Documento Salute, ai fini del primo Congresso di Pro Italia

Pro Italia ritiene che la Salute, oltre che un diritto inalienabile, sia anche il fondamento sociale su cui si costruisce una società felice e "sana" sia in senso fisico che in senso psicologico. Rifondare la Sanità italiana è una priorità: un popolo a cui è garantita la cura in tempi certi e con metodi efficaci è un popolo che ha la libertà di pensare a lavorare, a crescere e a prosperare. Riteniamo improrogabile dover arrestare il continuo declino che da più di trent'anni affligge la salute pubblica italiana: un calo di due terzi dei posti letto dagli anni Ottanta[1] e 46mila dipendenti in meno negli ultimi dieci anni.[2]
Non è pensabile per uno Stato "sano" tralasciare la salute delle persone che lo compongono: il selvaggio "taglio" di ospedali e posti letto che ci è stato imposto dall'austerity cui siamo stati costretti con l'entrata nell'Unione Europea, e che ha caratterizzato ogni singola amministrazione che si è succeduta al di là dell'appartenenza politica, deve essere fermato. Non è altrettanto pensabile che l'aspettativa di vita, in Italia, possa essere in calo[3]: un Paese forte e capace deve partire dalla cura delle braccia che lavorano e delle mani che accudiscono, e questo non si può fare continuando a tagliare in modo indiscriminato e scaricando i costi nelle tasche della gente, costringendola a pagarsi le cure che le spetterebbero di diritto. Dev'esserci un limite ai tagli: assicurare la Salute in tempi certi e con modi certi, facendo sì che lo Stato diventi un alleato dei propri cittadini. Non desideriamo che lo Stato metta a disposizione le sue strutture a due anni di attesa se non paghi e dopodomani se paghi: questo è un ricatto, non un diritto. Così come non vogliamo che sia lo Stato a decidere cosa le persone, e in particolare i bambini, debbano o non debbano iniettarsi, addirittura andando a usare il ricatto del lavoro come abbiamo visto negli anni passati. Pertanto andiamo a elencare i singoli punti che riteniamo doverosi di una buona programmazione politica da parte di uno Stato che si preoccupa dei propri cittadini in materia di Salute.

Libertà di cura
Il proprio corpo è la dimora della persona, e deve essere trattata con rispetto e devozione. Solo attraverso un fisico salubre la persona può aspirare ai carismi più alti, ad affermarsi e completarsi come individuo, come famiglia e come società, e questo fa parte del diritto naturale di ognuno di noi. Scendendo nel campo normativo vigente, invece, all'art. 1 §2 della legge che istituisce il Sistema Sanitario Nazionale si legge che "La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana"[4]. Non è accettabile l'idea che le vaccinazioni pediatriche siano obbligatorie, in quanto questo obbligo va a violare la libertà del cittadino, libertà di disporre del proprio corpo e di scelta delle cure cui affidarsi, libertà che precede finanche il diritto costituzionale ed è più importante di ogni ordinamento giuridico attualmente costituito. In più questo obbligo è stato inserito ricattando nella sostanza i genitori che, se non acconsentono, non possono usufruire di asili nido e scuole materne, non consentendo dunque loro di coniugare famiglia e lavoro. Pro Italia ritiene che la libertà di cura, per quanto il più possibile informata, parta dall'abolizione della Legge Lorenzin che ha dato la stura all'obbligo vaccinale più ampio che ne è conseguito negli anni della pandemia. I vaccini classici, coi suoi pro e i suoi contro nel merito tecnico, hanno contribuito e contribuiscono alla salute pubblica, pertanto vanno mantenuti gratuiti e disponibili per la popolazione. D'altra parte essi sono gratuiti sì per gli utenti, ma non certo per il SSN: si parla di circa 19 milioni di dosi somministrate ogni anno[5], per un costo totale di circa 488 milioni di euro[6]. Sostenere che tutto ciò "non è nell'interesse" delle case farmaceutiche è quantomeno ingenuo, dato

