

Al Segretario Generale della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
Avv. Alessia Grillo

Roma, 7 maggio 2025 – Prot. FCF/70/2025

Gentilissima,

Appreziamo il “Documento di analisi e proposte in tema di personale del Servizio Sanitario Nazionale” adottato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome lo scorso 17 aprile perché ha il preciso obiettivo di delineare un piano strategico nazionale per il rilancio del personale del SSN.

Siamo consapevoli tuttavia che la realizzazione di buona parte delle azioni proposte non rientra nelle facoltà delle Regioni ma implica l'intervento e la disponibilità di soggetti terzi (Stato e Università, per citarne alcuni) che nei fatti condizionano l'intero assetto della proposta.

L'intento, quindi, di stimolare un confronto diretto tra Regioni e Sindacati sulla tematica rappresenta una importante iniziativa che vede coinvolti i principali attori della sanità italiana: coloro che, dalla programmazione, alla organizzazione, fino alla erogazione delle prestazioni, provvedono alla cura dei pazienti.

Il nostro contributo è dunque volto, in primo luogo, ad evidenziare alcuni passaggi del documento che risultano poco chiari o fraintendibili, e, in secondo luogo, ad arricchire l'elenco di azioni strategiche e operative con talune iniziative che riteniamo essenziali per raggiungere l'obiettivo posto dalla Conferenza.

Ma prima di esaminare nel dettaglio ciascuna proposta, evidenziamo con rammarico l'assenza, nel documento, del tema del finanziamento: la stima delle risorse necessarie per dare corso alle proposte non è minimamente presente. Sarebbe auspicabile, invece, pianificare le iniziative condivise indicando anche l'entità delle risorse necessarie e disponibili e il/i soggetto/i che risponde della mancata attuazione delle stesse.

1- Aumento della retribuzione del personale del Servizio Sanitario Nazionale

Non possiamo che condividere convintamente, tra gli interventi strategici volti al rilancio del personale del SSN, la proposta di aumentare la retribuzione di medici e professionisti sanitari proporzionalmente alle medie dei paesi OECD e di superare il tetto alla spesa relativo al trattamento accessorio del personale sanitario.

Occorre tuttavia risolvere, preliminarmente, le attuali criticità del sistema ad iniziare dalla mancata applicazione dei contratti di lavoro aziendali che impediscono la corretta costituzione ed il pieno utilizzo delle risorse, a partire dai fondi contrattuali. In seconda istanza è necessario considerare che allo stato attuale i CCNL e le convenzioni vengono puntualmente stipulate con estremo ritardo rispetto agli anni di competenza (solo per fare un esempio, manca l'atto di indirizzo del rinnovo del CCNL 2022-2024 della dirigenza sanitaria già scaduto), cosicché gli incrementi retributivi previsti sono già assorbiti dal tasso inflattivo e dalle addizionali regionali ancor prima di essere erogati.

E questa è solo una delle ragioni che spinge la Federazione CIMO-FESMED a chiedere da tempo di prevedere l'uscita della dirigenza sanitaria dalla funzione pubblica per poter discutere e firmare i contratti, per il tramite di un'agenzia negoziale dedicata, con il Ministero della Salute e le Regioni che, in sostanza, definiscono l'organizzazione delle strutture sanitarie e, quindi, il lavoro dei sanitari. Riteniamo che questa sia l'unica strada per consentire al Governo di prevedere in Legge di Bilancio finanziamenti ad hoc per il personale del settore sanitario senza creare pregiudizi nei confronti degli altri comparti della PA.

Per quanto concerne, invece, la previsione di specifiche forme di incentivazione economica e di carriera per i professionisti che si impegnano a lavorare in aree rurali e/o disagiate, nel ricordare che tante strutture sanitarie periferiche andrebbero chiuse, si osserva oggi una contestuale carenza di personale nelle aziende ospedaliere. Questo significa che, con gli attuali tetti relativi al numero di unità complesse e semplici, si corre il rischio di penalizzare chi è deputato ad eseguire procedure complesse, rischiando di aggravare la fuga dei medici dagli ospedali.

