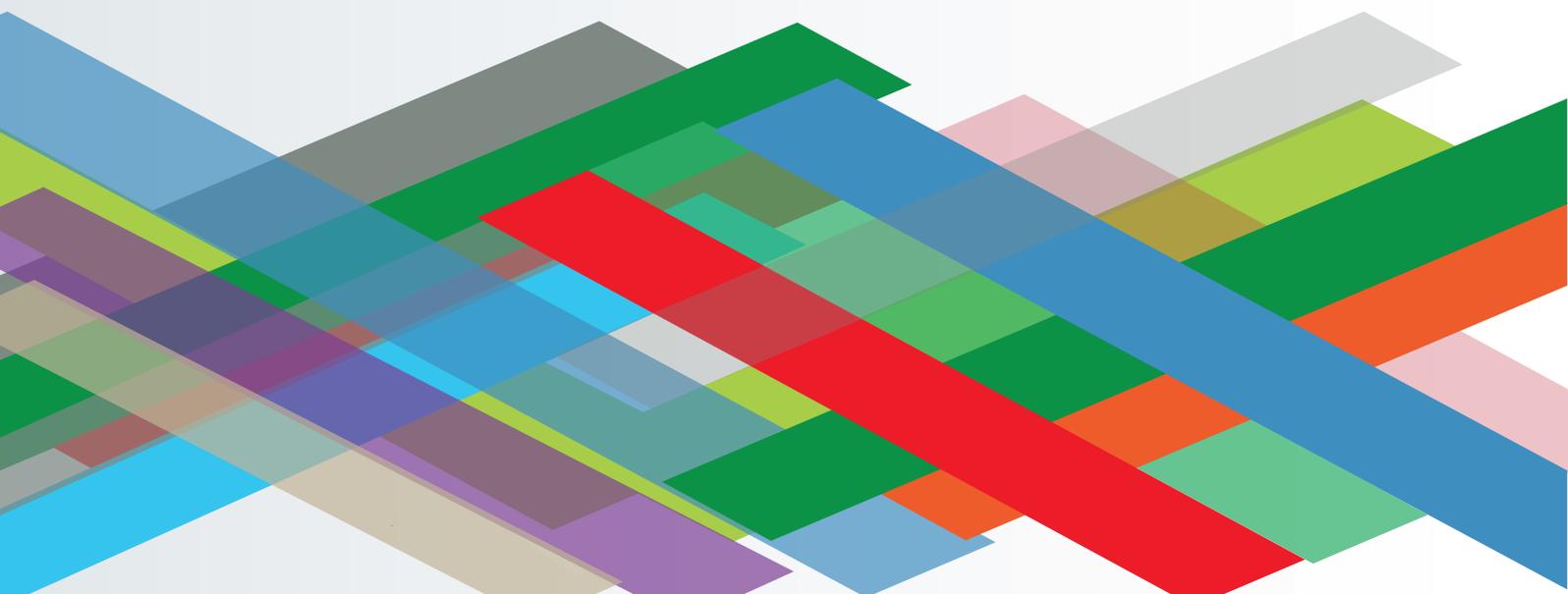




# LA CRESCITA DELLE COMPETENZE PER LA QUALITÀ DEL LAVORO IN SANITÀ

## LE PROPOSTE DELLE RAPPRESENTANZE SINDACALI E PROFESSIONALI





# LA CRESCITA DELLE COMPETENZE PER LA QUALITÀ DEL LAVORO IN SANITÀ

## GLI INTERVENTI DEL GOVERNO SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In nome di una razionalizzazione della spesa pubblica, da diversi anni il Welfare è destinatario di interventi da parte del Governo e del Parlamento che ne hanno sensibilmente ridotto il perimetro. Dalla previdenza all'assistenza i cittadini hanno gradualmente perso diritti e garanzie.

Nonostante gli indicatori di salute e di speranza di vita utilizzati a livello internazionale, nonché i livelli di spesa realizzati di seguito rappresentati nelle tabelle e nei grafici, collochino l'Italia nelle prime posizioni al mondo, anche il Servizio Sanitario Nazionale è stato interessato da una politica di contenimento della spesa tale da superare qualsiasi altro tra i paesi OCSE, segno che le evidenze positive raggiunte dalla sanità italiana non sono rientrate tra le determinanti che hanno condizionato la politica economica degli ultimi anni.

### LO STATO DI SALUTE DEL NOSTRO SSN

L'indicatore dell'aspettativa di vita alla nascita è migliorato in modo generalizzato in tutti i Paesi, con un aumento medio di cinque anni. In questa classifica però l'Italia occupa un posto speciale per la longevità attesa dai suoi abitanti che si attesta a 82,7 anni, seconda solo alla Svizzera. L'Italia, con il suo 20,8% di popolazione over 65 anni, è tra i Paesi con la maggior presenza di popolazione anziana, superata solo dalla Germania con il 21,1%.

### Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA (parità dei poteri di acquisto) (1995, 2000, 2005, 2009-2012)