1 https://thesubmarine.it/2020/03/10/posti-letto-ospedali-italiani-nuovo-coronavirus/
2 https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2022-09-08/cimo-fesmed-10-anni-chiusi-111-ospedali-tagliati-37-mila-posti-letto-e-25-milioni-ricoveri-aumentano-costi-decessi-e-malattie-115311.php?uuid=AEsjPhyB&refresh_ce=1
3 https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104592
4 https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=21035
5 https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Rapporto_Vaccini_2022.pdf, pagina 32
6 https://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Vaccini_dati_consumo_spesa_2017_21-01-2019.pdf, pagina 1

che i vaccini rappresentano un utile non indifferente per esse, e dato che le cointeressenze con le associazioni che si occupano di salute sono più che solide[7].
Per lo stesso motivo riteniamo che i motivi dietro alla radiazione dei medici che non si sono piegati alle direttive ministeriali (poi vigliaccamente definite a posteriori "solo dei consigli"[8]) siano tutt'altro che collegati con le evidenze scientifiche, di allora e di adesso, ma piuttosto strumentali al terrore di perdere il lavoro, in modo ancor più radicale che con le persone al di fuori dell'ordine dei medici. Un medico per esercitare la sua professione studia più di un decennio: perderlo significa non solo il venire a mancare della retribuzione, ma letteralmente gettare alle ortiche un intero progetto di vita. La radiazione costituisce un esempio lampante di ricatto da parte di organismi para-statali (gli Ordini) che formalmente garantiscono la regolare prosecuzione della professione, ma nel caso specifico garantivano l'adesione formale e sostanziale dei suoi iscritti alle direttive ministeriali, ancorché decise (come poi si è visto in Commissione Covid[9]) in modo arbitrario e senza la dovuta precauzione dell'effettiva efficacia e sicurezza. Reintegrare tali medici è doveroso, per riabilitare chi ha curato a casa, con cure più efficaci di Tachipirina e vigile attesa... Ma tutto ciò forse era funzionale al garantire che non ci fossero alternative ai prodotti vaccinali in somministrazione, che da normativa sarebbero stati commercializzabili in via emergenziale solo se non fossero esistiti protocolli di cura alternativi a essi (v. caso De Donno[10]).
Tutto questo non per additare o giudicare, ma per sottolineare le eventuali storture di un sistema, quello scientifico ma anche politico, che hanno permesso da un lato arricchimenti spropositati, e dall'altro delle mancate cure, o comunque una cecità unidirezionale che vedeva in qualsiasi studio alternativo una possibile minaccia al "sistema" stesso. Questo in una Sanità equa ed efficiente non deve succedere, pertanto da un momento di massima crisi bisogna trarre insegnamento per ripetere ciò che è andato bene, e non ripetere ciò che si poteva e si può migliorare.

Rimettere in salute il SSN

Uno dei primi punti per rimettere in piedi un sistema Salute efficiente è quello di rimettere al centro la persona: troppo spesso, come visto sopra, si valutano bilanci (assolutamente necessari, per carità) ed economie di scala. Ma d'altra parte non è ammissibile attendere 500 giorni per un'ecografia[11], o un anno e mezzo per una mammografia. Eppure le strutture ci sono: se paghi, l'ecografia è la settimana prossima, la mammografia tra dieci giorni. Questo è un problema che riguarda tutta la popolazione italiana, e non è accettabile: se la struttura c'è ed è libera, va utilizzata a scopo di Salute pubblica, e non a scopo di lucro. La priorità deve essere data allo smaltimento delle liste d'attesa: stop dunque all'intra-moenia[12], un sistema ibrido tra servizio pubblico e privato che dal 1999 ha generato l'allungamento infinito delle liste d'attesa già prima della pandemia (che a sua volta ha peggiorato ulteriormente la situazione già grave) bloccando le strutture pubbliche per scopi "privati" a più alto rendimento. Ma ciò si riflette da un lato sulle tasche di chi se lo può permettere, dall'altro sui tempi di erogazione di servizi essenziali: una visita cardiologica può letteralmente salvare la vita di una persona, e un pensionato di 80 anni corre un rischio gravissimo se gliela facciamo aspettare per un anno. Il SSN si basa su tre punti fondamentali, contenuti nella sua carta costitutiva: universalità, equità e solidarietà[13], ma con questo meccanismo dell'intra-moenia si va nella direzione diametralmente opposta, ed è una direzione che va cambiata riportando al centro dell'interesse del sistema salute non il perseguimento dell'interesse economico (dell'azienda sanitaria locale, del singolo medico, di altre figure che qui non elenchiamo) bensì il perseguimento della salute dei cittadini. Sembra incredibile doverlo ribadire.

