

PROPOSTE PER UNA SANITA' UNIVERSALE

L'iniziativa di oggi si muove sul solco di quanto fatto negli ultimi anni dalla CGIL Sicilia. Partiamo dalla proposta di legge di iniziativa popolare che la CGIL, insieme a svariate associazioni che fanno parte del percorso della Via Maestra, presenta oggi e che ci vedrà coinvolti nella raccolta firme nelle settimane a venire.

In merito alle criticità che vive la sanità siciliana innanzi tutto avvertiamo la necessità di sottolineare che il metodo con cui si sviluppa il confronto tra l'assessorato regionale e le OO.SS non rappresenta il modello che noi abbiamo sempre auspicato su tematiche così importanti come quello sanitario. Sono stati nel tempo costituiti luoghi di confronto attraverso i quali si sarebbe dovuto realizzare quella vera condivisione di obiettivi che noi oggi non riscontriamo in quanto quegli stessi luoghi, o non sono stati attivati, o non hanno trovato da parte assessoriale alcun momento di condivisione e di analisi.

A partire dalla proposta della nuova rete ospedaliera inviata al ministero diversi mesi fa, e di cui non si ha avuto più alcuna notizia, abbiamo rappresentato come la stessa proposta avanzata dall'assessorato non venga incontro alle esigenze di salute dei siciliani ma ad altri interessi che non hanno nulla a che fare con i bisogni dell'utenza e delle lavoratrici e lavoratori del comparto sanitario. Dalla bozza presentata compare una pochissima attenzione alle aree interne della nostra regione, abdicando in buona sostanza al diritto universale alla salute dei cittadini delle aree interne, con una sostanziale riduzione dei posti letto. Un'attenzione alla lunga degenza e non alla fase acuta del bisogno non guardando alla medicina del territorio ed alla presa in carico del soggetto ma privilegiando l'ospedalizzazione. Esattamente tutto il contrario rispetto a quanto previsto dal DM 70. Non si evince dalla bozza di piano la complementarità tra i posti letto della rete ospedaliera, delle case ed ospedali di comunità previsti dalla missione 6 del PNRR e dai posti letto delle cliniche private e private convenzionate. Non riscontriamo alcun potenziamento del pronto soccorso, uno dei settori più in crisi del sistema sanitario regionale in cui si riscontrano le maggiori deficienze anche a causa della mancanza cronica di personale. Settore in cui tra l'altro si riscontrano il maggior numero di aggressioni al personale. Si continua a non tenere conto di chi lavora nel comparto sanitario incentivando implicitamente la migrazione del personale dal pubblico al privato. Facendo sì che invece di invertire il dato dell'emigrazione sanitaria lo stesso possa implementarsi. A questo aggiungiamo che la bozza di riorganizzazione non rispetta i parametri stabiliti dal Dm 70 in quanto manca l'articolazione interna delle discipline per cui non si conoscono il numero delle strutture complesse, il numero di strutture semplici e il numero delle strutture dipartimentali. Ciò significa che non è presente una ripartizione specifica di come si vuole distribuire il personale rischiando di lasciare alla gestione politica il potenziamento o il depotenziamento di una o di un'altra struttura in base ad esigenze che non hanno nulla a che fare col bisogno di salute di un territorio.

A 15 anni dall'entrata in vigore della legge di riforma del servizio sanitario regionale siciliano è del tutto evidente che la promessa principale dell'allora governo, quella di spostare l'attenzione dall'ospedale al territorio, non solo non è stata mantenuta ma paradossalmente si è creata una situazione assolutamente ospedalocentrica che ha aggravato la qualità dell'assistenza erogata. Infatti, non solo la mappa dei posti letto disponibili negli ospedali non ha subito particolari modifiche qualitative rispetto all'offerta ma addirittura il numero dei posti letto è progressivamente diminuito in tutta la regione. I governi regionali guidati prima dal presidente Musumeci e poi dal Presidente Schifani non sono stati in grado di utilizzare tutte le risorse stanziare durante la pandemia per implementare i posti letto, a partire da quelli di terapia intensiva. In Sicilia, a fronte di 720 posti letto di terapia intensiva programmati, la Corte dei Conti ha evidenziato un grave ritardo, con soli 151 posti effettivamente realizzati (circa il 21%) al febbraio 2025. Di questi, soltanto 109 risultano collaudati e operativi. Anche rispetto all'efficienza dei pronto soccorso su 24 interventi programmati solo 8 sono gli interventi realizzati. Inoltre la chiusura di unità operative, che successivamente si sono rivelate strategiche per affrontare le emergenze alle quali non eravamo preparati (Covid), ha peggiorato ulteriormente la situazione. Questo è avvenuto perché contemporaneamente non si è realizzata la promessa della medicina del territorio ed infatti l'istituzione dei

PTE e delle altre attività territoriali come ADI, Ospedalizzazione territoriale ed integrazione ospedali territorio non si sono mai realizzate compiutamente. Non avere intercettato i bisogni di salute nel territorio ha di fatto sottoposto a stress tutto il sistema regionale di emergenza urgenza causando di fatto il caos organizzativo nel pronto soccorso che vengono gravati da due problemi strettamente connessi: maggior carico di lavoro derivante dal mancato filtro territoriale e la impossibilità a decongestionarsi per la scarsa disponibilità dei posti letto.