Paesi	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012	CAGR 2012-1995	CAGR 2012-2000
Austria	2.253	2.898	3.505	4.366	4.711	4.795	5.065	4,9%	4,8%
Belgio	1.709	2.248	3.224	3.890	3.994	4.079	4.320	5,6%	5,6%
Danimarca	1.870	2.511	3.248	4.399	4.506	4.456	4.720	5,6%	5,4%
Finlandia	1.476	1.855	2.593	3.267	3.246	3.382	3.545	5,3%	5,6%
Francia	2.097	2.553	3.266	3.971	4.027	4.128	4.260	4,3%	4,5%
Germania	2.274	2.679	3.362	4.182	4.347	4.474	4.617	4,3%	4,8%
Grecia	1.263	1.453	2.357	2.936	2.585	2.322	2.347	3,7%	4,4%
Irlanda	1.189	1.774	2.972	4.045	3.825	3.703	3.529	6,6%	6,9%
Italia	1.495	2.029	2.479	3.037	3.026	3.017	3.040	4,3%	3,7%
Lussemburgo	2.179	4.037	5.472	6.414	6.173	6.020	6.341	6,5%	3,7%
Olanda	1.796	2.349	3.823	4.883	5.041	5.118	5.385	6,7%	7,3%
Portogallo	1.014	1.659	2.217	2.693	2.758	2.615	2.400	5,2%	4,2%
Spagna	1.189	1.546	2.289	3.085	3.039	2.984	3.145	5,9%	6,2%
Svezia	1.740	2.289	2.969	3.720	3.731	3.938	4.158	5,3%	5,1%
UK	1.346	1.830	2.733	3.418	3.384	3.364	3.495	5,8%	5,7%
Norvegia	2.023	3.309	4.557	5.547	5.802	6.106	5.970	6,6%	5,7%
Svizzera	2.566	3.230	4.027	5.185	5.328	5.673	6.062	5,2%	5,3%
Repubblica Ceca	895	981	1.477	2.043	1.883	1.968	2.046	5,0%	6,5%
Repubblica Slovacca	504	604	1.140	2.066	2.088	1.917	1.977	8,4%	11,1%
Polonia	406	583	855	1.353	1.400	1.445	1.489	7,9%	8,6%
Ungheria	657	852	1.432	1.565	1.654	1.690	1.729	5,9%	6,4%
U.S.A.	3.788	4.790	6.732	8.009	8.254	8.467	8.895	5,1%	5,3%
Canada	2.054	2.520	3.447	4.321	4.456	4.541	4.676	5,0%	5,5%
Brasile	418	502	695	907	1.008	1.035	1.109	5,9%	6,8%
Russia	300	369	614	1.171	1.297	1.354	1.474	9,8%	12,5%
India	46	66	95	123	128	146	157	7,4%	7,5%
Cina	52	107	190	343	367	423	480	14,0%	13,3%

Fonte: Rapporto Oasi 2014 su dati WHO

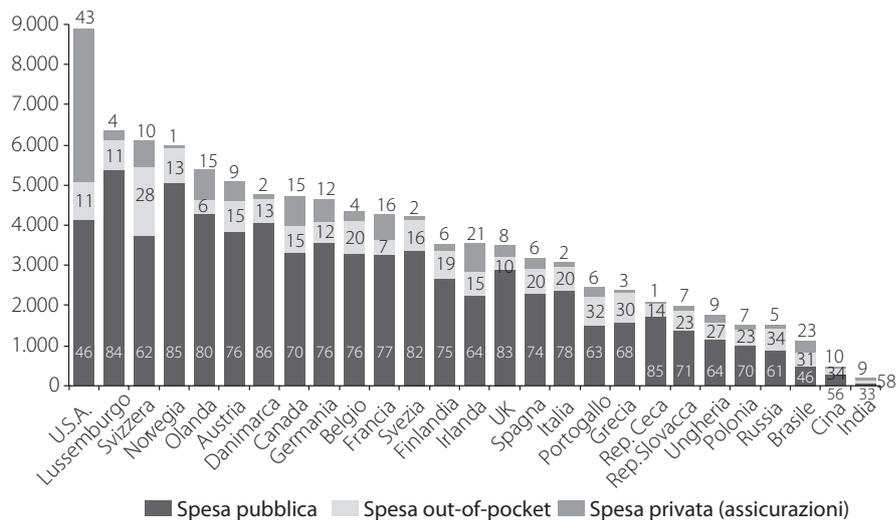


Dalla tabella che precede risulta evidente come in Italia la spesa sanitaria pro-capite assuma valori nella media e ben al di sotto di quelli dei paesi che adottano sistemi più vicini al mercato (Stati Uniti) o a quelli con assicurazione sanitaria obbligatoria (Francia, Germania e Olanda).

Il livello di spesa pro-capite italiano si colloca al di sotto anche degli altri paesi che hanno adottato il servizio sanitario (Regno Unito e Svezia).

Si può rilevare, inoltre, come dal 1995 al 2012 l'Italia sia scivolata dal 13° al 17° posto quanto a spesa pro-capite, superata da Spagna, Irlanda e UK

### Spesa sanitaria pro-capite pubblica, out-of-pocket e per assicurazioni private (2012) (\$PPA/%)



### LO STATO DI SALUTE DEL NOSTRO SSN

Nota: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di ogni componente di spesa rispetto al totale del Paese.

