

“LA SALUTE È UN BENE COMUNE”

di Maurizio Petriccioli

Sono stati molti gli interventi letti in questi mesi sulla crisi sanitaria che stiamo cercando di lasciare alle nostre spalle, quello che mi ha colpito di più e che ha innescato la riflessione che esporrò in questa introduzione alla giornata di oggi, è stata la lettera di un gruppo di operatori sanitari dell’Ospedale Papa Giovanni XXIII.

Scrivono i firmatari della lettera:

*“**stiamo imparando che gli ospedali possono essere i principali veicoli di trasmissione del Covid-19, poiché si riempiono rapidamente di malati infetti che contagiano i pazienti non infetti.***

Lo stesso sistema sanitario regionale contribuisce alla diffusione del contagio, poiché le ambulanze e il personale sanitario diventano rapidamente dei vettori. I sanitari sono portatori asintomatici della malattia o ammalati senza alcuna sorveglianza.

*“Abbiamo bisogno di un piano di lungo periodo per contrastare la pandemia. [...] **PIÙ LA SOCIETÀ È MEDICALIZZATA E CENTRALIZZATA, PIÙ SI DIFFONDE IL VIRUS**”.*

Queste righe venivano spedite a fine marzo, nei giorni peggiori della crisi sanitaria, in una fase in cui non eravamo davvero in grado di contare con sicurezza i morti nelle nostre città; in un

momento in cui tutta l'Italia viveva il paradosso che i luoghi nati per salvare vite umane divenivano vettori, luoghi di rischio contagio e di morte! Chi ha messo a disposizione la propria vita per salvare le vite dei cittadini, ha rischiato di perdere la propria e, purtroppo, molti l'hanno anche persa!

Il covid ha innescato una crisi che non è stata solo strettamente sanitaria, basti pensare che, in Italia, l'Istat ha prospettato una caduta media del PIL del 2020 dell'8,3%, associata a un eccezionale aumento degli inattivi di +746mila unità (+5,4%) e ad oltre 3,5 milioni di persone in Cig nel mese di Aprile. Questa è la situazione che ha innescato il Covid nel nostro Paese. È la crisi che porta con sé il virus ed è una crisi totalizzante, che mette in discussione il modello stesso sul quale abbiamo fondato per decenni la stabilità economica e sociale del mondo occidentale e che, a ben vedere, era già entrato in una spirale di crisi prima del covid, denunciando un forte allargamento delle diseguaglianze sia economiche che sociali e con il conseguente impoverimento di larghe fette della popolazione. La contraddizione nasce tra il livello di sviluppo economico e finanziario raggiunto in Paesi che fino a vent'anni fa erano considerati poveri e l'incapacità di una governance politica nazionale e internazionale di fissare regole comuni alla finanza e all'economia, favorendo in questo modo l'arricchimento di pochi e la proletarizzazione graduale di quello che una volta si chiamava ceto medio. Questo passaggio, connesso al processo di globalizzazione, ha portato le grandi potenze internazionali, in primo luogo gli Stati Uniti di Trump, a ritenere che l'emergenza sanitaria potesse essere gestita secondo il modello "ognuno per sé" o, addirittura, fuori dagli organismi internazionali e dall'OMS. L'ordine odierno, in sostanza, ha svolto il ruolo di detonatore della diffusione di un virus che, in un altro tempo storico, probabilmente sarebbe rimasto localizzato alla sola Cina, come ha intelligentemente osservato la virologa Ilaria Capua.

Nel mondo non sono mancati i politici che hanno pensato di affrontare questo morbo assecondando i bisogni di un modello

economico orientato alla massimizzazione del profitto, alla crescita illimitata ed orientata al consumo. Il risultato è stato che, ad un certo punto della diffusione del virus, in nome del profitto e della tutela dell'economia, era accettabile sacrificare centinaia di migliaia di vite umane in forza di una irrealizzata "Immunità di gregge". Se la convivenza politica e il patto sociale si fonda in primo luogo sul mettersi insieme per difendere e tutelare la vita, qualcuno ha pensato di mettere al primo posto gli indicatori economici. Da questo punto di vista, il sindacato confederale, e per quanto riguarda la Cisl il nostro segretario generale, Annamaria Furlan, sostenuta da tutta l'organizzazione, non ha avuto dubbi sul riaffermare il valore e la tutela della vita prima di ogni cosa.

