in pratica, le risposte erano compatibili con le principali peculiarità di chi è in burnout, ossia di chi presenta esaurimento emotivo, depersonalizzazione, mancanza di motivazione con evidenti ripercussioni sia sul lavoro, sia nella vita privata. Il 29% del campione, infatti, ha ottenuto un punteggio ad alto rischio per esaurimento emotivo, seguito dal 36% a rischio medio-alto. Per quel che riguarda la depersonalizzazione il rischio è alto per il 18,7% degli intervistati e medio-alto per il 34,3%.

Se a ciò aggiungiamo che è documentato in letteratura (ad es. Metanalisi di Servillo del 2019) come gli interventi organizzativi diretti siano associati a più elevati effetti positivi sui trattamenti sanitari rispetto gli interventi che possono fare i clinici da soli, l'abbandono dal sistema per questi settori è inevitabile a supporto cioè del fatto che il burnout è strettamente correlato anche a frustrazioni a genesi organizzative come riorganizzazioni che hanno poco o per nulla coerenza con implemento di percorsi di cura o qualità delle cure prestate.

Dati questi che lasciano ipotizzare un netto peggioramento nel post pandemia proprio per il **peggioramento delle condizioni lavorative**. Un esempio tra tutti: ci sono unità operative che forniscono programmazioni o turnistiche di lavoro con pochi giorni di anticipo, impedendo da oltre due anni la programmazione di impegni extra lavorativi e rendendo inconciliabile i tempi vita-lavoro. Le Direzioni Aziendali in molti casi non intervengono a causa spesso di pianificazioni settimanali delle attività chirurgiche per i recuperi delle liste di attesa, impedendo in tal modo di elaborare mensilmente gli orari di servizio per poterli comunicare ai dirigenti medici entro il 20 del mese precedente come previsto dal contratto vigente.

Tanto basta, dal nostro punto di vista (ma c'è molto di più) a provocare un clima di stanchezza e di sfiducia dopo due anni di enorme pressione e a favorire la decisione di un cambio di attività, di servizio, di azienda o sempre più spesso di scegliere il privato.

Bologna, 30.11.2022

Dr. Matteo Nicolini

Dirigente medico

Specialista in anestesia e rianimazione

Presidente regionale AAROI EMAC Emilia Romagna



## COMPETENZE

Siamo professionisti della salute che lavorano in ambito scientifico.

Il progresso scientifico viaggia a velocità molto sostenuta e la nostra professione insieme a lei in un binomio inscindibile.

Nell'attuale scenario la nostra professione si inserisce a pieno titolo in una logica di tipo *ONE HEALTH*, ossia un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse, in cui la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema sono legate indissolubilmente.

Ma le nostre attività professionali sono ad oggi ancora governate da norme e leggi risalenti al secolo scorso, ancorate ad organizzazioni rigide, resistenti al cambiamento e soprattutto non capaci di recepirlo con la necessaria rapidità che il contesto tecnologico richiederebbe.

Pensiamo agli scenari che la tecnologia informatica combinata con la conoscenza scientifica apre a tutti noi: big data, medicina personalizzata, telemedicina, robotica, fino ai DTC (Direct to Consumer) in cui è il paziente stesso che ordina su Amazon i presidi diagnostici di cui ha o crede di avere bisogno. Tutto ciò in totale assenza di regole che impongano la tracciabilità del processo e il controllo del dato o di indicatori di qualità che il produttore dovrebbe rispettare. (es dispositivi applicati sul corpo come il Freestyle libre per la misura della glicemia).

Tutto questo mette in crisi il rapporto tra paziente e sistema. Chi difende il paziente da questo mercato? È richiesta quindi una profonda riflessione sulla definizione dei ruoli e delle competenze di chi deve gestire le criticità di questa mole di dati che inevitabilmente vengono prodotti in questi nuovi scenari. E mette in evidenza la necessità di rivisitazione dei processi di intermediazione tra paziente e sistema. Siamo di fronte ad una realtà che, se lasciata senza regole chiare e condivise, produrrà una giungla di interventi professionali non più governabile, ma soprattutto senza più garanzia della qualità per i cittadini.

È una sfida che possiamo e dobbiamo cogliere prima di essere travolti da un mercato sanitario che in una logica di profitto mira a trasformare i professionisti della salute in meri prestatori d'opera, lasciando ad altri il governo della salute stessa.

Tutto questo ci impone di aprire un confronto e trovare una convergenza sulle competenze, tenendo conto del percorso di studio, delle possibilità offerte dal progresso scientifico-tecnologico, del contesto socio economico con un approccio certamente nuovo, ma in un'ottica di valorizzazione e, non come stiamo assistendo, di mortificazione dei professionisti con processi di task-shifting giustificati solo da logiche economiche.

Chi ha percorsi di formazione lunghi quasi un decennio e anche oltre, è portatore di saperi e di competenze altamente qualificate e dovrebbe essere messo nelle condizioni di esprimerle al meglio in un sistema sanitario del terzo millennio, nell'interesse dei cittadini verso i quali sentiamo forte la responsabilità del nostro operato. Il tema della sanità territoriale previsto nel PNRR sarà sicuramente un banco di prova della capacità di raccogliere questa sfida.