Fonte: Rapporto Oasi 2014 su dati WHO

### Copertura pubblica della spesa sanitaria (%) (1995, 2000, 2005, 2009-2012)

Paesi	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012	Differenza 2012-1995	Differenza 2012-2000
Austria	73,5	75,6	75,3	76,2	74,7	75,3	75,6	2,1	-0,1
Belgio	76,8	74,6	76,1	76,1	75,1	75,9	75,9	-0,9	1,3
Danimarca	82,5	83,9	84,5	85,0	85,1	85,3	85,5	3,0	1,7
Finlandia	71,7	71,3	73,8	75,2	74,8	75,4	75,4	3,7	4,2
Francia	79,7	79,4	77,7	77,0	76,9	76,8	77,0	-2,7	-2,4
Germania	81,4	79,5	76,6	76,8	76,7	76,5	76,3	-5,1	-3,3
Grecia	51,0	60,0	59,3	69,5	67,9	66,1	67,5	16,5	7,5
Irlanda	72,5	75,1	76,0	72,6	69,6	67,0	64,5	-8,1	-10,6
Italia	72,8	74,2	77,9	78,9	78,5	77,8	78,2	5,4	4,0
Lussemburgo	92,4	85,1	84,9	86,6	85,5	84,1	84,5	-8,0	-0,6
Olanda	71,0	63,1	64,7	79,6	79,6	79,5	79,8	8,8	16,7
Portogallo	62,6	66,6	68,0	66,5	65,9	65,0	62,6	0,0	-3,9
Spagna	72,2	71,6	70,9	74,7	74,2	73,1	73,6	1,4	1,9
Svezia	86,7	84,9	81,2	81,5	81,5	81,6	81,7	-5,0	-3,2
UK	83,9	79,1	81,0	82,6	83,6	82,8	82,5	-1,3	3,4
Norvegia	84,2	83,6	83,8	84,7	84,9	85,1	85,1	0,9	1,5
Svizzera	53,6	55,4	59,5	65,5	65,2	64,9	61,7	8,1	6,2
Repubblica Ceca	90,9	90,3	87,3	84,0	83,8	84,2	84,8	-6,1	-5,5
Repubblica Slovacca	88,5	89,4	74,4	65,7	64,5	70,9	70,5	-18,0	-18,9
Polonia	72,9	70,0	69,4	71,8	71,6	70,6	70,1	-2,8	0,0
Ungheria	84,0	70,7	70,0	65,7	64,8	65,0	63,6	-20,3	-7,1
U.S.A.	45,1	43,1	44,2	47,2	47,6	47,8	46,4	1,3	3,3
Canada	71,3	70,4	70,2	70,9	70,8	70,4	70,1	-1,2	-0,3
Brasile	43,0	40,3	40,1	43,6	47,0	45,7	46,4	3,4	6,1
Russia	73,9	59,9	62,0	67,0	58,5	59,8	61,0	-12,9	1,1
India	26,0	26,0	22,1	27,6	28,2	30,5	33,1	7,1	7,1
Cina	50,5	38,3	38,8	52,5	54,3	55,9	56,0	5,5	17,7

Fonte: Rapporto Oasi 2014 su dati WHO



L'Italia offre ai propri cittadini una copertura elevata della spesa sanitaria che, comunque, si attesta al di sotto di molti altri stati europei (UK, Danimarca, Lussemburgo, Olanda, Svezia, Norvegia, Repubblica Ceca) e di poco sopra a Francia e Germania.

La differenza tra il finanziamento al SSN previsto dal Patto per la Salute e il totale dei costi, grava per un terzo sui cittadini attraverso la compartecipazione alla spesa (ticket), in continua crescita del 26% dal 2008 al 2014.



Fonte: AGENAS "Andamento spesa sanitaria nazionale e regionale 2008-2014"

### Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (1995, 2000, 2005, 2009-2012)

#### LO STATO DI SALUTE DEL NOSTRO SSN

Paesi	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012	Differenza 2012-1995	Differenza 2012-2000
Austria	9,6	10,0	10,4	11,2	11,6	11,3	11,5	1,9	1,5
Belgio	7,6	8,1	10,0	10,6	10,5	10,5	10,8	3,2	2,7
Danimarca	8,1	8,7	9,8	11,5	11,1	10,9	11,2	3,1	2,5
Finlandia	7,9	7,2	8,4	9,2	9,0	9,0	9,2	1,3	1,9
Francia	10,4	10,1	11,0	11,7	11,7	11,6	11,8	1,4	1,7
Germania	10,1	10,4	10,8	11,8	11,6	11,3	11,3	1,2	0,9
Grecia	8,6	7,9	9,7	10,0	9,4	9,0	9,3	0,7	1,4
Irlanda	6,6	6,1	7,6	10,0	9,3	8,8	8,1	1,5	2,0
Italia	7,1	7,9	8,7	9,4	9,4	9,2	9,2	2,1	1,3
Lussemburgo	5,6	7,5	8,0	8,0	7,2	6,7	6,9	1,3	0,6
Olanda	8,3	8,0	10,9	11,9	12,1	11,9	12,4	4,1	4,5
Portogallo	7,5	9,3	10,4	10,8	10,8	10,2	9,5	1,9	0,1
Spagna	7,4	7,2	8,3	9,6	9,6	9,3	9,6	2,2	2,4
Svezia	8,0	8,2	9,1	9,9	9,5	9,5	9,6	1,7	1,4
UK	6,8	7,0	8,3	9,9	9,6	9,4	9,4	2,7	2,4
Norvegia	8,6	9,1	9,5	10,1	10,0	9,9	9,0	0,4	0,1
Svizzera	9,3	9,9	10,9	11,0	10,9	11,0	11,3	2,0	1,4
Repubblica Ceca	6,7	6,3	6,9	8,0	7,4	7,5	7,7	1,0	1,4
Repubblica Slovacca	6,1	5,5	7,0	9,2	9,0	7,9	7,8	1,7	2,3
Polonia	5,5	5,5	6,2	7,2	7,0	6,8	6,7	1,2	1,2
Ungheria	7,3	7,2	8,5	7,7	8,0	7,9	7,8	0,5	0,6
U.S.A.	13,6	13,6	15,8	17,7	17,7	17,7	17,9	4,3	4,3
Canada	9,0	8,8	9,8	11,4	11,4	10,9	10,9	1,9	2,1
Brasile	6,7	7,2	8,2	8,8	9,0	8,9	9,3	2,7	2,2
Russia	5,4	5,4	5,2	6,2	6,3	6,1	6,3	0,9	0,8
India	4,0	4,3	4,3	3,9	3,7	3,9	4,1	0,0	-0,2
Cina	3,5	4,6	4,7	5,2	5,0	5,2	5,4	1,9	0,8

Fonte: Rapporto Oasi 2014 su dati WHO

Il trend della spesa rispetto al PIL rappresenta un indicatore cruciale. Sebbene, come in tutti i Paesi l'incidenza della spesa sanitaria abbia mostrato un tendenziale aumento fino al 2010, dal 2011 si è assistito, ad una graduale ma costante regressione sino a raggiungere un - 0,2% nel 2012.