2- Riordino delle Professioni Sanitarie

Condividiamo la necessità di un riordino delle 31 professioni sanitarie che, in questi anni, hanno reso più rigide le organizzazioni. Da qui la necessità di ridurre l'attuale frammentazione e procedere ad una revisione e accorpamento di alcuni profili professionali per migliorare la flessibilità di impiego e la gestione delle risorse umane, soprattutto nell'ambito dei 23 profili dell'area infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e della prevenzione.

Pur tuttavia, la maggiore flessibilità, generabile anche da un sistema di skill mix tra figure professionali, non deve portare ad una sovrapposizione di competenze soprattutto tra quei professionisti che hanno differenti livelli di responsabilità derivanti da storie, percorsi formativi e professionali molto diversi tra loro. Si tratta di evitare quell'anarchia delle competenze che può mettere a rischio la sicurezza delle cure.

Proprio in questa ottica, qualsivoglia intervento sulle professioni sanitarie deve necessariamente prevedere una demarcazione dei confini tra i futuri profili professionali. Ribadiamo, pertanto, la necessità di definire, in modo chiaro, l'atto medico affidando in via esclusiva ai medici attività quali il consenso informato, l'anamnesi, la diagnosi e la terapia.

Si condivide, quindi, la necessità di una maggiore flessibilità organizzativa, ma per la realizzazione della stessa non bisogna pagare un prezzo troppo alto in termini di qualità e sicurezza delle cure.

3- Trasformazione digitale e automazione a supporto del personale sanitario

La trasformazione digitale del SSN è un processo ineludibile che va governato. Oggi una delle cause ricorrenti del malcontento dei medici è l'eccessiva burocratizzazione del lavoro che, paradossalmente, è accentuato proprio da quella digitalizzazione che molte aziende adottano in modo non strutturato ed organico, rendendo il lavoro molto più complesso. È inimmaginabile parlare di automazione dei processi amministrativi attraverso tecnologie di RPA e strumenti digitali interoperabili senza una preliminare integrazione dei sistemi informatici

aziendali e regionali. Purtroppo, oggi ciascuna azienda adotta più strumenti e sistemi informatici diversi che non dialogano tra loro con il risultato di rendere il lavoro dei sanitari molto più complesso, erodendo il tempo di cura.

Concordiamo, quindi, sui principi ma riteniamo fondamentale il contributo dei professionisti nelle scelte strategiche aziendali, specie per quanto concerne la scelta dei sistemi informatizzati di supporto alle decisioni cliniche e l'utilizzo della telemedicina.

4- Reclutamento di personale sanitario dall'estero

Siamo consapevoli che l'attuale grave carenza di professionisti della salute mina seriamente il rilancio del SSN e condividiamo la lucida analisi sulla scarsa competitività del nostro Paese nel mercato internazionale del lavoro sanitario. Parliamo di criticità che, tuttavia, sono la prima causa di migrazione all'estero dei nostri medici ed infermieri più qualificati, e tanto dovrebbe indurre ad adottare una strategia nazionale organica e condivisa sulle seguenti questioni: sblocco del tetto di spesa sul personale sanitario, contrattualistica in linea con il triennio di riferimento, retribuzione adeguata agli standard europei, prospettive di carriere, drastica riduzione della medicina amministrata e difensiva, maggiore partecipazione dei sanitari nei processi decisionali delle aziende.

Riteniamo dunque che il vero obiettivo sia quello di incentivare il rientro di chi è stato costretto ad emigrare ma, soprattutto, occorre rendere attrattive le professioni sanitarie nei confronti dei nostri giovani. La percezione che, invece, emerge dalla lettura del capitolo dedicato al reclutamento del personale all'estero è quella di una resa senza condizioni dettata da una emergenza oggettivamente reale e generalizzata, che non interessa solo l'Italia.

Paesi come Australia, USA, Canada, Germania, Olanda e Gran Bretagna stanno adottando importanti incentivi economici e di welfare per attrarre sanitari da tutto il mondo, ed è proprio per questo motivo che rischiamo di assistere ad una ulteriore fuga di medici ed infermieri dall'Italia.