Quello di cui non sentiamo la necessità è di partecipare a guerre tra professioni che sviscerano chi le combatte, non risolvono i problemi, non raccolgono le sfide, ma indeboliscono questo sistema sanitario che attraversa una crisi tra le più gravi della sua storia, soprattutto in termini di risorse umane.

## FORMAZIONE POST LAUREA

Affrontare il tema delle competenze inevitabilmente ci porta a considerare il tema della formazione specialistica post laurea come cruciale.

La formazione specialistica medica ha rivelato tutta la sua inadeguatezza di programmazione in termini di numeri, producendo quel disastro annunciato di carenza di professionisti cui tutti stiamo assistendo e che mina profondamente il diritto alla salute dei cittadini.

Se la formazione medica ha i problemi ben noti, le altre professioni della Dirigenza Sanitaria, di cui si parla meno, sotto il profilo della formazione non godono certo di buona salute.

Un fatto assolutamente rilevante e che per le scuole di specializzazione della Dirigenza sanitaria, Biologi, Fisici, Chimici, Farmacisti e Psicologi, senza il cui possesso non si ha accesso al SSN, non si determinano i fabbisogni annuali come per i medici e questo comporta l'assoluta carenza di posti in specialità, il cui effetto si ribalta ovviamente sulla difficoltà di reperimento di queste figure professionali.

Il sistema attuale, che coinvolge regioni e ministero, determina i fabbisogni solo per i corsi di laurea non per le specialità. Andrebbe quindi introdotta la determinazione dei fabbisogni annuali per ciascuna scuola, anche in assenza di retribuzione, che comunque sarebbe auspicabile in analogia con quanto effettuato con la dirigenza medica.

Non basta però l'aumento dei numeri, i cui effetti, se il sistema resta così, si vedranno tra cinque anni, ma è necessario modificare i percorsi di formazione rivedendo il ruolo del SSN in termini di partecipazione attiva all'intero processo formativo.

Non sono solo i posti disponibili ad essere insufficienti, ma anche il numero di scuole che non è funzionale alla realtà in cui questi professionisti operano.

È ormai dimostrato “al di là di ogni ragionevole dubbio” che non si può scindere la tutela della salute da quella dell'ambiente

Non esiste però una scuola di specializzazione specifica per i biologi e chimici che si occupano di ambiente. È necessario sopperire all'attuale mancanza con l'apertura della scuola di igiene, indirizzo ambientale, anche ai biologi e ai chimici.

Questo consentirebbe alle ARPA regionali di assumere personale dirigente qualificato senza mortificare intere generazioni di professionisti lasciandoli privi di una formazione ad hoc e relegandoli a ruoli senza prospettive di sviluppo verticale.

## ARPAE

Il finanziamento delle ARPAE, fin dalla loro nascita, è sempre stato composto in gran parte (75-80 %) da trasferimenti dal fondo sanitario, e in misura molto minore da trasferimenti da fondi ambientali (ARPAE Emilia Romagna 2021: 52,68 milioni da Sanità, 17,4 milioni da Ambiente)<sup>1</sup>:

Anche per questo, le ARPAE in tutta Italia continuano a svolgere attività sanitarie, a supporto delle ASL, attività che per i laboratori ne costituiscono la parte numericamente più rilevante: analisi su acque potabili e minerali, piscine, legionella, contaminanti alimentari, studi di tossicologia...

È arrivato il momento di porre rimedio ai guasti derivati dal referendum del 1993 che ha stabilito la separazione delle competenze ambientali da quelle sanitarie, sino allora incluse in servizi territoriali dentro le U.S.L. e negli ospedali.

Si pensava, allora, che dare la autonomia gestionale tutelasse al meglio l'ecosistema e valorizzasse le professioni ad esso connesse: le neonate Agenzie furono create con l'apporto quasi esclusivo dei biologi, chimici e fisici “transitati” dalla Sanità, di cui hanno sempre conservato l'inquadramento nella Dirigenza Sanitaria.

Anche la storia dei concorsi nelle ARPA non sfugge al fenomeno del task shifting e ne causa ormai da molti anni il declino, complice una legislazione poco lungimirante e attenta solo a qualche risparmio sul personale che, con l'emergenza ambientale attuale, ne rivela anche la sua pericolosità : i laureati in Chimica, Fisica o Biologia vengono

---

inquadrati nel personale del Comparto, come tecnici livello D, i dirigenti che vanno in pensione vengono sostituiti da figure di valenza inferiore (posizioni organizzative, incarichi di funzione) a cui però si chiedono le stesse prestazioni e le stesse responsabilità dei dirigenti.

L'inquadramento prevalente per i nuovi dirigenti è quello di dirigente ambientale (ruolo tecnico) del CCNL Area Funzioni Locali; i concorsi per la Dirigenza – quando indispensabili - vengono banditi indistintamente per varie Lauree tecniche, per cui la valutazione non può essere professionale, per non parlare della preselezione che a volte viene condotta mediante test “attitudinali” con domande a risposta multipla, come i quiz per la patente.

Nel 1993 fu fatto un grande errore, cui va rimediato con urgenza per evidenti ragioni. Le ARPAE vanno riportate nel loro ambiente naturale, quello della salute, dove stanno per ruolo e competenza e da cui vengono già ampiamente finanziate. Il loro contributo in termini di salute pubblica può essere realmente valorizzato solo attraverso la rivalutazione professionale del suo personale con grande vantaggio della collettività e dell'ambiente che abitiamo.

