



S.I.Me.T.
sindacato italiano
medici del territorio

Relazione Politico Sindacale Segretario Mazzoni

Sanità Pubblica Bene Comune?

Care Colleague e Colleghi, alla fine di dicembre 2014 è ricorso il trentacinquesimo anniversario della legge di riforma sanitaria. Fatta la legge si è ritenuto non più necessario il conflitto come capacità della comunità di rivendicare il miglioramento dei beni comuni, la salute in primis.

Ma cosa significa bene comune, come si costruisce, come si valuta, quali indicatori, chi partecipa al processo della valutazione e, prima, a quello della programmazione, quali attori hanno titolo? La legge 833/78 dava indicazioni generali che andavano sviluppate. I movimenti degli anni settanta hanno avuto intuizioni geniali, che però non sono state tradotte in conseguenze operative, quali responsabilità di programmazione, valutazione e formazione. Potrei raccontare infinite vicende sulle straordinarie e geniali attività di sanità pubblica realizzate da semplici operatori (più spesso operatrici) e sull'azione sistematica di ostacolo e delegittimazione che hanno scatenato in reazione. Le buone pratiche delle persone per bene sono state ostacolate a volte dai politici e dagli amministratori e dai dirigenti da loro scelti.

Bisogna oggi ripartire dal concetto di salute come bene comune con lo sviluppo di tutte le conseguenze operative. Bisogna partire dall'affermazione, che un servizio sanitario pubblico universale ha ragione di esistere se, e soltanto se, è in grado di ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali. Questo dice, in ultima istanza, l'articolo 32 della nostra meravigliosa e ineguagliata Costituzione, che va difesa ad oltranza.

Le organizzazioni sindacali hanno grandi responsabilità, ce lo siamo detti lo scorso anno. E della nostra crisi interna abbiamo letto di recente, in un bell'articolo di Ilvo Diamanti sulla solitudine del sindacato, pubblicato su *La Repubblica*. Oggi non è più scontata la capacità del sindacato di rappresentare in maniera adeguata il lavoro. Al di là però dell'impasse che stiamo vivendo, non possiamo non mettere in luce l'enorme cambiamento del nostro lavoro di medici, svilito nella sua funzione sociale, impoverito dal punto di vista retributivo e numerico. Il medico, peggio se sindacalista, è oggi nemico da abbattere con tagli lineari, blocco della contrattazione, peggioramento delle condizioni economiche e organizzative. Sparare contro il sindacato è oggi una moda, come prima si sarebbe detto "piove governo ladro"... L'esercizio sindacale è visto come causa di ritardo nelle riforme, e grande male del Paese. Ma, come ho già avuto modo di dire, la delegittimazione delle rappresentanze sociali è funzionale al mantenimento di politiche recessive, ed è proprio nei momenti difficili che occorre reggere per non tornare indietro su diritti acquisiti.

Occorre oggi recuperare parole e valori antichi: **solidarietà, comunità, partecipazione, servizio**. Il sindacato garantisce la sostenibilità di un servizio sanitario pubblico e nazionale ed allo stesso tempo la esigibilità del diritto alla salute dei cittadini. E "serve" eccome se serve, in un periodo di identità professionali confuse e fragili che alimentano un **individualismo competitivo**. Perciò la strada più proficua per noi, medici prima ancora che sindacalisti, mi sembra ancora una volta quel **recupero del senso del bene comune nel suo senso più vero e più ampio**. Non la difesa sterile di interessi di casta, che casta davvero non lo siamo più ove lo fossimo stati, piuttosto il rafforzamento dell'azione di baluardo a salvaguardia di un'assistenza che sembra sempre più sottratta ai dirigenti medici per essere attribuita a figure che non sono investite istituzionalmente del mandato di diagnosi prevenzione e cura proprie delle nostre professioni.

Mi aspetto che Roberta Chersevani sia al nostro fianco come tutore della qualità delle cure e del diritto alla salute dei cittadini ma anche a garanzia dei medici italiani, in un momento politico ed economico di grande difficoltà professionale mentre si apre un processo di evoluzione della programmazione sanitaria che deve vederli protagonisti.