7 https://www.corvelva.it/malattie-vaccini/facciamo-il-punto/tutto-sui-rapporti-finanziari-tra-operatori-sanitari-e-farmaceutiche.html
8 https://www.laverita.info/la-vigile-attesa-era-solo-un-consiglio-2669806886.html
9 https://www.ilgiornale.it/news/politica/piano-pandemico-speranza-sconfessato-2406796.html
10 https://www.asst-mantova.it/plasma-iperimmune-pubblicato-lo-studio-del-poma
11 https://www.corriere.it/salute/24_luglio_24/liste-d-attesa-500-giorni-per-un-ecografia-all-addome-eca295cb-8226-41ac-b3c7-f53906790xlk.shtml
12 https://trendsanita.it/intramoenia-e-liste-dattesa/
13 https://www.salute.gov.it/portale/cureUE/dettaglioContenutiCureUE.jsp?area=cureUnioneEuropea&id=3797&lingua=italiano&menu=vuoto

I medici devono scegliere in modo definitivo se vogliono lavorare per il Sistema Sanitario Nazionale o se per privati esterni: troppo comodo tenere il piede in due scarpe, laddove per tutti gli altri dipendenti pubblici vale proprio questa regola di esclusività. Il fatto di poter lavorare contemporaneamente per il SSN e per strutture private è una stortura che mina alla base la certezza della cura: è ovvio e comprensibile che il medico sia quantomeno tentato di dirottare il paziente nella clinica privata dove lavora[14] (e dove magari riceve un premio di produzione se apporta maggiori pazienti), tanto più se le liste d'attesa sono cronicamente lunghe... E infatti le strutture private convenzionate sono in costante aumento in tutta Italia[15], sotto la spinta permanente di un depauperamento di un SSN sempre più patologicamente non in grado di sopperire alle richieste di salute della popolazione. Deve essere rimesso al centro il paziente, perciò il medico deve scegliere: se il SSN o il privato.
Privato che non va demonizzato in toto: le strutture accreditate sono spesso d'eccellenza, ma per il paziente devono essere una scelta potenziale, non un rimedio inevitabile – e a pagamento – alla disfunzione del sistema principale e ineludibile che è il SSN. Il sistema di salute privato, che guarda alle specialità mediche da fornire in base alla loro redditività, deve essere regolato e reso sussidiario al sistema pubblico, perché altrimenti diventerà, come già per certi versi sta già succedendo, una "macchina per prendere soldi" sia dal SSN (al quale fornisce prestazioni in convenzione) sia dalle tasche dei cittadini, che sono sostanzialmente costretti a ricorrervi per i tempi di attesa a volte lunghissimi del pubblico. E per accedervi, la popolazione ricorre sempre più alle assicurazioni private integrative[16], che però a loro volta introducono una deformazione nel perseguimento della salute pubblica: dove vogliamo andare, verso un sistema sanitario "all'americana" oppure per reintegrare il SSN nella sua funzione di baluardo contro la finanziarizzazione della salute e la visione economica della persona[17]? Noi riteniamo che il SSN vada ripristinato nella sua centralità sociale, diminuendo la necessità di assicurazioni sanitarie che possono senza dubbio continuare a esistere, ma in modo marginale e integrativo rispetto a un sistema-salute che deve essere efficiente, economicamente sostenibile e che veda nel paziente non una cassa da svuotare, ma una persona da curare, al meglio.
