



RELAZIONE SEGRETARIO NAZIONALE XXXI CONGRESSO 2023

“Il nostro sindacato al centro della riorganizzazione del Servizio Sanitario”

La nostra storica organizzazione ha attraversato la politica italiana e gli altalenanti momenti economici del nostro Paese mantenendo sempre con dignità e pervicacia la propria missione di difesa degli iscritti. Ora siamo chiamati ad un'impresa ancora più grande, che è quella di difendere l'esistenza in vita del Servizio Sanitario Nazionale, minacciato da anni di tagli, sviste politiche, disaffezione dei medici, mancanza di strategie di lungo periodo. L'SSN è ormai minato da assenza di visione e programmazione.

Da una ricerca condotta dall'Oms nel 2000, il Servizio Sanitario Nazionale italiano era il secondo migliore al mondo. Più eccellente del nostro era soltanto quello francese. Nel 2014 aveva perso una posizione, scendendo al terzo posto nella valutazione sull'efficienza della spesa. Nei successivi dieci anni deve essere successo qualcosa che impercettibilmente ha cambiato tutto. O forse non abbiamo voluto vederne i segnali, abbiamo fatto finta che andasse ancora tutto bene.

Forse l'impegno del personale ha riempito lacune e nascosto disservizi. E' certo che la pavida manovra Meloni targata Giorgetti non risolleverà le nostre sorti.

La manovra in discussione

Tre miliardi in più alla Sanità (diventano 4,2 dal 2026) che bastano per poter far salire a 136 miliardi il Fondo sanitario nazionale nel 2024, circa un miliardo in più delle risorse a disposizione nel 2023 (quando aveva raggiunto i 134,7 miliardi). In questo modo **secondo la premier Giorgia Meloni per la Sanità non ci saranno tagli. NON E' VERO! Un contratto chiamato a gestire i picchi inflattivi del 2022 e 2023, per coprirli integralmente avrebbe richiesto oltre 30 miliardi.**

Sembra chiaro che gran parte delle nuove risorse saranno assorbite dal rinnovo del contratto dei medici per il triennio 2022-2024 che vale oltre 2 miliardi. Il resto delle risorse sarà destinato soprattutto ad abbattere le liste d'attesa: i famosi 3 miliardi ventilati dal Ministro Schillaci, **serviranno in particolare per pagare i compensi extra orario di medici e infermieri che dovrebbero essere detassati per le prestazioni che rientrano nelle liste d'attesa: il compenso lordo orario salirà a 100 euro per i medici e a 60 euro per gli infermieri.** Il ministero dell'Economia cita anche l'introduzione di una «indennità per medici e altro personale sanitario impegnati nella riduzione dei tempi delle liste di attesa». Allora, secondo loro i medici lavoreranno ore in più oltre a quelle che già fanno, le ferie non prese, i doppi turni etc grazie a questo congruo compenso orario?

Nel pacchetto per abbattere le liste d'attesa c'è anche la possibilità di acquistare più prestazioni (ricoveri, visite ed esami) dagli ospedali privati accreditati ritoccando il tetto di spesa in vigore dal 2012 che aumenta dell'1% nel 2024, del 2% l'anno successivo e del 3% nel 2026. Questa mi sembra una strada più perseguibile, in parte già sperimentata (pensiamo alle tariffe sociale privato) per permettere ai cittadini percorsi diagnostici più tempestivi.

Il mio giudizio sulla manovra, che arriva blindata in Parlamento senza la possibilità di correttivi? PAVIDA, NON BASTANO LE RISORSE DEDICATE ALLA SANITA!, QUALUNQUE COSA SI AFFERMI AL CONTRARIO!

La ricetta SIMET. Cominciamo a riscrivere i decreti sbagliati

Cosa possiamo fare noi in merito? Intanto non tirarci indietro di fronte al problema. Come Simet e Coordinatore FASSID partecipo al Tavolo Tecnico sulle criticità dei DM 70/77. **La riforma dell'assistenza territoriale è un passaggio importante poiché evidenzia la necessità di affrontare congiuntamente le criticità della sanità ospedaliera e di quella territoriale. E' l'occasione per avvicinare contrattualmente Mmg e ospedalieri, mantenendo convenzione e dipendenza.**

E noi, come sindacato che rappresenta tutta la medicina dei servizi del territorio da dire al tavolo ministeriale ne abbiamo tanto. In sintesi la proposta di rivisitazione inviata al Ministero e al presidente AGENAS Mantoan che presidia il nostro settore specifico, dedicato alle problematiche contrattuali e all'organizzazione del lavoro.

Dal Decreto Balduzzi in poi (DM70 poi DM 71 ora DM77) il problema è stato sempre quello. Chi governa la governance? Anche nella Missione 6 del PNRR il Distretto, dovrebbe essere l'unità di base della programmazione sanitaria e di salute e dovrebbe avere un dimensionamento standard di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio. Vi risulta sia così?