Il servizio sanitario regionale rappresenta con quasi 10 mld di euro, una delle voci più consistenti della spesa della regione siciliana. Malgrado ciò la sanità non riesce a soddisfare pienamente le esigenze delle donne e degli uomini che vivono nell'isola, in particolar modo quelle degli anziani e dei malati cronici. La mobilità sanitaria in Sicilia registra un saldo passivo cronico e in crescita, con oltre 220 milioni di euro di deficit nel 2024 e più di 2 miliardi di euro persi tra il 2014 e il 2024. I cittadini siciliani si spostano prevalentemente verso Lombardia ed Emilia-Romagna per cure di alta complessità, a causa di carenze strutturali, di personale e ritardi tecnologici. L'isola è al terzultimo posto nel ranking nazionale in materia di LEA secondo quanto redatto dal ministero della salute. Malissimo andiamo in tema di prevenzione.

Diventa urgente e necessario avere il coraggio delle scelte e quindi diventa imprescindibile, a partire dalla nomina dei direttori generali, la laicità degli stessi rispetto al potere politico pervasivo ed invadente. Non possiamo accettare che le nomine politiche abbiano tempi biblici che non guardando all'interesse generale ma al solo interesse delle litigiose forze di governo. Bisogna riorganizzare il sistema delle nomine affinché gli interessi della politica non intacchino gli interessi della collettività. Il criterio attraverso il quale individuare i manager deve essere quello delle competenze in cui attraverso i curriculum emergano l'esperienza ed i risultati ottenuti nei precedenti incarichi piuttosto che l'appartenenza politica. Sarebbe opportuno che i perimetri delle ASP siano delineati per territori omogenei e per bacini di utenza e non invece come è oggi coincidenti con i collegi elettorali affidando la nomina delle figure apicali ad una agenzia regionale dei servizi sanitari.

E' indispensabile investire nella sanità pubblica in tutte le sue articolazioni, a partire dal personale in termini di rinfoltimento degli organici per tutte le professionalità: dagli ausiliari, agli OSS, dagli infermieri, ai tecnici delle professioni sanitarie, dai medici specializzati agli amministrativi, partendo dall'allargamento dei posti in ingresso per i test universitari di medicina e professioni sanitarie e puntando inoltre alla formazione professionale, se nel futuro prossimo non vogliamo che si ripetano gli stessi errori e le gravi inefficienze riscontrate durante la pandemia Covid-19. E' opportuno valutare, altresì, forme di collaborazione con soggetti ed istituzioni promotori della formazione quali le università e implementare il ruolo di incubatore culturale svolto dal Cefpas, al fine di revisionare la filiera formativa di tutti gli operatori della sanità, partendo dai bisogni, dagli standard e dai fabbisogni di personale, per dare continuità e qualità all'assistenza. Per questi obiettivi è importante che le nuove assunzioni debbano essere a tempo indeterminato, puntando alla valorizzazione di ciascuna professionalità. Partendo dalla stabilizzazione dei precari Covid e bandendo nuovi concorsi per le posizioni scoperte. E' necessario ripensare un sistema sanitario e sociosanitario che risponda in maniera adeguata e immediata agli eventi avversi e alle emergenze ed anche, in misura appropriata, alla gestione del quotidiano, motivo per cui il tema della salute, della medicina di genere e della tutela delle fragilità diventano fra le priorità sulle quali sviluppare un nuovo modello di welfare sociale.

A quanto evidenziato, bisogna aggiungere un'ulteriore criticità che riguarda il sistema sanitario regionale, ma non solo, e ci riferiamo alle migliaia di lavoratrici e lavoratori che svolgono le cosiddette attività No Core, quali: pulizie, sanificazione, igienizzazione, ristorazione, manutenzione e vigilanza presso le strutture del SSR. Questi servizi sono affidati ad aziende private attraverso il sistema delle gare d'appalto, purtroppo quasi sempre aggiudicate attraverso il criterio del massimo ribasso che non garantisce la salvaguardia dei livelli reddituali degli operatori. Considerato che il costo maggiore di tali servizi, per oltre il 80%, è costituito dal costo del lavoro, è abbastanza chiaro che ogni euro risparmiato nell'offerta in fase di gara fa sì che la riduzione si trasformi in una diminuzione di orario per i lavoratori nell'espletare il loro servizio all'interno dell'azienda ospedaliera. Riduzione oraria che corrisponde ad una riduzione del