In tal senso anche il ricorso sempre più esteso ai medici a gettone, alle cooperative e addirittura a interi servizi esternalizzati[18] deve cessare: al SSN deve essere reso possibile tornare ai livelli di funzionamento necessari per soddisfare le esigenze degli italiani, e questo problema nasce a monte. I vincoli di bilancio imposti dalla UE hanno costretto il nostro Stato a tagliare in primis i fondi per le sue stesse strutture, imponendo il blocco del turn-over e i tagli lineari per tutte le Usl. Ciò ha portato inevitabilmente a un depauperamento di quello che era uno dei migliori sistemi di salute pubblica al mondo, diminuendone gli ospedali, i posti letto e i professionisti sanitari.
Le responsabilità della UE non finiscono qui: impedendo lo sviluppo e l'espansione dell'industria italiana (a favore soprattutto di quella francese e tedesca), ha impedito la crescita economica del nostro Paese, dunque ha impoverito le casse statali che avrebbero beneficiato delle imposte derivanti da un aumento del PIL nazionale. Non solo, il fatto che la UE permetta l'esistenza di un "paradiso fiscale de facto" come quello olandese ha fatto sì che numerose aziende italiane abbiano spostato lì la loro sede fiscale[19] (Illy, Campari, Ferrari, Ferrero, ma anche a partecipazione pubblica come ENI, ENEL, per non parlare dei giganti come Amazon e Ryanair). Questo "spostamento" è sicuramente legale, ma ha come conseguenza la sottrazione (pur lecita) di imposte che sarebbero dovute rimanere nel nostro Paese, e che sarebbero servite a finanziare anche il nostro Sistema Sanitario, che è stato spogliato di fondi per sperperarli in progetti futili o per foraggiare dei cappi finanziari quali il PNRR (che, ricordiamolo, è principalmente costituito da soldi "nostri" ma vincolati a progetti "europei"; non c'è miglior esempio di ciò che significa "vincolo esterno", per cui se vuoi i tuoi soldi devi farci

14 https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=89543
15 https://www.dottnet.it/articolo/32536667/cresce-la-sanita-privata-in-italia-ecco-chi-sono-i-maggiori-operatori-e-i-loro-bilanci
16 https://grins.it/newsroom/gli-italiani-e-le-assicurazioni-sanitarie-i-risultati-della-nota-mensile-di-spoke-3
17 https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113528
18 https://www.ilsole24ore.com/art/pronto-soccorso-affollati-grandi-citta-spuntano-quelli-privati-pagamento-AFlGToKB
19 https://www.panorama.it/economia/tasse/aziende-italiane-sede-legale-olanda

