

A 15 anni dall'entrata in vigore della legge di riforma del servizio sanitario regionale siciliano proviamo a fare un consuntivo di quanto è avvenuto ed a trarre le conseguenze della sua effettiva applicazione.

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. Su 720 posti letto programmati sono stati effettivamente realizzati ed in uso solo 109 posti. 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.

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 nei 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 Sicilia, in particolare, registra un passivo di 241,8 milioni di euro, rispetto alla mobilità sanitaria negativa, un dato che conferma le criticità del sistema sanitario dell'Isola. 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 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 presentano ritardi spaventosamente incolmabili rispetto alle scadenze previste per giugno 2026. I progetti che nelle varie fasi presentano ritardi di attuazione sono 334 per un ammontare economico di quasi 420 milioni di euro. 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. Ad oggi, a un anno e mezzo dalla scadenza del PNRR sono state inaugurate solo due case della comunità ed un ospedale di comunità, a fronte della previsione di 156 case della comunità e di 43 ospedali di comunità. Il PNRR non ha previsto risorse economiche per l'assunzione del personale sanitario da immettere nelle strutture previste dalla M6.

A tal proposito riteniamo che si debba provvedere per il funzionamento di queste strutture, onde evitare che le stesse vadano affidate a soggetti privati, all'assunzione del personale previsto dal DM77 predisponendo un percorso privilegiato per coloro i quali non sono stati stabilizzati e che hanno prestato servizio durante la pandemia, i cosiddetti precari Covid. In relazione a ciò occorre costruire le condizioni affinché la nuova macchina sanitaria possa immediatamente

funzionare a partire dal 1 gennaio 2026 individuando sin da oggi le risorse per assumere le 4204 unità che dovranno garantire la funzionalità stessa delle strutture previste dal PNRR. Al contrario, il serio rischio è che l'intervento promosso dal PNRR con le nuove strutture CDC ODC e COT saranno affidate a soggetti privati. A tal proposito, si sottolinea il ritardo accumulato per quanto riguarda il rinnovo delle CCNL Sanità privata, da applicare ai dipendenti delle strutture convenzionate della sanità privata.

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 rimodulazione delle enormi risorse investite per i cosiddetti "gettonisti" che potrebbero essere utilizzate per modificare le risorse necessarie per ampliare i tetti di spesa intervenendo su assunzioni e stabilizzazioni di personale sanitario.



In ultimo 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;

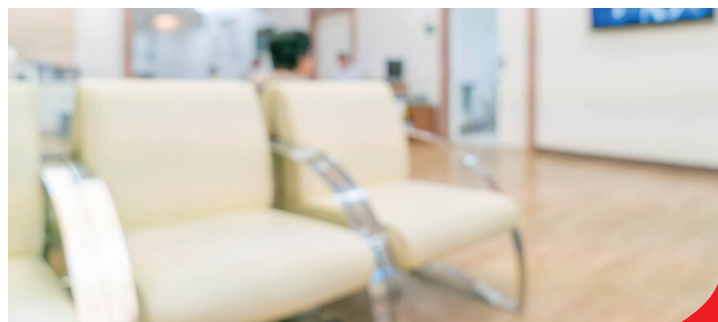
2) così come il mai completato distretto socio sanitario che dovrebbe essere il vero cardine su cui generare l'assistenza territoriale che coinvolge sanità e socio assistenziale e che permetterebbe la presa in carico della persona nella sua completezza secondo le più moderne vedute della medicina così 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.

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 eco-sistema). 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

L'implementazione e l'ammodernamento della medicina territoriale si realizza innanzi tutto attraverso la rivisitazione della rete ospedaliera varata nel 2019. 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 rivisitata con la previsione degli ospedali di comunità (da PNRR n. 31 in Sicilia) 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.

La **CGIL Sicilia** chiede che con l'attuazione di quanto previsto dal Piano della non Autosufficienza 22-24 si superi il limite della programmazione esclusivamente della destinazione delle risorse, peraltro indicate dal Ministero e venga declinato complessivamente il Piano Regionale PER LA DISABILITA' E LA NON AUTOSUFFICIENZA, tracciando gli interventi e la piena attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali per le persone anziane e non autosufficienti da garantire in tutto il territorio regionale; una programmazione complessiva organica di tutte le risorse destinate e con Legge quadro regionale di riferimento. Un Piano, che a seguito dell'ascolto di tutti gli attori coinvolti fornisca risposte ai fabbisogni emersi con linee d'intervento a sostegno dei cittadini disabili e n.a. con servizi integrati socio-assistenziali adeguati con il duplice obiettivo di assicurare il benessere del soggetto fragile e alleviare le famiglie dal carico di cura; una soluzione alla

grande questione del lavoro sommerso; dei caregiver; del collocamento al lavoro dei soggetti disabili, della qualità dei servizi pubblici con conseguente buona occupazione per donne e giovani coinvolti nel funzionamento della rete infrastrutturale. Dentro questo scenario, particolare attenzione andrà posta ai disabili psichici.

Così come a suo tempo avanzato attraverso l'invio di una dettagliata piattaforma sulla disabilità alla regione siciliana abbiamo avanzato proposte su: tutela del diritto allo studio per alunni e studenti disabili; piena operatività della legge 68/1999 in materia di diritto al lavoro dei disabili che ad oggi, in Sicilia, non ha portato i benefici sperati; diritto alla mobilità per le persone disabili; osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità.