L'Italia è stato il primo Paese europeo a dover rispondere con forza alla crisi sanitaria, sebbene si possa ormai dire senza paura di essere smentiti, che il virus era già presente in Germania e in Francia ben prima di scovare il paziente zero italiano, a dimostrazione che il virus si è diffuso seguendo le grandi catene internazionali del valore e del commercio.

Per dirla con le parole dello scrittore Paolo Giordano, "la nostra efficienza è anche la nostra condanna" perché il vettore del virus è stato "il vagare simultaneo di sette miliardi e mezzo di persone". Conseguentemente, possiamo sconfiggere l'epidemia e tutte quelle malattie che rischiano di mettere in pericolo il mondo - specifica Giordano - solo "se cambiamo noi", solo se ripensiamo il nostro modello di risposta alle emergenze.

Anche in Italia qualcosa dovrà essere rivisto, naturalmente. Il SSN del nostro Paese è stato letteralmente travolto dal virus e i numeri, purtroppo, sono qui a testimoniarlo: 242.000 positivi, 34.914 decessi certificati covid, 16.725 dei quali in Lombardia; un numero difficile da determinare di cittadini morti senza diagnosi durante l'isolamento domiciliare anche se, per avere una stima di massima, possiamo affidarci ai dati Istat: considerando il mese di marzo, si osserva una crescita media dei decessi per

il complesso delle cause del +49,4%. Se si assume come riferimento il periodo che va dal primo decesso per covid-19 riportato al Sistema di Sorveglianza Integrata (del giorno 20 febbraio) fino al 31 marzo, i decessi passano da 65.592 (che rappresenta la media del periodo 2015-2019) a 90.946 nel 2020. L'eccesso dei decessi è di 25.354 unità, di questi solo il 54% è costituito dai morti diagnosticati Covid-19. A questi numeri, va aggiunta l'analisi elaborata dall'INAIL: a maggio 2020 il report sui contagi sul lavoro registrava - per il periodo tra fine febbraio e il 4 maggio - 37.352 casi che confermavano la maggiore esposizione al rischio del personale sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale: la categoria degli infermieri riguardava il 43,7% dei casi segnalati, seguono gli operatori socio-sanitari (20,8%), i medici (12,3%) e gli operatori socio-assistenziali (7,1%).

Quali sono le cause di una situazione di questo tipo? Io ne evidenzio almeno tre.

La prima: la mancanza di una gestione coordinata dell'emergenza. La sottovalutazione iniziale del problema c'è stata ed è stata evidente anche nel nostro Paese, basti ricordare gli aperitivi e i brindisi in cui si inneggiava alle Regioni che non si fermavano o alle polemiche verso il Ministro Speranza, reo di avere chiuso i voli da e verso alcuni Paesi, particolarmente colpiti dalla pandemia.

C'è stata una gestione disomogenea a livello internazionale e, in Italia, il problema del coordinamento ha riguardato la collaborazione tra Stato centrale e Regioni.

La necessità di un riferimento istituzionale unico che detti regole certe da seguire, davanti alle sfide sanitarie globali e più in generale per dare diritti e doveri uguali in campo sanitario e assistenziale a tutti i cittadini italiani, si è fortemente palesata.

Un assetto istituzionale federale ha bisogno di regole di gestione ma anche di regole decisionali che attribuiscono la responsabilità delle scelte in capo ad un soggetto.

La sfida di cui parliamo è quella di ripensare un Paese e il suo assetto istituzionale uscito dalla riforma del Titolo V in modo che dinanzi a momenti critici debba essere il livello nazionale a decidere in base al principio della primazia.

C'è bisogno di un Paese che di fronte alle difficoltà, come quella che stiamo attraversando, non debba abbandonare gli strumenti della partecipazione, della democrazia parlamentare e che sia in grado di evitare quello che il filosofo Agamben chiama "stato di eccezione permanente".