quello che decido io). Tradotto: non è che non ci siano i soldi, è che vengono spesi in modo sciocco, e secondo volontà eterodirette.
Quello delle tasse "spostate" in altri Stati europei non è un discorso slegato dalla realtà: la qualità dell'erogazione dei servizi di salute pubblica[20] è direttamente collegata al PIL regionale[21], al netto degli sprechi. Eh sì, perché in Italia non c'è UN solo SSN, bensì 21. La differenza territoriale è marcatissima proprio perché, dalla riforma Bindi del 1999, le Regioni hanno autonomia organizzativa e di spesa per quanto riguarda il SSN sul loro territorio. E questo, venticinque anni dopo, ha portato a una notevole differenza di capacità di esborso delle singole Regioni, con conseguente disparità di trattamento sanitario nei diversi territori italiani[22]. La sacrosanta ricerca di una sanità efficace ha quindi portato i cittadini a muoversi tra le Regioni, per soddisfare le proprie necessità di salute. Ciò ha ingigantito il fenomeno del "nomadismo sanitario", per cui i cittadini delle Regioni più povere e con una Sanità meno efficiente[23] si spostano sempre più frequentemente verso le strutture ospedaliere e di cura delle Regioni più ricche e capaci di curare la cittadinanza[24]. Ciò non vale solo per i trattamenti a lungo termine o programmati (operazioni, terapie), ma addirittura anche per le emergenze, se pensiamo che le strutture sanitarie destinate alle urgenze sono passate da 964 nel 2005 a 671 nel 2015[25], ovvero un calo del 31% netto, con le evidenti ripercussioni per i cittadini che, soprattutto al centro-sud, a volte devono sobbarcarsi decine di chilometri per cercare una struttura di emergenza... che serve soprattutto in momenti in cui i minuti sono davvero vitali.
A "unire" ventuno sistemi sanitari in un unico SSN sarebbero dovuti essere i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, degli indicatori di funzionamento che avrebbero dovuto misurare in numeri l'efficacia delle sanità regionali. Peccato che questi indicatori funzionino in modo quantomeno insoddisfacente: essi infatti non vengono misurati né direttamente né in tempi utili. I LEA vengono misurati tramite un questionario auto-compilato dalle singole Regioni[26] (!), e con tempi di elaborazione che superano i due anni. Gli ultimi dati disponibili per i LEA (autodichiarati, ricordiamolo) sono quelli del 2019... Come si può pensare che questo sia un sistema efficiente? Non solo: se i LEA non vengono raggiunti... non succede niente. Nessuno è responsabile di nulla, nessuno è tenuto a rispettare alcunché, non solo sulle tipologie di prestazioni offerte, ma nemmeno sulla qualità delle stesse (elemento che nei LEA non è neppure contemplato) o sui tempi dell'erogazione (figuriamoci). Per sopperire alla riconosciuta inefficienza dei LEA è stato proposto un Nuovo Sistema di Garanzia... che però non prevede né l'indicazione di qualità delle prestazioni né i tempi di erogazione. Questo è solo un maquillage per nascondere che il SSN funziona in modo radicalmente diverso tra Nord e Sud[27], e ciò non è accettabile.
Devono essere responsabilizzati il Ministero, le Regioni e i singoli Direttori Generali per il soddisfacimento dei LEA[28], laddove solo 13 Regioni su 20 sono in grado di erogare questi servizi di primaria importanza. Devono essere previsti nei LEA non solo le tipologie di servizio, ma anche le tempistiche di erogazione, che devono essere garantite in un lasso di tempo ragionevole e sostenibile. E la misurazione dei LEA (o del NSG che dir si voglia) non può e non deve essere lasciata a delle autodichiarazioni delle Regioni, ma deve essere effettuata in modo rigoroso da entità terze (ispettorati del Ministero, o enti esterni appositamente individuati e autonomi). Questo per garantire su tutto il territorio nazionale la stessa dignità delle persone e la stessa aspettativa di cura, da Pantelleria a Trieste. Soprattutto, il SSN deve essere appunto un Sistema Sanitario Nazionale, e non 21 Sistemi Sanitari Regionali.

---

20 https://www.camera.it/temiap/2024/10/09/OCD177-7603.pdf, pag. 92
21 https://www.cgiamestre.com/wp-content/uploads/2024/07/Pil-per-regioni-20.7.24.pdf
22 https://www.recentiprogressi.it/archivio/4314/articoli/42987/
23 https://www.ansa.it/molise/notizie/2024/03/29/molise-tra-le-regioni-piu-esposte-al-nomadismo-sanitario_a384c74d-5f20-4381-a9d3-2e8dcd46d9c5.html
24 https://www.chiamamicitta.it/kristian-gianfreda-la-nostra-sanita-funziona-lo-dimostra-il-nomadismo-sanitario/
25 https://www.simeu.it/w/congresso2022/presentazioni/view/2016/253
26 https://www.researchgate.net/publication/368683760_La_garanzia_dei_LEA_problemi_di_misurazione_e_monitoraggio
27 https://www.savethechildren.it/blog-notizie/i-divari-tra-nord-e-sud-nel-diritto-alla-salute
28 https://it.wikipedia.org/wiki/Livelli_essenziali_di_assistenza

