

Relazione Segretario Mazzoni – XXX CONGRESSO SIMET

Il nostro futuro

E' soprattutto un conforto, in questo momento difficile che il nostro Paese e il nostro continente stanno vivendo, fare parte di un gruppo storico con una forte identità come il SIMET, un'organizzazione che viene da lontano che sono certo saprà andare lontano...nonostante le sfide che ci aspettano, che aspettano tutti gli italiani.

E' il tempo di scelte pragmatiche: i punti del programma condiviso da Fratelli d'Italia, Lega, Forza Italia e Noi Moderati rivelano idee a prima vista sfavorevoli alla privatizzazione del servizio sanitario o alla competizione accentuata tra pubblico e privato. Nel programma comune si parla di sviluppo della sanità di prossimità e della medicina territoriale, di estensione delle prestazioni esenti da ticket, di aumento del personale del servizio sanitario volto anche al ripristino delle prestazioni istituzionali, di recupero degli screening oncologici, di revisione delle regole sull'accesso all'università e riordino delle scuole di specializzazione. E il Ministro della Salute Schillaci ha già ammesso gli errori dei tagli, ha già giurato che i medici debbano essere pagati meglio, già promesso di aumentare la prevenzione. Se quanto dichiarato fosse applicato, parrebbe ci fossero i presupposti per iniziare un dialogo costruttivo. Appare chiaro che per l'emergenza energetica, la guerra Ucraina, l'inflazione galoppante, la questione sanitaria e il sistema delle relazioni sindacali non possono essere al centro dell'agenda politica. Credo quindi che la strada della nostra organizzazione sia lunga e in salita. Ma le nostre ragioni sono forti, ascoltate, ben identificate. **E in questo momento abbiamo numeri importanti e ancora ambiti per dire la nostra. A patto però di tenere sempre bene a mente e perseguire con fermezza il progetto politico del SIMET. Che non è la protesta a tutti i costi, che non è mai stato abbaiare alla luna.**

Il nostro sciopero – un esempio di protesta corretto ed efficace

Voglio ricordare a tutti il successo della nostra azione di sciopero di marzo. Un'azione di piazza illuminante anche per noi dirigenti sindacali. Osteggiata da chi la riteneva inopportuna, tranne poi salire a bordo una volta constatato la risonanza raggiunta.

I motivi alla base della mobilitazione sono riassumibili nei carichi di **lavoro insostenibili, nella mancanza di tutele, nella burocrazia abnorme** e per il fatto che non sia riconosciuto, ancora, l'infortunio sul lavoro, mentre lo stanziamento per l'indennizzo alle famiglie dei colleghi deceduti per covid è risultato essere un'elemosina. **Quel giorno di marzo abbiamo rivendicato tutele concrete quali ferie, maternità, malattia; sostituzioni per poter fruire del meritato riposo, nonché politiche serie sulle pari opportunità. Ma soprattutto abbiamo scioperato perché nel nostro Paese sono più di tre milioni i cittadini senza medico di famiglia. Le postazioni di guardia medica o vengono chiuse o accorpate per mancanza di personale. Le ambulanze del 118 sono senza medico a bordo. Abbiamo scioperato perché vogliamo che i giovani medici siano attratti da questa professione, che oggi disertano al pari dei vecchi che si prepensionano. È ormai ineludibile l'istituzione di un corso di specializzazione in medicina generale. Ci siamo opposti alla strisciante privatizzazione della medicina generale.**

E la piazza ha risposto, anche con il consenso di colleghi di altre organizzazioni sindacali, stufi degli atteggiamenti ossequiosi di alcune sigle, esauriti da atti di indirizzo già scritti per preservare solo le poltrone di chi sappiamo bene.

L'ACN da noi firmato con nota tecnica e ob torto collo non tiene conto delle nuove esigenze organizzative dell'assistenza territoriale e sminuisce il ruolo dei medici sia in termini professionali che economici. Ma tutti avevano fretta, bisognava siglare un **ACN scaduto e anacronistico che ignora i programmi di riforma previsti dal PNRR per la sanità.** L'ACN prevede l'abolizione di alcune indennità di funzione dei medici, non incentiva le nuove generazioni, non prende in esame la necessità di nuove tutele e non stimola le pari opportunità, ai fini della conciliazione della vita con ritmi lavorativi divenuti insostenibili. Evidentemente la pandemia non è servita a far emergere la grande sofferenza dovuta al super lavoro, ai ritmi massacranti, alla mancanza

di riposo e ristoro psicofisico negato dalla mancanza di medici sostituiti. Inoltre **questo ACN non contiene nessuna misura per bloccare l'esodo dalla professione dei medici, né vi sono scelte che incentivino le retribuzioni equiparandole a quelle degli altri paesi europei.**

PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Su questo tema vi riporto i principali contenuti del **documento sul PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA** che, per quanto riguarda la parte sanitaria, SIMET ha contribuito a redigere e che è stato presentato in audizione parlamentare come CODIRP, la Confederazione di cui SIMET fa parte.