Bologna, 30.11.2022

Dott.ssa Maria Anita Parmeggiani

Biologa

Responsabile regionale dirigenza sanitaria ANAAO Assomed

## SOSTENIBILITA'

Possiamo, dopo aver affermato e sostenuto ciò che è riportato all'Art. 32 della costituzione, dopo aver riempito comunicati di "Universalità del SSN" porci il problema della sostenibilità?

Non si tratta di una mera provocazione, né di leggerezza di chi lascia che siano altri a preoccuparsi di come realizzare i propri sogni, ma di una concreta necessità di riflessione sulle parole che usiamo, sul loro significato e della necessità che le società civili si interrogino su quanti e quali sforzi fare per garantirsi ciò che è giusto. Perché ciò che è giusto va garantito. La salute, l'istruzione, la sicurezza sono beni troppo preziosi per sottostare alle regole del mercato. Quelle vanno bene per altri ambiti.

L'indispensabile è l'asfittica declinazione del necessario. Troppi anni di crisi finanziaria ci hanno forse anestetizzato convincendoci che garantire l'indispensabile fosse sufficiente. Non lo è.

Le attuali e aberranti declinazioni dell'indispensabile le abbiamo sotto gli occhi: l'indispensabile è ciò che viene offerto in un PS sul punto di esplodere con boarding inaccettabili, dove la sicurezza per pazienti ed operatori è nelle mani dell'altissimo, per chi ha fede, dove la dignità umana non ha nemmeno il beneficio di un paravento. Non è per questo che abbiamo scelto di essere coloro che curano. Non si può vivere un Vietnam quotidiano. Non è questa la cura che i cittadini di questa regione meritano; offrire un medico comunque sia, non importa se autenticamente preparato per ciò che gli verrà chiesto di fare, né se mentre si occupa di un paziente ne lascia altri in stand by, né se non conosce il sistema nel quale lavora o se dovrà spendere gran parte del suo tempo lavoro in viaggio, se fa turni di 36 ore rischiando non solo del proprio. Indispensabile lo acquistiamo con gli stessi fondi e le stesse modalità con le quali gestiamo le gare di appalto ad esempio per le pulizie. Allo stesso modo infine, garantiamo un edificio con una targa fuori dalla porta, che potrebbe o non potrebbe contenere al suo interno ciò che è dichiarato all'esterno. Non importa se le condizioni di lavoro di chi sceglie di ingaggiarsi nel SSN non rispondono a quanto contrattualmente stabilito. Tutto si tiene e riconduce ad uno stesso punto: se mi pongo il problema della sostenibilità rischio di rinunciare alla qualità, per i cittadini ed i professionisti.

## QUALITA'

Prodotta e percepita. Non è un termine privo di senso. Un tempo si parlava di qualità totale. L'abbiamo abbandonata ben prima del COVID. Ne abbiamo fatto un mero accumulò di scartoffie, ma ci rendiamo conto oggi, che anche aver abdicato alla produzione e manutenzione di tali scartoffie, ha portato ad ulteriore anarchia del sistema. I nuovi arrivati non ne conoscono il valore. Ci sono troppe cose da fare per fermarsi e chiedersi come; troppo lavoro arretrato da processare. Occorre comunque produrre molto per dare e darci l'illusione di assolvere ai bisogni di salute. Ma i dati ci dicono che non è così, che le nostre esistenze non sono migliori, la nostra aspettativa di vita in salute non è migliore, il trattamento che riceviamo non è migliore, l'ambiente in cui lavoriamo non è migliore. Infatti cerchiamo tutto questo altrove, ad esempio nel privato. A volte lo troviamo, a volte no, ma il cercare altrove è già sintomo di qualcosa che non va.

Qualità della cura, garantita a tutti, in modo riproducibile e rispondente ai bisogni reali. Utilizzando i mezzi più idonei che non sono necessariamente i più costosi ed i più innovativi, ma per ricorrere ai quali occorre competenza ed occorre tempo per spiegare agli utenti, perché agendo in questo modo si fa il meglio. Aiutando il sistema ad essere appropriatamente sostenibile.

Qualità della vita di chi lavora, aspetto fondamentale di chi svolge attività logoranti. Garantita da ritmi sostenibili, giusto riconoscimento delle competenze, tranquillità economica, tempo da dedicare agli affetti, allo svago, alla formazione

## APPROPRIATEZZA

Il modo migliore per non doversi preoccupare troppo della sostenibilità è dato dalla appropriatezza dei servizi erogati. Che devono essere utili secondo il giudizio espresso dai professionisti chiamati ad erogarli. A fronte di una valutazione approfondita, garantita dalla conoscenza e tutelata da inutili se non dannose minacce legali che sottendono quasi esclusivamente l'intenzione di far cassa sulla base di presunti torti subiti.

La medicina difensiva, ed uso il termine medicina in senso allargato, ha prodotto enormi danni economici al sistema ed ha danneggiato grandemente il modo di ragionare sugli interventi sanitari richiesti ed erogati. Ha

danneggiato tanto quasi quanto il tempo per pensare alle azioni da compiere e che ci viene sottratto quotidianamente dalla richiesta di fare di più in meno.