Abbiamo perciò rappresentato in un documento a Mantoan i nostri suggerimenti. Considerazione condivisa delle nostre aree appare intanto la **necessità di rivedere i valori dei bacini d'utenza, modulandoli e modellandoli su criteri di qualità e sicurezza.**

PNRR- Case e Ospedali di Comunità, Cot e Ponti sullo Stretto

A proposito di PNRR, una notazione sulle famigerate Case di Comunità, che ci riguardano tutti. Secondo dati AGENAS ce ne sono funzionanti appena il 13% di quelle previste. E in quasi in una su due di quelle attive non c'è il medico di medicina generale.

Sono alcuni dei numeri del nuovo monitoraggio curato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali sull'andamento dei lavori per la realizzazione delle nuove strutture di prossimità. A rilento anche gli Ospedali della Comunità: ne sono stati aperti il 17% di quelli previsti. E in 7 regioni non è stato attivato nessuno dei nuovi presidi previsti dal Piano europeo.

Altra nota dolente è la presenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. I mmg sono presenti solo nel 54% delle Case della Comunità attive. Numeri che segnalano la necessità di un intervento normativo che regoli la presenza di questi medici all'interno delle strutture.

Non va meglio la realizzazione delle 611 **Centrali operative territoriali** (da attivare entro il 2024). A giugno 2023 ne sono state attivate 77, ovvero il 12%. In questo caso **E anche per le Cot l'apertura è a singhiozzo: delle 77 attivate il 58% lavora meno di 6 giorni su 7.**

Infine, il monitoraggio Agenas fa il punto anche sulla realizzazione degli **Ospedali di Comunità**. Entro il 2026 ne devono essere attivati 434. A giugno 2023 sono funzionanti 76 OpC (il 17%) per un totale di 1.378 posti letto.

Su tutto ricordiamo pende poi la revisione del Pnrr che ha previsto un taglio di circa il 30% delle strutture da finanziare con i fondi del Pnrr. Le rimanenti strutture si dovranno in ogni caso realizzare con i fondi sull'edilizia sanitaria che per lamentano le regioni, oltre ad essere già stati impegnati per altri progetti presentano lungaggini che rischiano di dilatare ulteriormente i timing previsti.

Il CCNL

Abbiamo siglato in Aran il 28 settembre la preintesa per il contratto collettivo del 2019-2021. **Di tanti contratti che ho firmato questo non è il peggiore. Intanto abbiamo ripristinato il metodo delle relazioni sindacali, messo dei punti fermi sulla indennità di specificità, sbloccato lo stallo dei contratti e l'erogazione degli arretrati, per circa 11.000 euro medi.** Abbiamo firmato all'unanimità con le altre sigle sindacali.

Probabilmente per vedere le risorse in busta paga si dovrà aspettare il 2024, a meno che non usino il "decreto anticipi" annunciato dal Ministro Zangrillo nell'incontro con i Sindacati del 19 ottobre.

E' stato risolto il nodo sull'extra orari su cui ci eravamo incagliati a luglio: dopo un certo tetto (che varierà da azienda ad azienda secondo un algoritmo) le ore andranno recuperate entro 12 mesi.

Il contratto 2019-2021 si qualifica, fra l'altro, per l'attenzione riservata alla specialità di questa dirigenza, che si è manifestata in modo forte nella maggior tutela nei confronti del dirigente relativamente alle condizioni di lavoro e alla valorizzazione della carriera attraverso l'obbligo di attribuzione degli incarichi, alla introduzione di un diritto che riconosce le ore lavorate in più e l'obbligo al loro recupero.

Sotto il profilo economico, il contratto riconosce incrementi a regime del 4.5%, corrispondenti a un beneficio medio complessivo di circa 290 euro/mese, distribuito in maggior parte sulla componente fondamentale del trattamento economico; ad esse vanno sommate risorse individuate da specifiche disposizioni di legge quali ad esempio le risorse per l'esclusività e quelle relative all'art. 1, commi 435 e 435-bis della Legge 205/2017. Per quanto riguarda gli arretrati, spettanti al 31.12.2023, essi ammontano al circa 10.700 euro.

Sono stati incrementati i valori dell'indennità di specificità medico veterinaria, la parte fissa della retribuzione di posizione, la clausola di garanzia, l'UPG. Inoltre sono state introdotte le nuove indennità di pronto soccorso e di specificità sanitaria, in precedenza non previste.