servizio e della qualità dello stesso oltre che alla possibilità di applicare contratti “pirata” con salari più bassi rispetto a quelli sottoscritti dalle organizzazioni maggiormente rappresentative, fenomeno ormai ampiamente diffuso nel mondo degli appalti e dei subappalti. Tutto ciò riguarda in maniera indistinta tutte le attività che vengono svolte attraverso le esternalizzazioni. Come CGIL Sicilia crediamo che l’internalizzazione di tali servizi, con la garanzia occupazionale e reddituale di chi già vi opera, attraverso delle società in house/partecipate della regione Siciliana potrebbe essere un’esperienza gestionale riformista ed innovativa che determinerebbe un nuovo modello di sistema sanitario e sociale che affida alla mano pubblica un importante servizio, contrastando l’idea liberista incentrata sul mercato tipico di una logica “compra-vendita”, dove le ASP diventano soggetto acquirente e non produttore, teso alla esternalizzazione dei servizi. Riuscire a creare stabilità di queste prestazioni, che svolte in ambito sanitario acquisiscono una particolare funzione pseudosanitaria, significherebbe ottenere maggiore controllo sui processi organizzativi e sullo stesso risultato da offrire all’utente finale che, nel caso di specie, è rappresentato dai pazienti, ma soprattutto migliorerebbe la qualità dei servizi, in primis il servizio igienico e di sanificazione delle strutture sanitarie, oltre che fornire stabilità e dignità alle professionalità delle migliaia di lavoratori che hanno garantito e garantiscono l’intero sistema sanitario pubblico. In tale contesto diventa pertanto fondamentale ricomporre il lavoro e valorizzare l’intera filiera lavorativa del diritto alla salute ed internalizzare i servizi evitando spinte corporative, sia sotto il profilo professionale che rispetto agli aspetti contrattuali.

Altrettanto ineludibile diventa l’applicazione pedissequa di quanto stabilito dal DM 77. Ad oggi la realizzazione delle case di comunità e degli ospedali di comunità previsti dalla missione 6 del PNRR presenta ritardi spaventosamente incolmabili rispetto alle scadenze previste per giugno 2026. Non solo sono state attivate poche case di comunità e solo due ospedali di comunità, a fronte della previsione di 156 case della comunità e di 43 ospedali di comunità, ma le stesse strutture inaugurate sono quasi totalmente sprovviste del personale medico che dovrebbe farle funzionare. Delle 4204 unità lavorative previste ad oggi solo poche decine sono in servizio. Il serio rischio è che le nuove strutture CDC ODC e COT possano essere affidate a soggetti privati. E mentre la sanità regionale è in ginocchio molti dei 767 interventi finanziati nell’ambito della Missione Salute, per un totale di 980 milioni di euro, rischiano di non partire.

Per quanto concerne il finanziamento del sistema sanitario piuttosto che continuare il balletto in relazione al quale non si possono compiere scelte che vadano ad intaccare i famosi tetti di spesa è auspicabile che il decisore politico prenda in considerazione il superamento degli stessi tetti di spesa. A partire dalla corretta gestione delle enormi risorse a disposizione della regione che hanno visto nel corso del tempo un uso distorto e poco trasparente. Sono svariati gli scandali che hanno visto coinvolti dirigenti ed esponenti politici nel malaffare.

Inoltre è opportuno specificare 3 criticità:

1)il mancato passaggio della gestione della medicina penitenziaria tra il ministero di Grazia e Giustizia e le ASP che ha generato una sorta di limbo in cui si ritrovano gli operatori che non hanno certezza della normativa di riferimento con grave disagio degli stessi operatori e degli assistiti;

2)così come il mai completato distretto socio sanitario che dovrebbe essere il vero cardine su cui generare l’assistenza territoriale che coinvolge sanità e socio assistenziale e che permetterebbe la presa in carico della persona nella sua completezza secondo le più moderne vedute della medicina così come previsto tra l’altro dal DM 77 e dalla legge 33 sulla non auto sufficienza.

3)I ritardi, per quanto riguarda l’attuazione dei budget di salute mentale, così come previsto dai bilanci delle ASP.