Creando una bolla speculativa sulle prestazioni, alimentando le liste di attesa, illudendo di un miglior servizio offerto. Non c'è nulla che ci differenzi in questo dalle compagnie assicurative che offrono il check-up gratuito annuale comprensivo di accertamenti diagnostici radiologici e laboratoristici a persone sane. Puro spreco di risorse umane ed economiche.

Occorre quindi uno sforzo da parte delle regioni per promuovere un percorso legislativo che non garantisca impunità, nessuno la richiede e non sarebbe etico proporlo, ma disgiunzione tra la giusta e non strumentale aspettativa di risarcimento e la penalizzazione delle azioni sanitarie.

Il rischio e l'errore sono insiti nelle azioni. Le cattive condizioni di lavoro li alimentano in modo esponenziale. Si torna quindi alla necessità di migliorare l'ambiente, tutelare i professionisti riconoscendone l'umanità, informare correttamente su quanto è necessario e quanto no. Garantendo nulla di meno, ma nemmeno nulla di più. Perché il più è spreco, lusso superfluo. Ed i lussi superflui a differenza del necessario si pagano.

### EFFICIENZA ED EFFICACIA

Un po' come dire output ed outcome. Se l'efficienza può essere garantita da "volumi prestazionali", per arrivare ad un risultato di salute, occorrono tutta una serie di premesse che poco hanno a che fare con il quantitativo. Nemmeno la fabbrica che produce il più semplice degli oggetti, può permettersi di ignorare l'efficacia delle azioni, ma il progressivo impoverimento qualitativo delle prestazioni erogate, conseguenza del sempre minor investimento economico, temporale e culturale in sanità, ha creato negli anni un pericolosissimo iato tra i due concetti, lasciando il secondo sempre un po' più in secondo piano.

Abbattere le liste di attesa non sempre ha a che vedere con l'efficacia. Richiedere prestazioni superflue nemmeno. Come già detto tutto si tiene.

### NON E' SOLO UNA QUESTIONE ECONOMICA

Credo che il moto di ribellione nei confronti dei prestatori d'opera a gettone, che sta serpeggiando in tutto il mondo sanitario che ancora sceglie di dare fiducia allo Stato, rappresenti al meglio il concetto che non tutto si compra. O non si dovrebbe comprare. Le istituzioni sanitarie stanno offrendo compensi fuori mercato per tenere in vita attività non sempre indispensabili in quanto erogabili ed erogate altrove con maggiore qualità, competenza, sicurezza, efficacia. Sottraendo per altro risorse ad altre voci di spesa maggiormente necessarie. Quando diciamo che non si può chiudere un servizio, dovremmo anche poter dire, dati scientifici alla mano, il perché. La risposta non sempre avrà a che vedere con reali bisogni di salute. Lo stesso risultato lo si potrebbe ottenere altrove, con minimo sacrificio da parte dell'utente, senza derogare alla sicurezza, facendo realmente economia di sistema. Speriamo si oltrepassi in fretta questo mal costume che non porterà a nulla se non amarezza in chi qualificato, lavora dopo aver rispettato tutti i passaggi previsti dalla legge e si vede superato da chi a volte, non ha nemmeno la formazione richiesta.

Prescindere dal riconoscimento delle competenze professionali è rischioso oltreché ingiusto. Favorire il conseguimento di competenze sempre maggiori è un dovere da parte della parte datoriale. Occorrono pertanto investimenti importanti per garantire la permanenza nel SSN dei professionisti migliori: investimenti economici, ma non solo. Rispettare le competenze, valorizzarle, creare un ambiente di lavoro confortevole, con tempistiche adeguate, favorire la realizzazione delle idee migliori, instillare la cultura dell'arricchimento personale e professionale del lavoro in équipe, ridurre al minimo gli ambiti di conflittualità, abolire le vessazioni da burocratizzazioni inutili che sottendono esclusivamente il rispetto di norme di facciata.

### L'OSPEDALE DELLE DONNE

Qualcuno sostiene che la cura è femmina. In un mondo fluido certe catalogazioni scolastiche potrebbero lasciare il tempo che trovano, se non ci fosse un ricchissimo retroterra culturale, emotivo e fattivo specifico proprio dell'essere stati concepiti, riconosciuti e cresciuti in questo sistema duale.

Parafasando la famosa canzone di Gaber "Destra-Sinistra", dovremmo chiederci cosa è maschile e cosa è femminile. Sicuramente il modello organizzativo del lavoro è maschile, non fosse altro perché fino ad una manciata

di decenni fa, a lavorare erano solo i maschi. Quindi niente di male se non fosse che, ora a lavorare in sanità sono prevalentemente donne. Ma qui sembra proprio che nessuno se ne sia accorto o se lo ha fatto, che non sia intenzionato a cambiare nulla.

Quindi se qualcosa a cui hai diritto non ti viene dato te lo dovrai prendere. A distanza di quasi quarant'anni dalla prima sperimentazione del bilancio di genere, dobbiamo chiedere e vi chiediamo, quante aziende sanitarie della regione siano in grado di esibirlo, dimostrando di aver orientato le proprie scelte strategiche per valorizzare chi rappresenta di fatto la maggioranza della forza lavoro e della dirigenza del SSN. Quanto e come si valorizza il lavoro delle donne? Quanta attenzione organizzativa si presta ai loro bisogni? Quanto sono rispettati i loro diritti? Quanto si fa per ridurre l'impatto dei loro bisogni specifici sul sistema lavorativo in toto e sui colleghi maschi? Quanto si favorisce la creazione di una coscienza femminile di gruppo, al pari di quanto si è fatto nei secoli per favorire lo sviluppo di una coscienza di gruppo maschile? Quanto si accetta e valorizza lo sguardo femminile sui problemi e sulla loro risoluzione? Domande imprescindibili alle quali occorrerà dare risposta.