L'Italia è un grande Paese tra i più avanzati del mondo e non è accettabile che non si possa fare chiarezza circa la divisione delle competenze e delle responsabilità tra i diversi livelli istituzionali.

L'attuale situazione viene discussa da oltre 40 anni ma continuano ad essere fatte proposte tese, più che a risolvere questioni costituzionali, a dare vantaggio a questo o a quello schieramento politico, mentre bisognerebbe, senza pregiudizi o paure, fissare regole nuove rispondenti a sfide eccezionali.

La Seconda causa che voglio mettere in evidenza invece riguarda il fatto che, a partire dagli anni '90 e fino ai giorni nostri, i più importanti indicatori strutturali del sistema sanitario hanno registrato una costante regressione. Il taglio dei posti letto, in particolar modo dal 1998, e il processo di esternalizzazione dei servizi e dell'assistenza, hanno mandato in crisi il SSN. La Germania, che resta il Paese Ue che meglio ha affrontato la crisi sanitaria, ha sfruttato i 28mila posti di terapia intensiva in maniera oculata mentre l'Italia, soprattutto nelle zone più colpite, ha dovuto di procedere, a causa anche dell'indebolimento della rete sanitaria territoriale e domiciliare, con l'ospedalizzazione di massa, avendo solo 5.179 posti di terapia intensiva nella fase pre-crisi. La conseguenza è stata drammatica: il Paese che reputa la Salute diritto fondamentale e costituzionalmente garantito dell'individuo, prima ancora che del cittadino, ha dovuto scegliere chi curare e chi rimandare a casa. Un calo dei posti letto connesso alle politiche di austerità che ha portato l'Italia sotto Paesi come la Serbia, la Slovacchia, la Slovenia, la Bulgaria, la Grecia,

penalizzando soprattutto la componente dei posti per acuti. Come potevamo affrontare efficacemente una crisi di questo tipo con un calo in 8 anni del -30% dei posti di terapia intensiva? Accertato che si tratta di un fondo senza condizionalità, sorprende che la politica oggi si divida sull'opportunità di utilizzare o meno i fondi del cosiddetto MES sanitario davanti a numeri di questo tipo.

La terza causa riguarda la diminuzione degli operatori sanitari, tra il 2009 e il 2018, di 35mila nel solo settore pubblico, 13mila dei quali sono professionisti sanitari. Per capire di cosa parliamo, in Francia operano 10,4 infermieri su 1000 abitanti, in Germania 12,9, mentre in Italia ci attestiamo ad una media di 5,8. Una mancata copertura del turnover in nome di una razionalizzazione della Spesa Pubblica che, purtroppo, ha determinato sofferenze per decine di migliaia di famiglie che hanno perso i propri cari. L'Italia ha preso, in sede sovranazionale, importanti impegni relativi al raggiungimento del cosiddetto Obiettivo 3 di sviluppo sostenibile in materia di salute e benessere. L'OMS ha stimato che il mondo necessita di altri 9 milioni di infermieri e ostetriche entro il 2030. L'Italia, per rientrare nei parametri dell'obiettivo, ha bisogno di forti investimenti strutturali sul personale, a maggior ragione del fatto che i nuovi LEA prevedono importanti ampliamenti delle cure che le unità sanitarie di tutto il Paese sono obbligate ad assicurare in regime di servizio sanitario pubblico, con specifico riguardo a quelle aree che, in precedenza, erano tutt'altro che presidiate come la cronicità, le disabilità e la prevenzione. Siamo un Paese che invecchia, con tutto ciò che questo significa. Nonostante gli sforzi nell'incentivare stili di vita salutari, i malati cronici nel 2018 erano quasi il 40% della popolazione italiana, cioè 24 milioni di italiani, 12,5 milioni dei quali soffrivano di multi-cronicità. Parliamo di quella fascia di popolazione più esposta alle conseguenze del nuovo coronavirus.