Per fare ciò, è indispensabile attualizzare la pianta organica e il contratto di tutte le figure coinvolte nel comparto Sanità della Funzione Pubblica. Dalla pandemia in poi c'è stata una sorta di "fuga" dal SSN per colpa di una quantità di lavoro umanamente insostenibile, per via della mancanza di personale, unita alla corresponsione retributiva decisamente inferiore che nel resto d'Europa[29]. Vanno perciò adeguati sia gli stipendi (ma questa è una questione comune a tutti i lavoratori) sia gli orari di lavoro, che devono essere dignitosi e che possano garantire una qualità di vita sostenibile per gli operatori sanitari, che non devono subire burnout da troppo lavoro[30]... La mancanza di personale è pesante sia a livello di medici che ancor più di infermieri. Vediamo perché.

Per quanto riguarda i medici, non c'è una vera e propria carenza di questa figura, quanto piuttosto il fatto che, una volta terminata la formazione, preferisca sempre più il sistema privato[31] (o l'estero[32]) per lavorare, e questo in primo luogo per una scarsa remunerazione. Ancora più a monte, il vero problema mai affrontato da Università e SSN è la collaborazione per definire in modo almeno "sensato" il numero di medici da accettare nel numero chiuso di Medicina, e di formare poi nelle Scuole di Specializzazione. C'è uno scollamento assoluto tra il bisogno effettivo e programmato di medici all'interno del SSN e il numero di medici formati all'Università[33]. Questo mancato dialogo può portare dunque a una sotto formazione o addirittura a un sovrannumero di medici formati, che dunque cercheranno ovviamente altri luoghi dove mettere a frutto le proprie competenze. Ancora, all'interno della stessa Università non c'è uniformità di numero tra i medici ammessi al numero chiuso e i posti disponibili nelle scuole di specializzazione,[34] cosa che, anche qui, comporta una perdita di potenzialità e formazione che, oltre a essere estremamente frustrante, diventa propulsivo di un'emigrazione di cervelli[35] che impoverisce la nostra nazione, arricchendo le altre.

Una conseguenza diretta di questa dinamica, che colpisce la popolazione, è il calo costante dei medici di base: dai 45000 del 2012 si è passati ai 39000 del 2022[36]. Farsi visitare dal proprio medico di famiglia è diventato un miraggio, contando che l'unico rimedio che è stato posto a questo stillicidio è stato quello di aumentare gli assistiti per ogni medico: negli stessi anni si è passati da una media di 1156 persone da seguire a più di 1500 ciascuno[37], contraendo ovviamente il tempo a disposizione (e dunque la capacità di comprendere al meglio la patologia, e predisporne la cura) per ogni paziente. Destino simile hanno avuto i pediatri, che da 7600 sono passati a 6900 nello stesso arco di tempo, andando a inficiare la capacità di cura anche dei nostri piccoli. Infine, la categoria dei medici è la più anziana d'Europa: più del 55,2% di essi ha più di 55 anni... e prossimamente questo numero è destinato a peggiorare.