### ATTENZIONE AI GIOVANI

Chiedere la presenza oggi di almeno un under 45, ci dice quale sistema gerontocratico sostenga il nostro paese. Non basta certo "fare largo ai giovani" per garantire innovazione, dinamismo e migliorie. Ma non possiamo nemmeno pensare di continuare ad attendere metà della vita (in termini esistenziali) prima di vedere riconosciuto il diritto ad una dignità di ascolto nel mondo del lavoro.

Ignorare l'energia propulsiva dei giovani è uno dei maggiori errori di questo paese, che può fare il pari solo con una valorizzazione di facciata della gioventù tout court. In una formazione come quella della dirigenza sanitaria e medica che prevede un lungo iter formativo, sottoscrivere contratti nei quali si devono attendere dagli otto ai dieci anni da una laurea divenuta abilitante prima di vedersi riconosciuto il primo upgrade professionale, rischia di uccidere sul nascere ogni ambizione. Ci sono anziani che non raggiungono mai la saggezza, invecchiano semplicemente, mentre giovani di valore scaldano a vuoto i loro motori consumando inutilmente energia.

Non può esistere una norma generale, soprattutto per una variabile non sempre portatrice di significato univoco quale è l'età. Ma dobbiamo interrogarci su cosa lasceremo. Contemporaneamente loro dovranno chiedersi cosa possono esigere, quanto sia loro dovuto e quanto vada conquistato con le azioni concrete volte a mettere in luce le loro capacità. In un sistema sinergico di interscambi dei saperi più aggiornati con i più maturi; della maggiore energia con la maggiore ponderatezza.

L'attenzione non è però dovuta solo ai giovani professionisti. Maggiore attenzione è dovuta alla cura dei giovani. Il loro disagio è massimo, per molteplici fattori. I correttivi sono in là da venire. Al momento abbiamo sintomi gravi da gestire e cronicità da non creare. Ma investiamo troppo poco. In un paese anziano, troppe energie sono male allocate. Ad un disagio nuovo non stiamo offrendo risposte e spazi idonei.

### METAVERSO

Al momento, soprattutto in alcuni ambiti è poco più di una promessa, ma in altre realtà è pane quotidiano. Impossibile ignorarne le potenzialità sia in ambito formativo che nell'interventistica, anche se ne parliamo in un sistema che deve ancora capire come organizzare e quali supporti darsi per implementare diagnostica e cure a distanza attraverso la telemedicina. Non mancano le norme: otto anni fa le linee guida ministeriali, due anni fa le indicazioni nazionali della conferenza stato-regioni, qualche timido tentativo di implementazione e declinazione locale, ma nessun contratto che ne stabilisca ambiti, responsabilità, organizzazione e riconoscimento del tempo lavoro. Sarebbe tempo guadagnato per i pazienti e per i professionisti; spazio virtuale che sostituisce spazio reale, risparmiando suolo, riducendo cementificazione e spese energetiche; calore ed empatia che arriva con risposte tempestive ed appropriate là dove oggi regnano inutili tempi di attesa.

### SICUREZZA E LAVORO

Quale garanzia di sicurezza se il lavoro può prescindere dalle competenze? Quale sicurezza è ancora garantita da strutture e strumenti vetusti? Quale protezione dai sempre più frequenti attacchi violenti, se anche le forze dell'ordine non presidiano più i nostri luoghi più esposti? Come credere ancora alla sicurezza nei luoghi di lavoro dopo ciò che abbiamo vissuto nella primavera del 2020 quando siamo stati esposti, nostro malgrado e per disorganizzazione generale e colpevole delle istituzioni preposte? Ancora una volta abbiamo assistito ed assistiamo ad esercizi funambolici di rispetto formale delle regole, con una sostanza lacunosa ed imperfetta. Ancora adesso

in alcune aziende l'organizzazione dei servizi di Prevenzione e Protezione non è conforme a quanto previsto dalla legge, non è adeguatamente tutelata la privacy del lavoratore, le risposte fornite ai bisogni di salute sono di minima, i controlli a volta superficiali e funzionali alla necessità di mantenere in servizio personale sempre più anziano e non adeguatamente performante. La sicurezza non può in alcun modo essere al servizio dell'organizzazione del lavoro e delle risorse umane. La formazione del personale neo assunto non può prescindere da queste tematiche né essere derubricata a poche righe di contratto individuale che rimandano ad un percorso informatizzato. Con quanta frequenza ci si esercita a tappeto sugli eventi più importanti? Quali strumenti ha a disposizione chi, delegato per legge, deve sovrintendere agli aspetti più concreti e quotidiani della sicurezza? Come si può infine garantire la sicurezza dei pazienti con personale scarso, stanco e non adeguatamente formato? Attendiamo ospedali nuovi, pochi e performanti. Dove soggiornare il minimo, perché fuori, nel territorio, ci attende il cuore delle cure: nelle nostre case, vicino ai nostri affetti.