Le proiezioni della cronicità nel Paese indicano che tra 10 anni, nel 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni e i multi-

cronici saranno 14 milioni, colpiti da patologie come l'ipertensione o l'artrosi-artrite. Tra 10 anni, inoltre, le persone colpite da osteoporosi saranno 5,3 milioni, 3,6 milioni da diabete e 2,7 milioni da malattie cardiache. L'investimento nel personale, davanti a questo quadro generale, non può ritenersi una spesa improduttiva ma un investimento a sostegno dei bisogni delle persone più fragili e, soprattutto, dei nostri anziani che non possono essere lasciati soli. Non si può difendere efficacemente la salute pubblica senza tutelare il lavoro di chi è in prima linea ogni giorno.

Tenendo presente questo obiettivo, sarà certamente ora di avviare una seria e approfondita riflessione rispetto alle diverse gestioni sanitarie dovute ai modelli sanitari regionali diffusi nel Paese. Non è nostra intenzione fare valutazioni di merito sull'efficacia di un modello o dell'altro. Sono gli eventi, i numeri dei contagi e dei morti a riconsegnarci la necessità di ripensare il collegamento tra medicina territoriale, prevenzione, medici di famiglia e sistema ospedaliero. Dopo tutto quello che abbiamo vissuto in questi mesi non possiamo far altro che chiederci se l'Italia può davvero permettersi di andare avanti con 20 politiche sanitarie regionali per 20 Regioni. Ripeto: una riflessione andrà certamente fatta anche in questa sede di confronto.

Quale modello, dunque, ha fallito? E verso quale modello dovremmo muoverci? Ha fallito, a nostro avviso, il modello che pone l'ospedale al centro di tutto il percorso di risposta assistenziale e di cura della persona.

Si è voluto, per spendere meglio, programmare, pianificare, progettare il nostro sistema sanitario orientandolo costantemente allo storico delle prestazioni e dei servizi resi ai cittadini.

Si sono definiti obiettivi con il D.M. 70/2015 di chiusura di ospedali e reparti in funzione di dati, interventi e prestazioni; purtroppo, ancora una volta, gli avvenimenti ci hanno dimostrato che non tutto si può programmare. Quando parliamo di servizi orientati alla salute l'approccio decisionale deve cambiare, investiamo

in molti settori per prevenire o per essere pronti ad intervenire tempestivamente nel caso di eventi improvvisi ed infausti.

Dobbiamo cominciare a pensare di preparare delle equipe mediche in grado d'intervenire con tempestività in ogni area critica italiana, ove si riattivino emergenze sanitarie. Non vorremmo più assistere alla necessità di chiedere aiuto agli infermieri e ai medici, Cinesi, Russi, Cubani, Camerunensi, Polacchi, Albanesi per superare la fase più drammatica della pandemia come è successo nei mesi scorsi in Lombardia e che, ancora oggi, ringraziamo di cuore.

C'è un grande lavoro da portare avanti che è, prima di tutto culturale: combattere l'idea che l'ospedale sia, l'unico vettore per la diagnostica, per gli interventi chirurgici, per i processi di cura e assistenza, con l'obiettivo di ripensare quella necessaria rete di servizi e presa in carico integrale della persona che coinvolga i medici di base, così come tutto il mondo del no profit e del terzo settore. Abbiamo infatti bisogno, per affrontare le sfide del presente e del futuro, di una Sanità e un'assistenza diffusa che elimini i grandissimi divari che attualmente persistono non solo tra nord e sud ma anche tra l'est e l'ovest di un Paese territorialmente frastagliato e pieno di piccole o piccolissime comunità montane che sono lontane dai grandi centri che oggi si occupano della risposta sanitaria e assistenziale del Paese. L'Italia di oggi è un luogo fratturato da tante e troppe differenze: per fare un esempio, in Calabria, con una popolazione di quasi 2 milioni di abitanti, ci sono 107 posti di terapia intensiva, in strutture, lo raccontano le cronache, talvolta neppure a norma. In Lombardia, con una popolazione cinque volte superiore, il numero, prima della crisi covid, era di 8 volte superiore. Come organizzazioni sindacali, dunque, è arrivato il momento di chiedere con grande forza alla politica di procedere spedita verso un processo di adeguamento, Regione per Regione, consapevoli che una consistente miglioria della rete di assistenza, ridurrebbe sensibilmente il saldo di spesa annuale delle famiglie per i cosiddetti "viaggi

della salute” che portano ogni anno oltre 350.000 cittadini a curarsi in Regioni italiane con servizi sanitari più avanzati o, peggio, all'estero.