Denunciando la carenza di modelli organizzativi omogenei abbiamo chiesto che la parte più consistente dei fondi destinati alla Sanità siano utilizzati per la revisione ed efficientamento di tutti i servizi territoriali e ospedalieri, in particolare per formazione e assunzioni di personale.

Riteniamo prioritario:

- **Conferire al Ministero della Salute autonomo potere di spesa;**
- **Programmare nuove assunzioni;**
- **Aumentare le borse per specializzazioni di medici e sanitari;**
- **Redigere un piano per una reale integrazione ospedale/territorio con opportuna**
- **valutazione del rapporto di lavoro della dirigenza.**

Voglio ricordare i punti essenziali al riguardo della nota che mandammo al Ministro Speranza nell'aprile scorso: **il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza non può ridursi solo a un finanziamento per la costruzione di nuove strutture sanitarie, deve prima di tutto valorizzare e rilanciare la professione sanitaria. L'attuale ACN mortifica il ruolo dei Medici di Medicina Generale e rischia di ostacolare la realizzazione dei programmi di riforma dell'assistenza sanitaria a cui Governo e Regioni stanno in questi mesi lavorando.**

Riforma medicina generale e DM77

La riforma della medicina generale ora è legge: il DM 77/2022 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno e pone domande complesse. E' vero che pone al centro il distretto. Ma, ad esempio, le Case della Comunità saranno un vero valore aggiunto per la medicina territoriale? Il nostro giudizio è negativo.

Occorre piuttosto assicurare le tutele ai medici di medicina generale dando risposte immediate. Occorre il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, il diritto alle ferie, alla maternità assistita, i permessi per malattia, misure certe per poter fruire del riposo, nonché politiche continuative per le pari opportunità. Non sappiamo più come dirlo. Il DM77 e la riforma territoriale come è concepita, non migliorerà né il lavoro dei medici né i servizi ai cittadini.. In questi mesi con la discussione in merito al Piano di Ripresa e Resilienza e del DM 71 e poi adesso DM 77 siamo partiti dall'assunto, tenendo conto dell'esperienza della pandemia, che ormai l'evoluzione delle cure territoriali, nell'ottica di una migliore offerta sanitaria alla cittadinanza, omogenea dal Nord al Sud del paese, non può più prescindere da maggiori tutele per i professionisti. Quindi, una riforma dell'assistenza territoriale che non investe sul capitale umano e quindi sui medici rischia di diventare solo un'operazione di edilizia sanitaria. C'è bisogno d'investire sul personale medico sia in termini economici che in termini di tutele per impedire la desertificazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Sistema al collasso, gli accessi al Pronto soccorso salgono del 20%

Gli addetti ai lavori definiscono l'estate trascorsa la peggiore da quando esiste l'Emergenza Urgenza. A fine luglio c'è stato un incremento dei pazienti accompagnato dalla diminuzione degli operatori con il conseguente aumento esponenziale delle attese di ricovero, risorse umane in esaurimento, diminuzione della qualità di servizio.

Nel Lazio, come esempio, nella giornata del 22 luglio scorso risultava preso in carico un cittadino ogni 1.325 abitanti. Sono numeri impressionanti, da maxi emergenza. L'Italia registra un numero reale di posti letto/abitante insufficiente. Sommando le cause, gli operatori subiscono un incremento dell'intensità, del carico di lavoro personale non inferiore al 50% rispetto al 2021, che in questo stesso periodo non registrava né un'ondata di Covid né una simile e persistente ondata di calore.

Questi i dati noti che vale comunque la pena ricordare per il loro significato:

- **600 i medici dell'emergenza e urgenza che nel 2022 hanno scelto di dimettersi dal pronto soccorso, al drammatico ritmo di circa 100 unità al mese;**
- **4.200 sono i medici che mancavano nei pronto soccorso italiani nelle rilevazioni dello scorso novembre.**

Io credo che su questo argomento ci sia ancora molto da dire, in termini di riorganizzazione ospedaliera, nonostante Decreti, leggi, leggine e ristori per i medici di Pronto Soccorso, che escludono altri colleghi. Soprattutto se si vuole puntare all'integrazione ospedale territorio.