## IL GOVERNO

Diretto, della cura, dei curanti e degli esiti di salute. Intelligente. Che legge i risultati dei propri investimenti ed orienta conseguentemente le proprie scelte. Quale è il senso di "investire sul territorio" quando lo si fa da decenni senza miglioramenti evidenti? Forse c'è qualcosa che non va nel territorio, se tutti questi sforzi economici non hanno portato ad altro che non sia il boarding dei PS e l'intasamento dei reparti. Viene forse al territorio chiesto troppo rispetto alla capacità di assorbimento dei bisogni? Si lasciano troppi tempi morti, come tutto il week-end, tutte le festività, le ferie estive? Occorre una maggiore contaminazione tra il dentro ed il fuori gli ospedali? Occorre una maggiore uniformità di ingaggio? Sono domande indispensabili. Chiudiamo con la necessità di un governo consapevole e non troppo strettamente vincolato ai tempi ed ai modi della politica. Fluttuanti, interessati, vincolati alle necessità elettorali. Con troppi tempi morti. Le malattie e gli ammalati non attendono. Non se lo possono permettere.

Dr.ssa Ester Pasetti

Dirigente medico, specialista in psichiatria

Segretaria Regionale ANAAO-ASSOMED Emilia Romagna

## LA PREVENZIONE

### Premessa

La Costituzione italiana pone nel nostro ordinamento giuridico le norme fondamentali per la tutela della salute (art. 32). La Legge costituzionale n. 1/2022, modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione, ha segnato un passaggio cruciale che consente di parlare di un'esplicita copertura costituzionale dell'approccio One Health e del forte legame tra la protezione della salute umana, quella dell'ambiente e la tutela degli animali.

L'approccio One-Health viene ribadito anche dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, il quale rafforza una visione di salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente. Tra le linee operative è previsto lo sviluppo dell'approccio One Health e Planetary Health sul rischio ambientale delle malattie infettive emergenti e sull'evoluzione delle epidemie, sostiene l'integrazione delle attività dei sistemi di prevenzione di salute ambientale, umana e veterinaria.

### I Dipartimenti

Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) o Dipartimento di Prevenzione (DP) è istituito dal Dlgs 30 dicembre 1992 n. 502, tra poco più di un mese tale decreto compie 30 anni.

Con tale decreto ha avuto inizio il processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale individuata come medicina salvavita per la sanità dal governo Amato, in un anno turbolento di dissesto della finanza pubblica. Ricordiamo il prelievo forzoso del 6 per mille dai conti correnti dalle banche italiane la notte del 10 luglio 1992.

Ai sensi del D.vo 68/2011 i livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria per la prevenzione intesa come "assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" e che costituiscono uno dei tre indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale, deve essere del 5% della spesa sanitaria totale. Negli anni 2008-2018, dai dati elaborati da Altreconomia<sup>2</sup> sono stati sottratti alla prevenzione e spesi in altre attività sanitarie circa 10,2 miliardi di euro, inoltre le Asl e i Dipartimenti di Prevenzione (DSP) sono diminuiti, passando da 197 Asl e 170 dipartimenti di prevenzione nel 2000 a 99 Asl nel 2020 e 99 dipartimenti di prevenzione nel 2017, con la conseguente diminuzione del personale che ha messo a dura prova i DSP durante la pandemia da COVID-19 nel 2020. Ma i DP non sono importanti solo durante una pandemia il loro ruolo, con adeguate risorse finanziarie, sarebbe quello di alleggerire la pressione sui sistemi sanitari e ospedalieri.

Il DSP è atteso a sfide future (nuove ed innovative), in particolare il sistema complesso AMBIENTE-CLIMA-SALUTE. Si deve inserire la problematica di sostenibilità ambientale nelle tematiche operative della prevenzione per esempio prevedendo che nei Dipartimenti ci siano nuove figure: esperti ambientali, epidemiologi, informatici etc, in modo da cambiare il profilo professionale dei Servizi mettendo in comune competenze e capacità in misura maggiore di quanto in atto.

### Il PNRR e la prevenzione

Per l'Italia il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un'opportunità di sviluppo, investimenti e riforme e coinvolge i settori dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera. La debolezza è costituita dall'assenza di finanziamenti diretti per la riorganizzazione e il potenziamento del settore della prevenzione, ma solo delle infrastrutture, nel PNRR non sono previsti fondi per il personale.

Con il DL n. 59 del 6 maggio 2021 il Ministero della Salute ha proposto un progetto incentrato sull'istituzione del Sistema Nazionale Salute, Ambiente e Clima (SNPS), per il quale il PNRR ha previsto la destinazione di 500 milioni di euro.

---

<sup>2</sup> Borrelli Giovanni, Sparano Francesco. *Prevenzione addio: in dieci anni sottratti 10,2 miliardi euro. Inchiesta sulla spesa delle Regioni.* Altreconomia. 1° dicembre 2020. Fonte: <https://altreconomia.it/inchiesta-prevenzione-addio/>

Chi saranno i terminali di questo finanziamento, le Asl alle prese con i LEA, oberate e sottodimensionate?

### La Regione

In regione ci sono 8 Aziende Sanitarie territoriali estremamente disomogenee tra di loro quanto ad estensione territoriale con relativo DSP.