Urge un nuovo piano regionale sanitario connotato nei suoi interventi dal piano regionale sulla medicina di genere; dal rafforzamento della sicurezza sul lavoro e messa in sicurezza delle strutture (norme antisismiche, antincendio, barriere architettoniche, climatizzazione, il tutto in una logica di ecosistema). Potenziamento dei consultori familiari quale presidio della salute pubblica nel percorso di vita dalla nascita all’invecchiamento, cambiando il passo rispetto alla politica in atto del depauperamento delle sue originali funzioni, venute meno negli anni, a causa del mancato rispetto di quanto previsto dalla stessa legislazione regionale, in relazione agli stessi requisiti strutturali ed organizzativi (equipe multidisciplinare

carente in diverse figure) come riportato dallo stesso assessorato nel nuovo piano della rete territoriale di assistenza. Da tempo quindi una riduzione di un servizio a discapito della salute sessuale e riproduttiva delle donne e della loro autodeterminazione, in particolar modo per quelle più fragili ed in difficoltà sociale ed economica. Immediata attuazione del sistema socio-sanitario completando l'aspetto legato alla suddivisione dei costi, o la costituzione del coordinamento tecnico interassessoriale per l'integrazione socio sanitario. Il piano sanitario dovrà inoltre essere connotato dal rispetto dei piani triennali anticorruzione e contrasto agli sprechi di gare illecite attraverso l'eliminazione di abusi, inadempimenti e irregolarità; potenziamento della sanità penitenziaria assicurando le cure adeguate ai soggetti detenuti.

In relazione a quanto detto, come CGIL Sicilia riteniamo che bisogna muoversi seguendo principalmente tre linee direttrici: la medicina territoriale nel SSR, la rete dell'emergenza-urgenza e la rete ospedaliera e l'integrazione socio-sanitaria.

La Medicina territoriale nel SSR

Garantire le cure al cittadino significa erogare prestazioni universalmente accessibili, mirate sui bisogni del singolo, per prendersene cura in ogni fase della vita, e della comunità di riferimento, per prendersi cura della popolazione attiva di un determinato territorio con specifiche caratteristiche. Tale visione può essere perseguita attraverso: una ritrovata centralità del distretto sanitario, quale baricentro per la prevenzione e l'assistenza territoriale; la creazione di luoghi fisici di prossimità dedicati alla progettazione ed all'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, case della comunità o della salute; il rilancio e la valorizzazione dei consultori; la costituzione permanente delle USCA; il rafforzamento delle cure al domicilio; il rafforzamento dei dipartimenti di prevenzione con una particolare attenzione alle funzioni degli Spresal per evitare gli infortuni sul lavoro; per la prevenzione e cura delle dipendenze garantendo un approccio terapeutico multiprofessionale ai soggetti presi in carico e supporto adeguato alle famiglie coinvolte; una compiuta digitalizzazione per gestire i servizi sanitari.

Rete dell'Emergenza-Urgenza e la Rete Ospedaliera

La rete va integrata con gli ospedali di comunità e con la creazione di strutture pubbliche di eccellenza, assicurando la piena complementarità tra Ospedali pubblici e quelli privati, privilegiando il pubblico ed aggiornando, altresì, i criteri e le regole per l'accreditamento delle strutture private.

L'integrazione socio-sanitaria in Sicilia

Il piano sanitario regionale vigente ed approvato nel 2010 ha tracciato un programma di politiche sanitarie non disgiunte dagli interventi di politiche socio-sanitarie. Tuttavia la frammentarietà degli interventi non hanno prodotto quella radicale svolta di cui la Sicilia aveva bisogno (vedi ad es. protocollo d'intesa per l'attuazione del sistema regionale integrato socio- sanitario, senza che ad oggi sia stato definito l'aspetto legato alla suddivisione dei costi, o la costituzione del coordinamento tecnico interassessoriale per l'integrazione socio sanitario). Gli interventi a favore del benessere e della salute delle persone passano dalla necessaria ed improcrastinabile riforma dell'assistenza socio-sanitaria, attualmente espletata in maniera frammentata, disorganica e disomogenea nel territorio della regione. A pagare il prezzo più elevato sono le famiglie ed i soggetti particolarmente fragili sotto il profilo socio-economico.

A livello regionale riteniamo sia utile la costituzione di un unico assessorato al Welfare per l'integrazione socio-sanitaria-assistenziale così da programmare l'offerta sociosanitaria in funzione dei bisogni della collettività servita e delle peculiarità territoriali ed ambientali. Riconducendo sotto la stessa egida il Distretto Socio-Sanitario e il Distretto sanitario in stretto raccordo con gli Enti Locali.

A tutto ciò va aggiunto un ulteriore dato. In Sicilia si riscontra una delle percentuali più elevate di persone con disabilità, il 6% della popolazione (di cui il 7% in capo alle donne). Il problema della non autosufficienza si propone con le caratteristiche di una vera emergenza sociale per il numero delle persone coinvolte (oltre 13mila quelli gravissimi - 3 mila i gravi) e per il peso economico e sociale sostenuto prevalentemente dalle famiglie. Affrontare e risolvere compiutamente le problematiche vissute da questi cittadini rappresenta anche un fattore etico volto a costruire un rapporto di fiducia tra cittadini ed Istituzioni; in particolare tra cittadini disabili, le loro famiglie e le Istituzioni.