Cenni sulle risorse economiche

Il PNRR (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza) dà come già detto una risposta insufficiente alle criticità del sistema ospedaliero, evidenziate dal tremendo stress cui la pandemia lo ha sottoposto. La rete ospedaliera è sottodimensionata in termini di posti letto, con più del 50% delle strutture costruite prima degli anni 60 del secolo scorso, in preda a problemi di sicurezza antisismica e antincendio.

I finanziamenti del Pnrr dedicati a queste criticità, le uniche riconosciute all'ospedale, sono largamente insufficienti.

La crisi della sanità pubblica si sovrappone e si confonde con la crisi del medico, sull'orlo di un burnout che lascia spazio solo alla fuga, verso l'estero per i giovani e verso il privato per i meno giovani. **La sanità, oggi, è governata alla insaputa dei medici, fattori produttivi estorti del valore del proprio lavoro, numeri chiamati a produrre altri numeri. In una condizione di scarsa democrazia, con non celate forme di autoritarismo.**

E il NadeF (nota di aggiornamento del documento di economia e finanza) appena licenziato dal Consiglio dei Ministri non è per noi incoraggiante: tutte le risorse sono destinate al caro energia e nella prossima manovra per quanto riguarda la sanità non è lecito aspettarsi nessun nuovo incremento oltre ai 2 mld in più già previsti. Inevitabilmente, dovranno essere prese decisioni dagli impatti opposti da quelli previsti nel programma del centrodestra. E per Giorgetti si affaccia lo spettro della spending review. Peccato che per il SSN si sia già raschiato il fondo del barile...

Recupero dei tagli, nuove assunzioni

Il tema principale oggi da affrontare è l'apertura di una stagione di assunzioni che recuperi i tagli del passato, come ci chiede la UE, escluda il precariato non contrattualizzato e riduca l'eterogeneità nei rapporti di lavoro ospedaliero. I dati del Conto Annuale dello Stato mostrano che **le uscite dal sistema ammontano a circa 8.000 medici, di cui circa 5.000 per pensionamento e circa 3000 per dimissioni anticipate.** Nel frattempo, siamo stati costretti a limitare gli accessi alle cure dei malati con patologie non-Covid, con conseguenze negative in termini di morbilità e mortalità che continueranno negli anni a seguire, e **già oggi 140 milioni di prestazioni rinviate presentano il conto.** Nei confronti di questo problema, bisogna avere un approccio pragmatico. Ci sono casi di sussidiarietà in cui la sanità privata dà tanto al cittadino senza incidere sui bilanci pubblici. Punto non meno importante da ottenere per noi è una **riforma del sistema di reclutamento, che dia riduzione e certezza dei tempi, in modo da affrontare l'elevato turnover che ci aspetta fino al 2024.** Ma anche una riforma dello stato giuridico che accentui fortemente il carattere "speciale" della dirigenza del SSN, delineato dall'art. 15 del D.lgs 229/1999, rafforzandone l'autonomia, sia nel profilo professionale che gestionale, valorizzando la peculiarità della "funzione" svolta a tutela di un bene costituzionale. **Soprattutto, come sindacalisti, dobbiamo ottenere il riconoscimento di un ruolo decisionale nella governance del sistema sanitario. La complessità del mondo sanitario non può essere governata con i soli strumenti della cultura aziendalista escludendo dai processi decisionali le categorie professionali, nell'illusione di costruire maxi aziende con mini medici.**

Dobbiamo trovare rimedi all'impoverimento della categoria, causa principale della fuga dal SSN, attraverso l'aumento dei livelli retributivi, la detassazione del salario accessorio, già riconosciuto ai medici della sanità privata, per favorire il riassorbimento delle liste di attesa accumulate durante la pandemia, il riconoscimento economico del rischio contagio, elemento contrattuale già goduto dagli infermieri, la valorizzazione del lavoro notturno e festivo per premiare chi affronta con generosità e abnegazione il lavoro disagiato.