E' soprattutto sul fronte del finanziamento pubblico che, a causa delle politiche messe in atto dal Governo per il contenimento della spesa, da anni si procede ad un continuo e preoccupante ridimensionamento delle previsioni. Il raffronto tra il Documento



Economico Finanziario 2012 e quello 2014 evidenzia la progressiva contrazione del finanziamento per la sanità rispetto alle altre voci di spesa avvenuta in questi anni e quella già programmata fino al 2018 a legislazione vigente. Ma le cifre del DEF 2014 sono peggiorate ulteriormente se si considera la contrazione del finanziamento 2016 per il SSN, passato dai 115,444 milioni, previsti nel Patto per la salute 2014-2016, ai 111.000 milioni fissati invece dalla legge di stabilità 2016. Una riduzione di 4,4 MLD€ che inciderà certamente sui LEA.

**DEF 2012 - CONTO DELLA P.A. A LEGISLAZIONE VIGENTE (in milioni)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totale spese correnti	741.493	750.648	758.884	763.568	779.121	799.660
di cui: Spesa sanitaria	112.742	112.039	113.597	112.927	113.421	116.397

**DEF 2012 - CONTO DELLA P.A. A LEGISLAZIONE VIGENTE (in percentuale sul PIL)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totale spese correnti	47,7	47,5	48,5	48,3	47,8	47,6
di cui: Spesa sanitaria	7,3	7,1	7,3	7,1	7,0	6,9

**DEF 2014 - CONTO DELLA P.A. A LEGISLAZIONE VIGENTE (in milioni)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totale spese correnti	767.513	767.219	777.781	784.548	795.197	808.495
di cui: Spesa sanitaria	111.028	111.286	113.372	115.509	117.709	120.094

**DEF 2014 - CONTO DELLA P.A. A LEGISLAZIONE VIGENTE (in percentuale sul PIL)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totale spese correnti	47,5	46,9	46,2	45,3	44,6	44,1
di cui: Spesa sanitaria	6,9	6,8	6,7	6,7	6,6	6,5

Nonostante l'andamento evidenziato nelle precedenti tabelle il Governo, in nome della stabilizzazione dei conti pubblici, è intervenuto anche sulla spesa sanitaria azionando le seguenti leve:

- Riduzione dei volumi di acquisto dei fattori produttivi (blocco agli acquisti di beni e servizi, blocco delle assunzioni) e il contenimento dei loro costi unitari (sconto sui prezzi, blocco delle retribuzioni);
- Riduzione dei volumi delle prestazioni, attraverso contingentamento dei volumi delle prestazioni, riduzione dei tetti di spesa riconosciuti alla sanità privata, aumento dei ticket;
- Modifica della tipologia dei mix offerti, attraverso ad esempio spostamento delle prestazioni dal regime di ricovero ordinario a quello in Day Hospital ed ancora in ambito ambulatoriale;
- Controlli sull'appropriatezza.

Solo nel 2016, nonostante le rassicurazioni del Governo, si registra una riduzione del fondo sanitario nazionale passato dai 115,4 Mld€ programmati solo un anno fa nel Patto per la salute 2014-2016 ai 111 Mld€ stanziati con la legge di stabilità 2016. Una riduzione pari a 4,4 Mld€ che non potrà lasciare indifferenti i LEA garantiti alla cittadinanza.

Tali azioni non sono state accompagnate però da un reale progetto di rinnovamento organizzativo per cambiare un modello oramai superato, senza il quale sono destinate ad esaurirsi nel breve periodo in una drastica riduzione delle prestazioni e in un peggioramento significativo dei parametri sopra riportati.

E' dunque impossibile continuare ad immaginare qualsiasi decisione di governo della spesa svincolata da concrete scelte organizzative, salvo decidere deliberatamente di rinunciare a parti importanti del welfare.

**GLI INTERVENTI  
DEL GOVERNO SUL SSN**



E' ora di invertire il paradigma!

Il sindacato, i collegi e le associazioni rappresentative delle professioni credono fermamente che la riorganizzazione del sistema sia la vera partita da vincere e propongono al Governo e al Parlamento l'abbandono dei tagli lineari sino ad ora realizzati, per intraprenderne una strada più faticosa ma certamente più virtuosa, quella di un cambiamento che coniughi il risanamento dei conti pubblici con il diritto alla salute dei cittadini, grazie al quale sarà possibile non dover rinunciare ai servizi.

Siamo convinti che sia necessario cambiare e, con il sostegno dei professionisti sanitari e dei lavoratori, siamo certi che sia possibile!

## MODELLI ORGANIZZATIVI

### CRITICITÀ DELL'ATTUALE MODELLO ORGANIZZATIVO

Il miglioramento delle condizioni di vita e sociali realizzato negli ultimi decenni ha prodotto mutamenti demografici ed epidemiologici che, se da un lato hanno significativamente migliorato la speranza di vita, dall'altro - complice anche il vertiginoso calo delle nascite e il conseguente invecchiamento della popolazione - hanno accentuato l'insorgenza di fragilità, comorbilità, cronicità e l'aumento della non autosufficienza.

Abbiamo assistito in pochi anni ad una sostanziale trasformazione qualitativa dei bisogni di salute e ad un cambiamento della domanda per consumi sanitari divenuti sempre meno occasionali, in quanto circoscritti alla soluzione di una fase acuta di una patologia, e sempre più continuativi, ossia correlati a patologie croniche, spesso multiple, e alla non autosufficienza.