Va auspicata una norma sovra regionale per la creazione di un nuovo modello organizzativo che, per la prevenzione, non primaria etc, ma quella dei controlli, delle sorveglianze e della tutela collettiva, possa “stando in rete” uscire dai confini regionali.

La norma regionale è del 2007 (DGR 2007/2011), pensiamo debba essere rivista profondamente per permettere al DP di aprirsi alle nuove esigenze che la pandemia ha drammaticamente evidenziato: One health deve partire dalla condivisione di informazioni, che vengono poi elaborate e costituiscono le basi su cui fare una programmazione anche multidisciplinare.

### IL SERVIZIO VETERINARIO NELLA SALUTE PUBBLICA

L'Italia pone grande attenzione ai nessi tra salute umana e salute animale e come riporta l'ex Ministro della Salute Renato Balduzzi, in un recente articolo<sup>3</sup>, l'inclusione della veterinaria all'interno delle strutture sanitarie centrali e locali ne è un “esempio illuminato”.

Il Servizio Veterinario è dalla nascita del SSN all'interno della Sanità e nel corso dei decenni ha seguito il tumultuoso sviluppo normativo della legislazione sanitaria della sanità e benessere animale, della tutela delle produzioni zootecniche e della sicurezza alimentare.

Attualmente le norme sono in gran parte di provenienza comunitaria, così come le visite di verifica da parte di organismi europei (FVO) che controllano il livello di applicazione della normativa europea. I Regolamenti europei hanno definito Autorità Competenti (AC) gli organismi responsabili, ognuno per il proprio ambito territoriale dell'applicazione delle norme. AC locale i Servizi delle ASL, AC regionale e AC centrale (Ministero della Sanità).

Tralasciamo l'elencazione dei compiti operativi dei Servizi Veterinari in quanto appesantirebbe questa nota, si ricorda solo l'impatto economico dell'export di prodotti alimentari verso Europa e Paesi Terzi. Quest'ultimi (Usa, Canada, Cina, Giappone etc) a loro volta programmano ispezioni nelle strutture dedicate per verificarne l'idoneità all'export.

Per il buon funzionamento di tale struttura occorre:

- chiarezza e definizione dei vari ruoli di AC
- omogeneità organizzativa verticale (catena di comando) ed orizzontale
- strutture professionali rispondenti ad un modello organizzativo

---

<sup>3</sup> R. Balduzzi, «Più “Europa” nella sanità italiana, più Italia nella sanità “europea”,» 2022. [Online].  
Fonte: [www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2022/05/0.1.-Balduzzi-1b-2.pdf](http://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2022/05/0.1.-Balduzzi-1b-2.pdf).

## PROPOSTE

- 1- aprire un tavolo sindacale per la revisione della delibera 2011/2007 che possa disciplinare i DP nell'ottica di one health e soprattutto che faccia chiarezza sulla omogeneità organizzativa nel territorio regionale con il principio di garantire la catena di comando con i relativi ruoli gestionali (semplici e complessi a seconda della grandezza)
- 2- programmazione delle professionalità necessarie alle attuali e future funzioni del DP. Ovvero individuazione di nuove professionalità legate alle nuove competenze ambientali e climatiche. Per quelle già presenti nei Servizi Veterinari, soggette a formidabile turn-over, nei prossimi 5 anni andrà in pensione il 30% dell'attuale forza lavoro con ruoli apicali e comunque professionalità esperte nei loro ambiti specialistici. Se non programmate per tempo le sostituzioni, si avranno carenze e vuoti difficilmente colmabili.
- 3- Il DM 136/2022 ha stabilito a capo dell' autorità competente regionale un Responsabile del Servizio Veterinario Regionale. I compiti del Responsabile del Servizio Veterinario Regionale e ed il ruolo dell'AC regionale dovrebbe essere oggetto di un accordo Stato-Regioni, auspichiamo anche un confronto con le parti sociali con l'obiettivo di creare un efficace ruolo di ponte tra le AC locali e l'AC ministeriale.
- 4- Il passaggio successivo al punto precedente è quello di verificare quali prestazioni rientrino tra i LEA e quali invece vadano in una lista di attesa. Vanno rivisti molteplici piani e attività che hanno perso efficacia o hanno raggiunto completo livello di maturazione, analogamente deve essere presa la decisione se ed eventualmente quali prestazioni esternalizzare scegliendo anche la modalità come previsto dal citato DM 136/2022. Tali determinazioni devono essere valide su tutto il territorio regionale evitando la pratica attuale di singole decisioni locali su cosa, come e a chi esternalizzare e/o mettere in attesa.
- 5- La legislazione europea ha necessità di una organizzazione omogenea a livello nazionale e a maggior ragione l'ambito regionale non può permettersi deregulation organizzativa presente in Regione da Piacenza alla Romagna. Quante strutture organizzative/servizi/discipline DEVONO esserci nei Servizi Veterinari regionali è scritto nelle norme nazionali dal 502/92 e s.m.i. alla Legge "Balduzzi" etc. Questo è un serio ostacolo ad un dialogo costruttivo su tutto il resto se i Livelli Organizzativi Essenziali (LEO), non sono acquisiti.
- 6- Si propone di istituire una ASL zero o una struttura centralizzata che possa precedere alle selezioni concorsuali per conto delle Asl per risparmiare preziose risorse anche economiche.
- 7- Continuare a finanziare gli specializzandi nelle due Università Regionali cercando formule di tirocinio che rendano attrattivo il ruolo di Veterinario Ufficiale in Regione.
- 8- Rendere note le risorse a disposizione della prevenzione che difficilmente sono quelle previste (5%), e sui proventi derivanti dal D.gs 32/2021, i cui proventi devono essere utilizzati dalle Ausl per finanziare i controlli ufficiali.