Per quanto riguarda gli infermieri, la situazione è ancora più drammatica: qui sì che c'è carenza di personale, si stima intorno alle 65000 unità[38], ed è una carenza destinata a peggiorare con i futuri pensionamenti[39]. Questa situazione si è creata non tanto per la carenza di posti all'Università, ma perché la figura dell'infermiere non è più attrattiva: càpita ormai che ai test di ingresso le domande non coprano nemmeno i posti disponibili[40]. Questo per una scarsa immagine della professione di infermiere: l'immagine che passa nella società è quella di una professione molto impegnativa, con turni massacranti (e spesso gli straordinari non sono pagati) e una paga non adeguata per lo sforzo compiuto[41]. Per sopperire a questa mancanza di personale, le ASL stanno sostituendo gli infermieri

29 https://www.avvenire.it/attualita/pagine/i-medici-italiani-tra-i-piu-poveri-d-europa
30 https://www.360gradieventi.info/2023/07/17/la-sindrome-da-burnout-nel-settore-sanitario-un-pericolo-per-la-salute-dei-professionisti-e-dei-pazienti/
31 https://portale.fnomceo.it/medici-monaco-fnomceo-in-italia-non-ce-carenza-ma-ssn-non-e-piu-attrattivo-investire-sul-capitale-umano-la-fnomceo-in-audizione-alla-camera/
32 https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111740
33 https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=120707&fr=n
34 https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124617
35 https://msdsalute.it/approfondimenti/notizie/la-grande-fuga-di-medici-e-infermieri-dallitalia/
36 https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121422
37 https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=119861&fr=n
38 https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=123225&fr=n
39 https://www.ilsole24ore.com/art/infermieri-introvabili-cosi-ospedali-e-cliniche-li-cercano-tutto-mondo-AFapjF4D
40 https://www.ildolomiti.it/cronaca/2024/professioni-sanitarie-e-sempre-piu-crisi-calano-anche-gli-iscritti-ai-test-di-ingresso-brugnolli-scontiamo-calo-demografico-e-limmagine-sociale-della-professione
41 https://business.infojobs.it/carenza-di-infermieri-in-italia-problematiche-e-strategie-di-recruiting.html

o con figure prese all'estero[42] (Romania, Polonia, India...), con tutte le problematiche connesse alla professionalità e anche solo al linguaggio, oppure sostituendoli tout-court con OSS. Queste sono figure di supporto, che però presentano una formazione decisamente inferiore (corso regionale di 1000 ore[43]) a quella di un infermiere (corso di laurea triennale di 4600 ore[44]), con conseguente perdita di qualità del servizio erogato.

Anche questa è una china che va fermata: la perdita di professionalità e di qualità del servizio sanitario offerto anche a causa del peggioramento economico, umano, psicologico e formativo del personale addetto al SSN deve essere non solo fermata, ma ricomposta. Il personale medico, infermieristico e di assistenza deve trovare un ambito di lavoro umano, sostenibile, sicuro e che permetta una vita felice e serena nel limite delle possibilità. Il lavoro nel SSN non deve essere percepito come umiliante e fonte di aggressioni e burnout. Come tutti i lavoratori, anche le figure sanitarie hanno diritto di lavorare in modo dignitoso, con orari umani e retribuzioni in linea con le stesse figure europee, e noi ci batteremo perché ciò possa essere reso possibile.

In sintesi e per concludere, vanno indagate e stabilite cause e responsabilità, sanate le disfunzioni e messo a regime un cambio di passo epocale per il Sistema Sanitario Nazionale, attraverso la programmazione di interventi mirati a colmare differenze e ripristinare la qualità della salute offerta. Un progetto senza dubbio ambizioso, e che chiederà molto tempo, ma che riteniamo indispensabile per garantire ai cittadini certezza della cura, della sua efficacia e della sua tempistica.

Questo è ciò che Pro Italia si auspica per la Salute italiana: un ritorno al paziente, che siamo tutti noi assieme ai nostri cari, e che ci potrà permettere di pensare non più ad "augurarci di stare bene", ma a esserne maggiormente certi. Per poter finalmente progettare insieme un futuro nuovo e ricco di opportunità, per noi e le nostre famiglie.

42 https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/in-italia-ci-sono-oltre-38mila-infermieri-stranieri-attivi.html

43 https://www.agenfor.it/qualifiche/operatore-socio-sanitario/

44 https://www.opigorizia.it/it/corso-di-laurea/informazioni/il-corso-di-laurea