Infine, ma più importante di tutti, dobbiamo fortemente contrapporci alla politica di esternalizzazione portata avanti allegramente da tutte le aziende, in tutta Italia. Avrete certamente letto la brillante idea venuta al Presidente della Regione Calabria di contrattualizzare 500 medici cubani questa estate. Non una boutade, ma la risposta secondo Occhiuto ai bandi andati deserti. Bisognerebbe chiedersi come mai i bandi vadano deserti e chi ci guadagna con le cooperative...**E non può che suscitare molte preoccupazioni l'atto con cui il commissario straordinario, Lucia Di Furia, affida in appalto ad una cooperativa esterna la copertura dei turni di servizio dei reparti di Anestesia e Rianimazione, Medicina, Chirurgia e di Medicina d'Accettazione e d'Urgenza degli ospedali di Locri e Polistena per coprire complessivamente 366 turni. In Calabria interi reparti sono affidati a società private che reclutano medici pagati anche 1300 al giorno. Le tariffe oscillano da 95 euro fino a 110 euro all'ora; per un turno di 12 ore ci si riesce a mettere in tasca anche più di 1.300 euro in un giorno mentre un medico neo assunto in qualsiasi ospedale pubblico non supera uno stipendio di 2.700 euro al mese.** Continuando su questa strada, ricorrendo alla esternalizzazione delle attività sanitarie attraverso cooperative che, in cambio di elevati compensi, non garantiscono, però, alcun controllo sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni fornite, non potremo che recitare il de profundis al nostro SSN e anche a molti italiani. Perché quanto osservato in Calabria è solo la punta dell'iceberg. La stessa cosa è successa in Liguria, in Piemonte, in Lombardia: i medici a gettone sono arruolati in chat senza controlli: guadagnano 3.600 euro in 48 ore. Ci sono colleghi che si spostano con i pullman e con 3 o 4 turni prendono più di un assunto in ospedale. Secondo un'indagine svolta dalla Società italiana di medicina di emergenza e urgenza, su un campione di 31 ospedali, oggi un paziente ha una possibilità su 4 di essere assistito in Pronto soccorso da un medico di una cooperativa. Ma nelle notti o nei weekend la proporzione può arrivare a una su due. **Così gli affari per le cooperative, che di solito su ogni turno trattengono una percentuale che va dal 7 al 15%, vanno a gonfie vele. Ma non possiamo dire lo stesso per la nostra salute...**

Il prossimo CCNL

Lo sblocco del contratto per il personale sanitario, firmato il 3 novembre, fa partire i rinnovi anche per i medici. Saremo noi, quindi, ad aprire la nuova stagione negoziale all'Aran sulla dirigenza pubblica. L'atto di indirizzo approvato dal comitato di settore mette in fila i numeri del nuovo contratto, che anche in questo caso riguarda il 2019/2021 come per tutto il pubblico impiego. **L'incremento di spesa a regime vale 584,58 milioni, che divisi fra i quasi 135mila medici e dirigenti sanitari interessati dall'intesa producono al netto degli oneri riflessi un aumento intorno ai 210 euro lordi al mese.** Ma il contratto dovrà distribuire anche risorse aggiuntive, alcune nuove come quelle messe a disposizione dall'ultima legge di bilancio per il ritocco all'insù del tetto al salario accessorio (34,02 milioni) e altre invece ereditate da vecchie manovre rimaste in attesa dell'attuazione contrattuale in arrivo dopo anni di attesa. **In tutto si tratta di oltre 127 milioni di euro, che fanno salire gli effetti economici medi intorno a quota 283 euro.**

I tempi del rinnovo determinano poi un costo degli arretrati di almeno un miliardo, a cui vanno aggiunti quelli destinati a maturare nel corso di una trattativa che non si annuncia semplice. **L'atto di indirizzo tuttavia non sembra riflettere il contesto di emergenza della sanità, non si vedono idee innovative per contrastare la carenza di personale aggravata dall'emorragia in atto di medici e dirigenti del servizio sanitario nazionale.**

Ci aspetta quindi non solo una battaglia retributiva, ma la rifondazione del SSN, anche attraverso lo spostamento del tavolo contrattuale al Ministero della salute. Senza questi passaggi, i fondi europei serviranno se va bene per gli arredi nuovi di ospedali vuoti.

La Confederazione CODIRP, la Federazione FASSID

Attività Intersindacale

Durante la pandemia ci siamo mossi perlopiù come intersindacale. Ricordo incontri positivi con Speranza; i richiami al Governo per non allentare la guardia anti-covid; le opposizioni anche in sedi regionali a sgambetti, imposizione di orari, non rispetto delle regole anche salariali di varie ASL e le richieste di rispetto del CCNL con diffide mandate alle aziende.