## CONCLUSIONI

La prevenzione è attività complessa che presuppone il riconoscimento precoce e la sistematica rimozione delle cause e concause di un possibile danno.

Ma non fa notizia, non attrae interviste o articoli giornalistici, eccetto quando il danno (una epidemia, un problema sanitario ad un alimento sul mercato etc) è già attuale; hic et nunc.

Ma senza una buona prevenzione che non può che essere pubblica, la sanità che cura soprattutto pubblica ha vita difficile.

Bologna, 30.11.2022

Dr. Luca Turrini

Dirigente medico veterinario

Presidente FVM



## UNIVERSALITA'

### Salute come risorsa della comunità

Alla luce del fondante principio del nostro Sistema Sanitario Nazionale mi chiedo e vi chiedo come interpretare e quale significato attribuire ad alcune affermazioni di questo assessorato a garanzia della fruizione di un diritto:

sett.22: “garantire a tutti il diritto di cura. Per questi motivi la Regione Emilia-Romagna farà sempre tutto il possibile per sostenere la sanità privata accreditata e convenzionata”

Si viene a generare un conflitto di interesse come competitor verso una professione medica che si pone nel “mercato” come “merce rara”.

Abbiamo tutti chiaro quali siano le differenze tra pubblico e privato, è davvero auspicabile indebolire e impoverire il SSN incentivando la fuga dei medici dalle strutture ospedaliere?

Abbiamo assistito alla costante e continua chiusura delle Strutture Ospedaliere periferiche, agendo attraverso i concetti di HUB alla ricerca di acquisire qualità eccellenza a scapito della capillarità dell'assistenza.

## UGUAGLIANZA/EQUITA'

La capillarità non più perseguibile nella nostra società per mancanza di medici e impossibilità della sostenibilità economica, deve trovare il modo di garantire il principio di uguaglianza; affinché almeno nelle prestazioni mediche di base, anche le comunità distanti dai grandi centri possano trovare le risposte alle necessità sanitarie essenziali

Consentire stesse opportunità di qualità di prestazioni e confort sia nelle strutture private accreditate convenzionate, che in quelle pubbliche con standard condivisi.

La nuova sanità deve rispondere ad una organizzazione che pone al centro la persona sia essa il paziente che il sanitario.

Occorre concretizzare, quanto messo in atto con il sistema delle valutazioni, con azioni premianti e valorizzazione che rendano attrattivo il SSN

Equità per distribuzione dei carichi di lavoro/prestazioni all'interno del territorio regionale

## RISORSE

“Ottimizzare quelle esistenti coltivando le future”.

Utilizzare la rete territoriale presente rendendo funzionali e disponibili ai medici di base, spazi comuni con tecnologie da condividere per essere partecipativi in una rete unica per competenze e capacità nella quale inserire metodiche di telemedicina.

Coinvolgere nella sanità i medici di medicina generale e delle farmacie pubbliche e private convenzionate che, essendo uniformemente presenti sul territorio, evidentemente rendono attiva una sanità territoriale, vista l'importanza strategica dimostrata durante la pandemia.

Togliere dall'isolamento tanti medici che effettuano prestazioni unicamente all'interno dei propri ambulatori privati; prestare attenzione al tema della sicurezza delle cure in ambito di igiene degli spazi sanitari. Quali garanzie di sanificazione?

## SICUREZZA

In una Regione che ha puntato gran parte dei propri investimenti sull'edilizia sanitaria appare coerente affidare a competenze innovative e a partnership con aziende specializzate nel settore, progettualità innovative non solo per l'aspetto tecnologico puro legato alle prestazioni sanitarie, ma anche per il profilo sicurezza: ad esempio principio ergonomia degli ambienti lavorativi **BANCA DELLE SOLUZIONI**.

Monitoraggio con tecnologie all'avanguardia dei rischi ai quali la popolazione sanitaria è esposta

Standard di sicurezza equamente presenti in tutto l'ambito regionale

Attuare modelli organizzativi che consentano migliori condizioni lavorative ai professionisti e migliori servizi sanitari agli utenti, puntando ad una attrattività verso le aziende ospedaliere come ambienti volti alla innovazione in cui poter accrescere le proprie competenze con concreti obiettivi di valorizzazione.

## CONDIVISIONE/PARTECIPAZIONE

Richiesta di condivisione in tavoli tecnici dei progetti per l'utilizzo dei finanziamenti previsti con il PNRR OOSS viste nell'ottica della collaborazione e non della opposizione con lo stesso fine di rendere efficace ed efficiente il prodotto "sanità regionale"

Bologna, 30.11.2022

Dr.ssa Vincenza Nappi  
Dirigente Medico  
Specialista in Anestesia e Rianimazione  
Segretario Regionale FIALS ADMS (accreditato FVM)