Il nostro Paese ha una storia di sanità pubblica importante, ragion per cui riteniamo che le ipotesi proposte dalla Conferenza delle Regioni debbano essere indirizzate ad assicurare ai cittadini professionisti che abbiano i requisiti e le competenze necessarie per garantire la sicurezza delle cure e un'assistenza di qualità. In ogni caso, ogni azione dettata da un contesto emergenziale come l'attuale deve prevedere un arco temporaneo ristrettissimo tale da non inficiare una reale riforma del nostro SSN. Questo significa avviare urgenti riforme strutturali e, nelle more, implementare una strategia di reclutamento che non sia di completa apertura all'ingresso di professionisti stranieri ma che sia conforme ai nostri percorsi formativi.

5- Medici specialisti e medicina generale

Condividiamo la possibilità di accorpare alcune delle scuole di specializzazione per ridurre l'attuale frammentazione e incrementare l'attrattività.

Esprimiamo forti dubbi circa la proposta di rendere strutturale l'impiego dei medici specializzandi, con tutoraggio e periodi di formazione in pronto soccorso: non si può risolvere la carenza di medici di pronto soccorso con colleghi assegnati in modo temporaneo, senza alcuna esperienza e magari con un profilo specialistico particolarmente distante dalle necessità assistenziali di una struttura di emergenza. Invece, nell'ambito dello snellimento delle procedure concorsuali, rilanciamo la proposta dell'ospedale di insegnamento e formazione specialistica con la finalità di dare vita ad una vera corrispondenza tra gli studi specialistici e la pratica professionale, essendo oggi sempre più evidente il cronico scollamento tra il sapere ed il saper fare. L'ospedale di insegnamento inoltre assicurerebbe lo svolgimento della corretta quantità di procedure diagnostiche e terapeutiche che ogni specializzando deve poter eseguire in autonomia nell'ambito della propria branca specialistica. In aggiunta occorre definire la forma di contratto e le tutele giuridiche offerte agli specializzandi da inserire in modo strutturale in organico e individuare i tutor, la loro remunerazione ed il loro profilo giuridico di responsabilità.

Infine, per quanto concerne il possibile impiego dei dirigenti medici dipendenti del SSN a rapporto di lavoro esclusivo per la copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, anche (noi diciamo solo) in orario aggiuntivo, si osserva che l'attuale carenza di medici negli ospedali italiani non consente di proporre ulteriori carichi di lavoro a professionisti già gravati da un eccessivo numero di ore aggiuntive utilizzate per ridurre i tempi di attesa e per coprire gli attuali vuoti di organico. È certamente auspicabile un futuro impiego dei medici specialisti negli ospedali di comunità con la sola finalità di dare continuità alle cure del paziente dimesso dalle strutture ospedaliere, ma tale impiego deve necessariamente avvenire previo adeguamento degli organici ai carichi di lavoro, in tutte le UOC di tutti gli ospedali.

6- Azioni strategiche e operative

Condividiamo la necessità di aggiornare le procedure concorsuali, rendendole più snelle e rapide; osserviamo che il part-time e la libera professione non sono forme contrattuali innovative, per favorire l'attrattività e la retention del personale del SSN sosteniamo la necessità di una maggiore liberalizzazione della libera professione intramuraria, slegata da burocrazia e processi organizzativi che ne ostacolano l'esecuzione; riteniamo valida la proposta di potenziare il welfare aziendale, a patto che sia attuata utilizzando fondi aziendali e non contrattuali.

Aggiungiamo, inoltre, la necessità di rivedere urgentemente la metodologia AGENAS sul fabbisogno di personale, perché fortemente penalizzante e poco idonea alle reali esigenze clinico-assistenziali dei pazienti ricoverati negli ospedali, e di riformare la responsabilità professionale, in modo da tutelare equamente sia il medico che il paziente. Oltre a rendere più sereni i professionisti, una riforma della responsabilità professionale consentirebbe anche un superamento della medicina difensiva, che costa circa 10 miliardi l'anno e contribuisce a peggiorare ulteriormente il problema delle liste d'attesa.

In merito alla valorizzazione delle lauree magistrali cliniche degli infermieri, ribadiamo con forza ancora una volta la necessità di chiarire come la gestione clinica del paziente debba essere solo in capo al medico, come evidenziato anche dal Consiglio di Stato nella sentenza 5205/2022 sulle Unità di Degenza Infermieristiche in Umbria.

Nel ringraziare della disponibilità dimostrata ad un proficuo confronto su una tematica di comune interesse, siamo disponibili ad un eventuale incontro.

Guido QUICI
Presidente Federazione CIMO-FESMED