Azioni proprie FASSID

Spesso la nostra Federazione ha preceduto in proprio le azioni intersindacali: ricordo brevemente gli appelli a Conte per riaprire la trattativa sul contratto; i richiami sui tamponi molecolari; i richiami sull'ordine di servizio; la battaglia sul RUP. A marzo del 21 abbiamo chiesto a Draghi il rinnovo automatico per i medici assunti durante l'emergenza pandemica, poi ottenuto. In aprile 21 **FASSID ha elaborato le LINEE GUIDA per la graduazione incarichi dirigenziali. Abbiamo ottenuto nell'ultima manovra un incremento stipendiale del 27%**, che non avremmo ottenuto se le organizzazioni sindacali non si fossero mostrate coese. E molto ha fatto per la coesione la FASSID, oggi una organizzazione apprezzata e considerata tra le altre organizzazioni sindacali e grazie anche alla capacità di mediazione molto visibile anche a chi è iscritto ad altre sigle. Tra l'altro ricordo che siamo al quarto posto per rappresentatività.

CODIRP/Contratti Dipendenza

La nostra confederazione si sta muovendo bene. Il Segretario Generale Cignarelli **ha siglato il protocollo della sicurezza, il CCNL dell'area funzioni locali, si è fatta notare nella battaglia per le pensioni, chiedendo maggiori flessibilità in uscita e l'utilizzo dei fondi Recovery Plan per prepensionare i lavoratori a rischio Covid.**

Il 15 aprile 22 al Tavolo ARAN, abbiamo aderito al CCNQ per la definizione dei comparti e delle aree per il periodo contrattuale 2019-2021. Dopo la firma dell'atto di indirizzo su aree e comparti si è aperta la strada ai rinnovi dei contratti. Abbiamo chiesto che il Settore Sanità abbia la precedenza per l'apertura dei CCNL e infatti dopo la firma del comparto il 3 novembre inizieremo il nostro cammino.

Abbiamo designato il nostro rappresentante nell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (Comitato Paritetico), Francesco Lucà, esponente FASSID SNR. Le numerose audizioni tenute da Codirp hanno fruttato un rapporto prima sofferto ed ora di grande stima con Naddeo dell'Aran, che spesso diffonde i temi lanciati da Codirp. E, per ultimo, ma non meno importante, il neo Ministro PA Zangrillo, che vuole agire in continuità con Brunetta, ha fatto proprie le proposte Codirp su smart working per la Dirigenza PA. Non poco visto che Codirp non proviene certo dalla sua area politica. Questo intendo, quando vi parlo dell'importanza di un progetto politico dietro ogni nostra azione. E di uno sguardo lungimirante dietro le alleanze. Oggi abbiamo due armi, FASSID e Codirp, che sparano bene. Di questo mi attribuisco il merito. Ma l'obiettivo verso cui sparare va deciso nel medio lungo periodo, e perseguito.

La battaglia più importante

Prima di concludere ricordo dove puntare l'attenzione nelle prossime azioni sindacali: non sulla guerra dei contratti CCNL e ACN. I nostri numeri sono quelli che sono e, per quanto spesso agiamo da ago della bilancia, non ci consentono certo larghi spazi di manovra. **La vera battaglia è quella intraprendere una efficace azione di reclutamento, come è stato fatto in molte regioni, in primis la Sardegna. Per fare sindacato ci vogliono i numeri, non le buone intenzioni.** Abbiamo tradizione e conoscenza dei meccanismi della contrattazione. Ma oggi sono i numeri e gli obiettivi politici che contano e che vanno perseguiti con lucidità. Negli ultimi anni, complici i pensionamenti, la pandemia, i carichi di lavoro sempre più pesanti, ho constatato una disaffezione e disattenzione che la nostra sigla storica non merita. E se non parte una forte azione di reclutamento di nuove forze il nostro peso ai tavoli sarà inevitabilmente minore.

Il vostro futuro

Care colleghe e colleghi, amici. Io mi fermo qui. Ringraziando per primi gli ex condotti con i quali ho condiviso tanto cammino e tanta storia. Poi coloro che mi rinnovano la loro fiducia da anni, e che sono al mio fianco nei momenti difficili, sapendo quanta passione e quanto tempo io dedichi al sindacato. Ringrazio chi mi ha aiutato senza apparire. E anche chi mi ha contrastato, perché dal dibattito nascono le idee migliori. Ora sta a voi decidere quale sarà il vostro futuro, chi sia in grado di rappresentarvi e quale preciso obiettivo politico seguire. Io non sono disposto a cedere ad altri la nostra storia, la nostra sede, le nostre deleghe. Resto a disposizione con spirito di servizio, come sempre ho fatto in questi lunghi anni insieme. E ricordatevi sempre: "Non c'è una buona società senza un buon sindacato". Papa Bergoglio.