A mio avviso non è più rimandabile una riorganizzazione complessiva delle rete ospedaliera e territoriale che non vada intesa solo come servizio di medicina generale e specialistica ambulatoriale in cui i medici di medicina generale, il pediatra di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, siano integrati con gli altri professionisti chiamati ad intervenire; occorre una concreta integrazione che consenta all'ospedale di concentrarsi sulle acuzie mentre al territorio di farsi carico di tutte le cure di prossimità e di presa in carico dei pazienti in uscita dal percorso ospedaliero. Che questo modello rappresenti il futuro del nostro sistema di cura e assistenza, lo testimonia il fatto che anche nelle fasi più acute dell'emergenza sanitaria, il Covid è stato maggiormente contrastato in quelle realtà che hanno portato avanti in maniera capillare i tracciamenti degli asintomatici, hanno effettuato regolarmente tamponi sugli operatori e hanno portato l'assistenza a livello domiciliare, soprattutto per i pazienti covid a bassa intensità o con quadri clinici che non richiedevano necessariamente l'ospedalizzazione.

In considerazione di questo, non posso fare a meno di lasciare, al dibattito di oggi, un'osservazione in merito al ruolo giocato dalle strutture sanitarie private, in particolare le strutture convenzionate che fanno già parte integrante del sistema sanitario italiano. In una certa governance privata, è mancata, soprattutto nelle prime fasi della crisi epidemica, una piena assunzione di responsabilità, lasciando l'onere della prima gestione dell'epidemia, alle strutture pubbliche. Non sono naturalmente mancate, invece, realtà che hanno convertito le proprie strutture per arginare il virus ma il problema non si è determinato nelle scelte contingenti, prese durante l'emergenza. Il problema infatti sorge a monte, in un modello che non può più funzionare senza una piena integrazione tra pubblico e privato: al definanziamento del settore pubblico che, in un decennio, ha toccato quota 37 miliardi

secondo le stime della fondazione GIMBE, e che si è realizzato nella chiusura delle strutture e dei reparti considerati “non abbastanza efficienti” o troppo costosi, come le maternità sotto un certo numero di parti, anche quando magari presidiavano zone difficili dell’Italia, fino all’eliminazione di esami, posti letto, servizi che sono finiti esternalizzati, favorendo la precarizzazione del lavoro, è corrisposta la scelta, dei grandi provider della sanità privata, di riorganizzare le proprie strutture, scegliendo esclusivamente di dare copertura ai settori e agli interventi ad altissimo reddito e a bassissimo rischio. Basti vedere nel nostro Paese, solo per fare un esempio, quante strutture sanitarie private si occupano oggi di diagnostica e quante invece hanno integrato, nella propria attività, il pronto soccorso. Il problema è tutto qui: la mancanza di una piena condivisione di responsabilità per un modello integrato pubblico-privato che ponga davvero al centro la qualità e la diffusione territoriale dei servizi da fornire al cittadino. La sanità privata, profit e no profit, può migliorare il sistema sanitario del Paese nel complesso, ma, ad oggi, non stiamo vincendo la sfida di costruire questo nuovo modello. Il virus, che ha stravolto le vite di tutti noi, ha avuto un impatto devastante anche e soprattutto in quelle realtà in cui il privato è divenuto l’attore principale dei sistemi sanitari regionali.

Qual è dunque la direzione da prendere per questa riorganizzazione complessiva dei servizi sanitari? Per realizzare questo nuovo modello abbiamo bisogno, prioritariamente, di affrontare il tema delle risorse economiche da erogare per il sistema sanitario pubblico che rappresenta il pilastro su cui si fonda la risposta ai bisogni di salute dei cittadini: abbiamo certamente apprezzato l’azione di governo del Ministro Speranza che ha prodotto una inversione di tendenza, confermata anche nel Patto per la Salute 2019-2021, che ha visto incrementare le risorse per il SSN di 3,5 miliardi per il 2020-2021; così come importanti sono state le risorse stanziare dal Cura Italia e dai seguenti interventi legislativi. Non possiamo però dimenticare che, se andiamo ad analizzare il rapporto spesa sanitaria/PIL nel medio termine, questo è sem-

pre stato rivisto al ribasso. È chiaro che il primo nodo da sciogliere dovrà essere quello delle risorse da stanziare a regime, al netto di quanto già investito nella gestione dell'emergenza.