Dunque, dalla sua nascita il Sistema Sanitario Nazionale ha dovuto più volte riadattare - non sempre con successo - la propria organizzazione ed il proprio apparato per soddisfare i nuovi bisogni, rivolgendo un'attenzione sempre più spasmodica, per via dell'aumento dei costi, all'efficacia, all'efficienza e all'economicità; e passando da un approccio rivolto alla soluzione del singolo problema (cure specialistiche intensive nelle fasi acute della patologia), ad un interessamento più ampio, diffuso e sistemico volto ad indagare tutti i problemi di salute del paziente, spesso tra loro interdipendenti. A partire dagli anni '90 il Sistema Sanitario aveva già iniziato a modificare la propria governance nella direzione di ridurre il campo alla visione organizzativa specialistica, che voleva l'ospedale al centro del sistema e strutturato in base alle singole specialità medico-chirurgiche, spesso non in grado di fornire una risposta adeguata alla complessità del paziente, per favorire modelli pluri-specialistici di tipo dipartimentale. A fronte delle maggiori risorse che sarebbero necessarie per affrontare la maggiore incidenza delle cronicità rispetto al passato, la lunga e profonda crisi economico-finanziaria di questi anni e, soprattutto, i discutibili tagli che il Governo ha apportato al fondo sanitario nazionale, hanno prodotto un sostanziale ridimensionamento del welfare sanitario che ha lasciato scoperti gran parte dei bisogni della popolazione. Che a sua volta, essendosi ridotta la capacità finanziaria delle famiglie, non è in grado di farvi fronte ricorrendo alla spesa out of pocket.

Questo scenario richiede un ripensamento ulteriore dell'organizzazione sanitaria, socio-sanitaria e assistenziale al fine di preservare il Servizio Sanitario Nazionale e promuovere la tutela della salute e il benessere dei cittadini.

Serve un approccio basato su una maggiore valorizzazione della rete territoriale e l'adozione di assetti di governance ancor più spinti in direzione di una gestione multi-dimensionale e multi-professionale. Al predominio organizzativo delle singole professioni devono sostituirsi la collaborazione, la reciproca legittimazione, l'interazione, la complementarietà tra le diverse famiglie professionali che popolano il sistema.

### CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

Tra gli obiettivi da raggiungere c'è quello di realizzare un sistema meno "ospedalocentrico" anche attraverso lo sviluppo di DRG di assistenza, dopo un'attenta revisione del sistema attualmente vigente, incentrato su una logica esclusivamente economica/contabile e quindi fortemente penalizzante per i reali bisogni cittadini. La rete ospedaliera dovrebbe strutturarsi per poli, organizzati per livelli uniformi di intensità di cure in cui non siano determinanti le singole specialità professionali bensì



i percorsi assistenziali; mentre la rete territoriale dovrebbe farsi maggiormente carico della persona con patologie croniche, sviluppando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio attraverso la creazione degli ospedali di comunità, l'assistenza domiciliare, la telemedicina ecc., in modo da ridurre i tassi e i costi di ospedalizzazione. Bisogna restituire centralità alla persona e dei suoi bisogni, tanto nell'ospedale quanto nella comunità e nel domicilio, attraverso l'integrazione tra servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali. La continuità assistenziale deve essere la norma: in funzione di essa va potenziato lo scambio di informazioni e delle relazioni legittimate fra ospedale e struttura territoriale, tra medici, altre professioni e altri operatori sanitari e sociali, bilanciando in modo appropriato componente specialistica e assistenza e coordinandole intorno ai bisogni del paziente, con servizi il più possibile personalizzati; e non da ultimo, definire in maniera precisa e realistica le responsabilità, specialmente nelle fasi di trasferimento del paziente da un set assistenziale ad un altro.

Allo stesso tempo il nuovo modello richiede interazione e collaborazione tra le diverse risorse professionali. Dovrà promuovere il lavoro in equipe composte da figure professionali con competenze elevate e diverse - medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri, ostetriche, professioni riabilitative, professioni tecniche sanitarie, professioni tecniche della prevenzione, infermieri generici, infermieri psichiatrici, puericultrici, assistenti sociali, operatori socio sanitari e altre figure di assistenza alla persona (professionisti sanitari, OSA, assistenti familiari, ecc.) - organizzate per un'attività in comune. In questa cornice dovrà trovare collocazione e valorizzazione anche l'operatore socio sanitario, le cui competenze possono supportare nei più diversi contesti i professionisti che intervengono nel percorso di assistenza.

Professionisti che dovranno sviluppare capacità operative nuove in funzione dei nuovi modelli organizzativi. Condizioni indispensabili per realizzarli sono perciò l'adeguamento delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, l'attuazione del percorso formativo specialistico e lo sviluppo di capacità di collaborazione e cooperazione su obiettivi e programmi assistenziali predefiniti, valutabili attraverso indicatori di processo e di risultato.

Servirà una revisione degli incarichi di responsabilità funzionali, professionali e specialistici a tutti i livelli, nonché degli incarichi gestionali, che dovranno essere orientati, oltre che al risultato complessivo della prestazione anche alla sua reale importanza per la risposta al bisogno di salute.

Non da ultimo, è urgente definire nuovi standard minimi obbligatori, professionali e organizzativi, unici per tutto il territorio nazionale. Questo è essenziale per attenuare e superare definitivamente le disuguaglianze nelle risposte ai bisogni di salute dei cittadini, indipendentemente dalle specifiche scelte adottate dalle regioni e dalle province autonome per erogare i servizi nei rispettivi contesti.

È intollerabile che il sistema continui ad alimentare situazioni di dumping tra lavoratori contrattualizzati in modo diverso e per questo discriminati nel riconoscimento delle qualifiche professionali, nei diritti fondamentali e nelle strutture retributive.

Per questo bisogna agire subito:

- attraverso la contrattazione nazionale, nell'ambito di una vera discussione per la costruzione di CCNL inclusivo e di filiera;
- attraverso la contrattazione decentrata e integrativa, per incidere profondamente nell'organizzazione del lavoro, senza dimenticare i criteri di accreditamento dei servizi.