L'eliminazione di un vulnus importante quale l'eccedenza oraria "ad oltranza", costituisce una pietra miliare della recente contrattistica e restituisce parte della dignità alla professione, permettendo di arginare il calo di attrattività del quale da tempo il settore pubblico sta soffrendo. Consapevoli che c'è ancora tanto da migliorare sotto l'aspetto economico e delle condizioni di lavoro, conclusa la doppia vacanza contrattuale, si punta al triennio 2022-24 con qualche speranza in più,

Che succede in Sisac

Nel frattempo, auspicando che venga preso in considerazione il grande lavoro che stiamo facendo per riformare il territorio al Tavolo Ministeriale, sono iniziate le trattative dell'ACN in Sisac, dove FIMMG ha chiesto i tavoli separati. Come ho avuto modo di dire ad alcuni di voi questa è la posizione portate avanti da SIMET (presa a maggioranza) nella Federazione FTM:

OSSERVAZIONI PASSAGGIO ALLA DIPENDENZA DEL MMG

Il medico di medicina generale (assistenza primaria) è attualmente un attore insostituibile del SSN in quanto è presente con il proprio studio in tutti i comuni italiani e quindi è in grado di fornire l'assistenza di base a tutti i cittadini, anche a quelli che vivono in zone disagiate e/o piccoli comuni a bassa densità demografica. **SIMET ritiene a maggioranza improponibile il passaggio del rapporto di lavoro da convenzionato a dipendente. Su questo anche le sigle maggioritarie sembrano essere d'accordo.**

Il rapporto di lavoro da dipendente potrebbe, invece, essere applicato ai medici di continuità assistenziale, ai medici della medicina dei servizi e ai medici del 118 in quanto la

loro retribuzione è in apporto solo ed esclusivamente alle ore di servizio effettuate. Godrebbero, in tal caso, anche dei vantaggi propri della dipendenza (ferie, malattia, etc).

MODALITÀ DI RETRIBUZIONE DEI MMG

In merito alla retribuzione dei MMG a ciclo di scelta **vi è la proposta che la retribuzione sia rappresentata da un 30% fisso su base nazionale e da un 70% su base regionale. SIMET trova questa percentuale troppo sbilanciata sulla percentuale regionale;** è alto il rischio, infatti, che il medico che opera in regioni virtuose abbia più opportunità di lavoro e guadagno rispetto al medico che si trova ad operare in regioni meno virtuose. È da valutare l'ipotesi di modificare tale percentuale una volta che si avranno delle proposte da parte pubblica su cosa è addebitabile alla quota nazionale e su cosa è addebitabile alla quota regionale. **SIMET chiede di rafforzare le prerogative della contrattazione nazionale a fare muro contro l'autonomia differenziata.**

MODALITÀ DI COMPARTECIPAZIONE DEI MMG ALLE CASE DI COMUNITÀ

La compartecipazione del MMG nelle istituende Case di Comunità con eventualmente annessi gli Ospedali di Comunità sarà su base volontaria. I medici di medicina generale (assistenza primaria) potranno avere un loro studio ubicato nella Casa di Comunità e potranno eventualmente completare il loro debito di orario partecipando ad altre attività che si andranno a svolgere nella Casa di Comunità (per esempio assistenza ai pazienti degli Ospedali di Comunità, partecipazione ad eventuali centri per la gestione dei codici bianchi, ecc). Livelli organizzativi diversi devono essere decisi in autonomia dai singoli professionisti, auto organizzati e auto gestiti. Medicine di Gruppo, AFT, Nuclei cure primarie devono essere spoke della Casa di Comunità, è all'interno di queste strutture già esistenti dislocate sul territorio che va gestita la cronicità, è lavorando all'interno di esse che il medico di famiglia, convenzionato e non dipendente, deve svolgere il debito orario dovuto alla distante casa di Comunità, i pazienti cronici sono quasi sempre anziani e fragili, deve essere facilitato l'accesso alle strutture territorialmente vicine.

La compartecipazione, sia dei Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta sia di quelli a rapporto orario può essere per SIMET solo su base volontaria.

Errato pensare di spostare il proprio ambulatorio dentro la Casa di Comunità. L'attività da espletare entro questa struttura deve essere con turnazione oraria per assistenza ai cronici con i medici afferenti alla stessa AFT. Tale attività deve prevedere una remunerazione oraria aggiuntiva.

Per concludere

In Italia ogni euro investito dal sistema pubblico nella sanità genera quasi due euro di produzione in valore. Se l'investimento pro-capite di risorse fosse pari a quello della Germania, si creerebbero 2,5 milioni di nuovi posti di lavoro. Lo afferma lo studio del CENSIS il 23 ottobre. Il Ssn è un attore primario dello sviluppo italiano: **le risorse pubbliche destinate alla sanità vanno considerate come investimento** e non come spesa. È tanto tempo che lo diciamo, ed ora è questa la sfida decisiva.

Il Servizio sanitario nazionale "è un patrimonio prezioso da difendere e adeguare".. Lo ha detto il presidente Mattarella al Festival delle Regioni. E io non posso che concordare con lui.

Mauro Mazzoni

Segretario Nazionale

Chianciano, 27 ottobre 2023