Fatto questo opportuno chiarimento relativo alle risorse, il primo step deve essere sicuramente quello di mettere in sicurezza le strutture che abbiamo oggi in funzione, premurandoci di mantenere i locali sempre sanificati; di fornire DPI per tutti gli operatori sanitari e non sanitari; di prevedere percorsi sporco-pulito per pazienti e lavoratori ai quali deve essere riconosciuto il diritto/dovere di sottoporsi a controlli periodici, eseguiti dal datore di lavoro, attraverso tamponi e screening sierologici. In seconda battuta, di promuovere una nuova e più funzionale rete dei reparti territoriali, che, come Cisl Fp, riteniamo possa essere efficacemente condotta da quei professionisti sanitari che, autonomamente, hanno le competenze necessarie per farsi carico dei bisogni dei pazienti, sostenuti dall'azione sinergica degli infermieri di famiglia e di comunità che operano nel territorio. Questo assetto permetterebbe di superare i meccanismi ancora troppo frammentati delle Unità di Continuità Assistenziale, con l'obiettivo generale di ridurre in maniera drastica gli accessi ai pronto soccorso, le liste d'attesa e di favorire una ormai irrimandabile integrazione tra servizi di natura sanitari e servizi di natura sociale perché la risposta ad una fragilità fisica è più efficace se si prende in carico la persona in tutti i suoi bisogni.

Apprestandomi a concludere, vorrei integrare questo mio ragionamento facendo un riferimento strettamente legato alla dimensione del lavoro che, auspichiamo, potrà essere oggetto di discussione e confronto nel dibattito della mattinata e del pomeriggio. È mancata soprattutto una piena e significativa valorizzazione del personale in servizio. Abbiamo letto, in questi mesi, grandi elogi rivolti alle lavoratrici, ai lavoratori e ai professionisti della sanità che talvolta sono stati chiamati "eroi" ed "angeli". Personalmente mi sono battuto contro queste definizioni e l'ho fatto perché l'utilizzo di queste metafore legittima, in qualche maniera, la dimensione sacrificale del lavoro e della propria professione.

È un gravissimo errore. Bisogna invece lavorare affinché l'opinione pubblica comprenda che l'infermiere, il medico, l'operatore socio-sanitario, il tecnico, sono i nostri vicini di casa che, quando un pezzo consistente del Paese si è potuto mettere al sicuro dentro le proprie case, con le terapie intensive e sub-intensive al collasso, non hanno potuto scegliere di operare in smart-working o di stare in cassa integrazione ma hanno dovuto rischiare la propria vita in prima persona, talvolta con DPI inadeguati o improvvisati, quando non direttamente senza. Gli "eroi" di cui molti hanno parlato, sono gli stessi che fino a qualche mese fa venivano picchiati nei pronto soccorso. Questi "eroi", quando hanno rappresentato i colleghi come delegati sindacali di luogo di lavoro, sono gli stessi contro i quali, è bene che lo si dica in maniera chiara, le dirigenze sanitarie pubbliche e private stanno prendendo provvedimenti disciplinari perché hanno solo chiesto per i colleghi di poter lavorare in sicurezza!

È questa l'Italia di oggi. È questa la realtà con la quale facciamo i conti ogni giorno per difendere quei colleghi che vivono solo del proprio lavoro e che mantengono le loro famiglie grazie al salario che percepiscono.