## **IL LAVORO, LEVA PER IL CAMBIAMENTO E RISORSA PER UNA MIGLIORE RISPOSTA AI BISOGNI DI SALUTE**

Per realizzare la transizione verso modelli di assistenza più moderni, accessibili e sostenibili non basta investire sulle strutture organizzative ma c'è bisogno di ripensare i criteri, le procedure, i ruoli e, soprattutto, valorizzare le persone. Dove per persone si intendono sia i pazienti, intorno ai quali costruire un'organizzazione in grado di

### **INTERAZIONE/ INTEGRAZIONE PROFESSIONALE**

### **STANDARD PROFESSIONALI E ORGANIZZATIVI**

### **ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E CONTRATTAZIONE**

### **LE DINAMICHE DI CONTENIMENTO SUL LAVORO**



prendersi carico in modo sistematico di tutti i loro bisogni di salute; sia i lavoratori che, con le loro competenze e con la loro capacità di integrarsi, rappresentano il vero patrimonio del sistema.

Il personale del SSN è dunque l'elemento più qualificante e caratterizzante dell'intero sistema, perché dalle professionalità che esprime dipende gran parte della qualità dei servizi erogati. Tuttavia esso da molti anni è utilizzato quale leva operativa per il contenimento dei conti pubblici (blocco del turn-over e del salario).

Le tabelle che seguono, tratte dal Conto Annuale dello Stato, mostrano gli effetti che la politica di contenimento dei costi attuata dal Governo ha avuto sulla composizione e sui costi degli organici.

Attraverso il blocco del turn-over circa 22.000, tra professionisti e lavoratori, sono usciti dal sistema senza poter essere sostituiti, dei quali circa 17.000 appartenenti ai profili tecnici e sanitari.

### Variazione del personale 2009-2014

Personale non dirigente del comparto del SSN			
PROFILI	2009	2014	variazioni
CAT. PROFILI RUOLO TECNICO (SSNA)	128.166	120.979	-7.187
CAT. PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE (SSNA)	12.298	11.794	-504
CAT. PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO (SSNA)	37.221	36.130	-1.091
CAT. PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO (SSNA)	276.660	269.149	-7.511
CAT. PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE (SSNA)	20.661	20.319	-342
CAT. PROFILI RUOLO PROFESSIONALE (SSNA)	374	296	-78
CAT. PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO (SSNA)	77.347	72.065	-5.282
<b>Totale</b>	<b>552.727</b>	<b>530.732</b>	<b>-21.995</b>

Fonte: Conto annuale 2009 - 2014

Attraverso anche il blocco dei rinnovi contrattuali ed il blocco del salario accessorio, il costo complessivo del personale è sceso di circa 2 Mld di € rispetto al livello del 2009.

### Variazione del costo del personale 2009-2014

Costo complessivo del personale del SSN			
COMPARTO	2009	2014	variazioni
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	40.248.743.755	38.293.195.679	-1.955.548.076

Fonte: Conto annuale 2009 - 2014

Interessante è anche osservare l'andamento della spesa per il personale sul totale della spesa sanitaria, dal quale si rileva che la riduzione dei costi per il personale in termini percentuali ha inciso quattordici volte rispetto alla riduzione complessiva della spesa.

### Spesa sanitaria in termini di P. A. - Anni 2009-2014 (valori in milioni)

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009-2014
Spesa sanitaria	importo	111.327	113.131	112.215	110.422	110.044	111.028	-0,3%
	var%	1,7%	1,6%	-0,8%	-1,6%	-0,3%	0,9%	
Spesa di personale	importo	37.143	37.862	36.790	36.104	35.720	35.487	-4,46%
	% sulla spesa	33,4%	33,5%	32,8%	32,7%	32,5%	32,0%	
	var%	-2,4%	1,9%	-2,8%	-1,9%	-1,1%	-0,7%	

Elaborazione su dati "MEF - Il monitoraggio della spesa sanitaria, rapporto 2, 2015"



Dunque dal 2009 il sistema ha registrato la riduzione degli organici (22.000 unità del comparto di cui 17.000 sanitari) e la riduzione complessiva del costo dovuto anche al blocco delle dinamiche salariali che ha portato ad una media delle retribuzioni rimasta sostanzialmente in linea con i valori del 2009, a dispetto degli oltre 2.424 di aumento che gli stipendi medi avevano subito nel biennio precedente.

### Variatione del personale 2007-2009-2014

Retribuzione media del personale 2007-2009-2014					
PROFILI	2007	2009	2014	variazione 2007/2009	variazione 2007/2014
<b>PERSONALE NON DIRIGENTE (SSNA)</b>	27.649	29.915	30.073	2.266	2.424

Fonte: Conto annuale 2009 - 2014

Nelle organizzazioni complesse, la crescita professionale e la possibilità di esercitare le proprie competenze quasi sempre dipende dalle modalità di funzionamento dei servizi, dalle logiche e dai modelli organizzativi in cui il professionista è inserito.

Siamo passati da un sistema in cui predominava una sola professione o poco più e gli altri erano "mestieri", a uno nel quale operano tante professioni abilitate. Nel concreto, però, poco è cambiato: ancora oggi le altre professioni sono definite "paramediche" o "non mediche", nonostante abbiano una pari dignità, un ruolo, un'identità, un'autonomia, una titolarità, una discrezionalità ed una responsabilità ben delineati dalla normativa vigente.

Inoltre, nonostante gli annunci, predominano ancora modelli organizzativi di tipo burocratico - verticistico, mentre è ancora assai carente l'elaborazione e l'adozione di modelli in grado di coniugare l'autonomia professionale ed il lavoro di equipe con le esigenze generali di un funzionamento coordinato ed organico.