Ed è proprio sui nuovi piani occupazionali, sulla eliminazione del precariato, sui livelli delle retribuzioni che bisognerà lavorare, non solo per recuperare quel gap determinato dal blocco delle assunzioni e della contrattazione, che si è protratto proprio negli anni più duri della crisi economica, quando le donne e gli uomini della sanità italiana hanno visto il proprio salario perdere di potere d'acquisto e disallinearsi in maniera inaccettabile rispetto ai colleghi degli altri Paesi europei ed il Servizio Sanitario pubblico indebolirsi rinunciando a migliaia di posti di lavoro.

Chiediamo quindi al Governo di mettere a disposizione risorse adeguate e certe per procedere ad una valutazione dei nuovi fabbisogni di personale, alla stabilizzazione dei tanti precari che svolgono la professione da anni nei nostri servizi sanitari e per rinnovare il contratto nazionale di lavoro, scaduto da due anni,

attraverso il quale possa essere restituito valore agli operatori sanitari, implementando la loro autonomia dopo aver preteso percorsi di studio specialistici a livello universitario.

È necessario offrire loro una retribuzione adeguata agli incarichi che ricoprono, ai rischi che corrono e al disagio lavorativo che affrontano ogni giorno, defiscalizzando il loro salario di produttività come avviene per tutti i lavoratori privati.

È un impegno che chiediamo al Governo e al Ministro affinché la prossima Legge di Bilancio possa offrire risorse e quindi risposte concrete.

Non è più rimandabile la revisione complessiva del sistema delle attuali categorie - prevedendo delle aree funzionali - e la definizione di un nuovo modello in grado di cogliere pienamente l'evoluzione professionale dei dipendenti che si è determinata negli ultimi vent'anni, in una fase in cui, anche prima del covid, la domanda sanitaria dei cittadini si è fatta via via più articolata. Sono obiettivi che potremmo cogliere assieme a partire dalla prossima tornata contrattuale e che vedrà sicuramente il sindacato confederale fare la sua parte come sempre è stato in questi anni.

Le lavoratrici, i lavoratori e i professionisti vanno inoltre messi nelle condizioni di essere costantemente aggiornati rispetto alle evoluzioni scientifiche e tecnologiche che ogni giorno investono il comparto sanitario. È pertanto indispensabile che venga fatta una pianificazione della formazione, da parte delle aziende, promuovendo e soprattutto finanziando l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.). Vanno portate le risorse destinate alla formazione almeno all'1,5% della spesa del personale e rendendole effettivamente fruibili. È necessario inoltre ripensare i percorsi universitari per le professioni sanitarie, spesso bloccati dal modello del "numero chiuso", così come si dovrà intervenire per eliminare la strozzatura che si è creata, per molti giovani, oggi intrappolati nel circolo vizioso delle borse di studio.

CONCLUSIONE

Le sfide che ci poniamo di fronte, e che ho qui brevemente elencato, sono sicuramente ardue e, per realizzarle, tutti gli attori istituzionali e le parti sociali dovranno procedere con grande convinzione affinché si dia una risposta concreta agli interrogativi che la crisi sanitaria e quella economica e sociale portano con sé.

Scriva il filosofo e sociologo francese Edgar Morin [MOREN]:

“Stiamo vivendo una tripla crisi: quella biologica di una pandemia che minaccia indistintamente le nostre vite, quella economica nata dalle misure restrittive e quella di civiltà”.

Per uscirne abbiamo bisogno di un umanesimo che si fondi sulla solidarietà, il senso di comunità e di quella responsabilità individuale che rappresenta l'essenza stessa dell'essere pienamente cittadini. In altri termini, abbiamo bisogno di un umanesimo integrale che riconosca l'impossibilità concettuale di promuovere il lavoro senza riconoscere dignità alla persona, così come la persona non si può realizzare pienamente senza quel lavoro che dà valore e “occupa” l'esistenza, secondo la felice definizione di Lévinas. Un lavoro che deve essere adeguatamente retribuito. Un lavoro che è anche un percorso di crescita individuale e professionale. Un lavoro che, per il tema che i nostri ospiti si apprestano a discutere nella giornata di oggi, significa farsi carico dei bisogni dei cittadini nel momento di massima fragilità e che realizza quell'idea, impressa nella nostra carta costituzionale, della salute come bene comune di tutti, nessuno escluso.

Grazie.