Per salvaguardare e implementare un Servizio Sanitario Nazionale, equo, solidale e rispettoso del dettato costituzionale, non si può più fare a meno dell'effettivo riconoscimento e della valorizzazione delle competenze di tutti i professionisti e operatori della salute, nell'ambito di regole virtuose che consentano il buon governo del sistema e l'efficace risposta ai bisogni di salute.

Occorre superare certi pregiudizi purtroppo ancora presenti per procedere ad approvare e applicare in tempi rapidi i provvedimenti, già in larga parte concordati e condivisi da tutti gli interlocutori interessati, che tracciano i percorsi per il riconoscimento, lo sviluppo e l'implementazione delle competenze di tutte le figure professionali. Questo anche nell'ottica di individuare ed attribuire responsabilità e compiti ai ruoli emergenti che saranno indispensabili al corretto funzionamento dei nuovi modelli organizzativi: pensiamo a figure quali il bed manager, il flow manager di pronto soccorso, il process owner dei processi organizzativi, l'infermiere referente di processo/di cellula/di unità, il discharge manager del sub-acuto o post-acuto per i processi di continuità assistenziale, l'amministratore dei sistemi di archiviazione di dati e bioimmagini, ecc..

Andrà dato adeguato riconoscimento a quei professionisti che di fatto già svolgono funzioni specialistiche, vincolate ad una formazione specifica.

Stigmatizziamo la degenerazione dell'esercizio della libera professione intramuraria, ormai lontana dai principi istitutivi e divenuta in molte situazioni un percorso obbligato per i cittadini per accedere alle prestazioni essenziali.

Riteniamo imprescindibile e non più differibile la necessità di regolamentare per tutti i professionisti sanitari e sociali l'esercizio dell'attività in autonomia, al fine di garantire l'aumento di possibilità di accesso ai servizi, senza ulteriori costi per i cittadini. Le prestazioni svolte in autonomia dovranno riguardare anche l'attivazione o implementazione dei servizi o linee di attività che prevedono l'effettuazione di prestazioni sanitarie rivolte direttamente ed esclusivamente all'utente, quali ad esempio l'assistenza infermieristica ed ostetrica domiciliare e le prestazioni di tipo educativo, curativo e riabilitativo in ambulatori infermieristici, ostetrici e riabilitativi.

## IL RUOLO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI

## L'IMPLEMENTAZIONE DELLE COMPETENZE

## L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

## AUTONOMIA PROFESSIONALE



## LA FIGURA DELL'OSS

È necessario ridefinire le competenze e le responsabilità dell'OSS intervenendo anche sul sistema formativo per superare la frammentazione attuale e definire un percorso omogeneo di formazione sull'intero territorio nazionale. Un rinnovato profilo professionale dell'OSS è condizione indispensabile per una interazione efficace con le altre figure professionali.

## PROFESSIONI SOCIO SANITARIE

Nell'ambito del welfare sociosanitario (pubblico, privato e terzo settore), le attività sono assicurate spesso da lavoratori appartenenti a una pluralità di figure professionali, a volte scarsamente legittimate dalla legislazione vigente anche in conseguenza delle azioni politiche che, in modo disordinato e contraddittorio, sono state messe in campo in ordine alla formazione, alle figure professionali e, in ultima istanza all'organizzazione dei servizi. Infatti, in molti servizi sono presenti figure e profili professionali che sono costretti a vivere in una costante incertezza occupazionale e di effettivo riconoscimento lavorativo. La nostra azione complessiva, per dare la giusta risposta alle criticità di quei lavoratori che ancora non sono riconosciuti ma che, di fatto, sono presenti e necessari, sia nei presidi di continuità assistenziale socio sanitari pubblici e privati, che in tutti i servizi ad alta integrazione sociosanitaria, non può che essere quella di rilanciare al Governo ed alle Regioni, con vigore, le richieste di dar corso:

- senza ulteriori ritardi, ai provvedimenti attuativi in merito di integrazione sociosanitaria previsti dall'articolo 3 septies e dall'articolo 3 octies del D. Lgs. 502/1992, e s.m.i.;
- alla piena attuazione delle disposizioni della Legge 328/2000 e, in particolare, dell'art. 12 in tema di professioni sociosanitarie, tuttora inapplicato.

## FORMAZIONE

### PERCORSI FORMATIVI IN FUNZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI DA IMPLEMENTARE

La formazione universitaria attuale, sia curricolare che post base, non guarda ai reali fabbisogni del SSN ma, troppo spesso, è gestita e organizzata in funzione delle possibilità e degli obiettivi degli atenei.

Vi sono evidenti disfunzioni del sistema e della didattica nelle facoltà di Medicina e Chirurgia. Non si tiene conto che l'evidenza dei numeri le sta trasformando sempre più in facoltà delle Professioni sanitarie a tutto tondo, e che di conseguenza diventano imprescindibili sia un maggior coinvolgimento delle altre professioni nella didattica, che una ridefinizione dei piani di studio basati sulle competenze necessarie.

### REVISIONE DEI PIANI DIDATTICI

Occorre aprire un confronto serio con le organizzazioni sindacali sul calcolo dei fabbisogni per tutte le professioni, che deve diventare parte di una discussione molto più ampia ed articolata, in quanto attinente al mercato del lavoro.

È necessario il fattivo coinvolgimento del SSN, a partire dalle Regioni e dalle aziende sanitarie, nell'organizzazione dei corsi di base e post base per far sì che siano sempre contestualizzati rispetto alle effettive esigenze di salute e reindirizzati, laddove necessario, con l'obiettivo di assicurare riconoscimento, sviluppo e implementazione delle competenze per tutti i professionisti.

### COINVOLGIMENTO NELLA GESTIONE DELLA DIDATTICA

I professionisti sanitari devono essere coinvolti nella docenza e nell'organizzazione dei corsi, in tutti i ruoli, prevedendo e riconoscendo percorsi formativi e di carriera diversificati, a seconda delle attitudini, in ambito specialistico (professionista specialista), manageriale (nella gestione dell'assistenza), nella didattica (docente, tutor, coordinatore e direttore di corso) e nella ricerca.

### INCENTIVARE LA FORMAZIONE CONTINUA

Non è più tollerabile che la *formazione ECM* continui ad essere patrimonio di pochi. Essa deve diventare da subito un diritto esigibile da tutti i lavoratori e posto a carico dei datori di lavoro, indipendentemente dal ruolo e dal contratto applicato. L'ECM, oltre ad essere lo strumento principe per la manutenzione delle competenze,



dovrà sempre di più assecondare le specifiche sperimentazioni innovative in campo clinico, assistenziale, gestionale e formativo, avendo sempre come obiettivo di riferimento l'integrazione delle competenze all'interno di equipe multi professionali. Per questo occorrerà prevedere modalità e strumenti per verificare la sua pertinenza ed effettiva efficacia.

Per dare la necessaria continuità ai sistemi formativi, promuovendo al contempo la valorizzazione delle risorse umane, vanno individuate senza ulteriori ritardi modalità corrette e uniformi di riconoscimento in ambito universitario (in termini di crediti formativi universitari – CFU) dei percorsi di formazione continua ECM effettuati dai professionisti e dagli operatori sanitari.

Infine, visti i numeri ingenti del personale precario che opera nel SSN, è necessaria una modifica alle norme e ai contratti che consenta anche a questi lavoratori di poter accedere ai permessi retribuiti per la formazione universitaria (150 ore di diritto allo studio) ed ECM (permessi ex art. 21). Agevolazioni ad oggi negate, con la conseguenza che moltissimi professionisti sono costretti a sacrificare riposi e ferie per accedere ai percorsi formativi.

## LE NOSTRE RICHIESTE

- interrompere l'attacco del Governo alle risorse del fondo sanitario nazionale per fermare l'arretramento del welfare sanitario pubblico che va a discapito delle famiglie e dei cittadini e avviare una reale lotta agli sprechi;
- Interrompere il blocco delle assunzioni per reintegrare gli organici sguarniti e favorire il ricambio generazionale, individuando misure concrete per far fronte al problema dell'invecchiamento dei lavoratori, come avviene nel resto d'Europa.
- far ripartire la contrattazione nazionale per costruire un CCNL inclusivo e la contrattazione decentrata e integrativa per incidere sull'organizzazione del lavoro. Puntando in primo luogo a ottenere le modifiche normative e ordinamentali necessarie a realizzare un nuovo contratto unico di filiera, che garantisca valorizzazione delle risorse umane e riconoscimento della professionalità e del merito reale, e blocchi la distribuzione a pioggia degli incentivi;
- completare i percorsi di implementazione delle competenze per realizzare compiutamente il riassetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, sollecitando la definitiva approvazione dei documenti già concordati;
- completare il processo di affrancamento dalla visione ospedalocentrica, per restituire all'ospedale la sua funzione di assistenza specialistica e al territorio il compito di farsi carico dell'assistenza al paziente cronico o non autosufficiente, sviluppando protocolli di collaborazione per assicurare la continuità assistenziale;
- investire nei sistemi di comunicazione e interscambio ospedale-territorio, nella creazione degli ospedali di comunità, nell'aumento dell'assistenza domiciliare ecc.;
- adottare modelli di governance centrati sulle persone: il paziente e i suoi bisogni di salute, intorno ai quali individuare i percorsi assistenziali e progettare l'organizzazione con una dotazione organica adeguata;
- presidiare il completamento di tutti i percorsi di revisione e di implementazione della competenze specialistiche per le professioni sanitarie, secondo i due assi: quello clinico e quello gestionale, prevedendo in entrambi incarichi di responsabilità funzionali, professionali e specialistici;
- definire standard minimi obbligatori sia professionali che organizzativi unici per



tutto il territorio nazionale, e indicatori di risultato sia per l'ambito ospedaliero che per quello territoriale;

- ridefinire le competenze e le responsabilità dell'operatore socio-sanitario istituendo realmente un unico percorso di formazione sull'intero territorio nazionale;
- completare il lavoro affinché tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie siano, individuate e riconosciute in ambito nazionale, uniformate ai criteri fissati dalla Comunità Europea, in modo da aumentare il loro valore e le stesse possibilità occupazionali, in un'ottica di largo respiro nazionale ed europeo
- aprire un confronto con le organizzazioni sindacali sulla quantificazione dei fabbisogni di personale per tutte le professioni;
- progettare i corsi universitari di base e post-universitari coinvolgendo il SSN, le Regioni e le Aziende Sanitarie per far sì che i contenuti siano in linea con le effettive esigenze di salute;
- coinvolgere i professionisti sanitari nell'organizzazione dei corsi universitari e nella docenza;
- prevedere corsi diversificati mirati allo sviluppo professionale-specialistico e manageriale;
- consentire a tutti i lavoratori il diritto alla Formazione Continua – ECM - a spese del datore di lavoro, quale che sia il ruolo ricoperto e /o il tipo di contratto di lavoro applicato;
- modificare norme e contratti in modo da consentire anche ai lavoratori precari di accedere ai permessi retribuiti per la formazione universitaria (150 ore di diritto allo studio) ed ECM (permessi ex art. 21);
- riconoscere i crediti ECM in ambito universitario, con il rilascio di crediti CFU;
- sbloccare la riforma degli ordini professionali, affinché attraverso un più efficace controllo delle competenze dei propri iscritti diventino soggetti di maggior garanzia nei confronti dei cittadini.