Mi aspetto anche una forte unità sindacale nel rivendicare il nostro diritto a sedere ai tavoli di programmazione. Ma sono sempre più sorpreso di fughe in avanti di alcuni colleghi. Non dobbiamo strappare bandierine, non dobbiamo arrivare per primi sui giornali. Dobbiamo ritrovare unità d'intenti e bene comune...Sono anni che il Simef e Fassis rivendicano il ritorno della sanità al controllo centrale. L'ho detto più volte pubblicamente, in Stato Regioni, agli Stati generali della Sanità e mi hanno preso per marziano...L'unità sindacale è un'altra cosa e queste chiacchiere da salotto non



S.I.Me.T.
sindacato italiano
medici del territorio

potranno cambiare verso, per usare il termine di moda, ad un declino ineluttabile di tutto il sistema. E l'unità sindacale è l'unica via per riprendere parte decisionale ai tavoli di programmazione.

Abbiamo visto il risultato del mancato coinvolgimento delle organizzazioni sindacali della Dirigenza medica e Sanitaria nella definizione del Patto della Salute, una occasione perduta che non sana le asimmetrie tra ciò che dovremmo fare nella cura e ciò che realisticamente ci è consentito fare. Dopo una buona partenza (standard ospedalieri in testa) il Patto siglato è rimasto sostanzialmente inapplicato (niente nuovi Lea né nuovi ticket, per citare solo due esempi). Colpa anche dei tagli di agosto, ai quali potrebbero ora aggiungersi ulteriori sforbiciate con la nuova legge di stabilità che farebbero crollare definitivamente l'impianto dell'accordo. Manca poco infatti al 15 ottobre e all'appuntamento con la nuova legge di stabilità. Tra negazioni e dichiarazioni controverse si parla già di altri tagli fra i 3 e i 5 miliardi alla sanità, che nemmeno le regioni vogliono.

Quest'anno la parola d'ordine è l'abolizione di Tasi e Imu prima casa. Una promessa che secondo i calcoli della CGIA di Mestre costa 4,5 miliardi, cui bisogna aggiungere circa 22,5 miliardi per evitare l'aumento dell'Iva, il ritocco all'insù delle accise sui carburanti e per rispettare le disposizioni stabilite dalla Corte Costituzionale con le sentenze sulle pensioni e sul rinnovo dei contratti del Pubblico Impiego. La risposta non potrà che essere una sforbiciata ulteriore alla spesa pubblica, dunque anche al SSN.

E se la Lorenzin sembra convinta che tagli ulteriori non passeranno come ha dichiarato recentemente in un'intervista a La Stampa: "Nuovi tagli in sanità? Neanche per idea, la sanità la sua spending review l'ha già fatta con la manovra da 2,3mld appena varata. Renzi ha assicurato che i risparmi resteranno in sanità", io non ne sono affatto sicuro. **Il Ministro ha poi parlato anche del decreto sulle prestazioni inappropriate** previsto dal Dl Enti locali, sottolineando che **"nessun cittadino sarà privato di analisi salvavita, necessarie, utili. I limiti alla rimborsabilità riguarderanno solo 180 prestazioni su oltre 1.700"**. Nell'intervista il Ministro poi evidenzia come le sanzioni per i medici **"non è detto che restino"**. Ma poi precisa: **"Nessun passo indietro"**.

In effetti sulle prescrizioni c'è stato un vero passo avanti del Ministero nell'incontro sindacati-Ministro di martedì scorso. Rimane tuttavia una questione non semplice da gestire, perché si rischia che il DM venga frantumato dallo Stato Regioni e applicato in maniera non omogenea in tutta Italia. Bisogna sapere come sarà gestito il sistema sanzionatorio, che non può essere oggetto di mille interpretazioni. Intanto la controrisposta burocratica alle dichiarazioni di Lorenzin conferma le sanzioni previste che riguarderanno il salario accessorio. Non scatteranno solo quando il medico motiverà il perché di una prescrizione apparentemente inappropriata. Stop and go, buoni pensieri estivi rimangiati dalla realtà dei fatti.

L'attuale commissario alla spending review **Yoram Gutgeld** come il suo predecessore **Carlo Cottarelli**, sono convinti che in sanità vi siano ancora molte sacche di inefficienza e sprechi da aggredire. Di quanto parliamo? Le cifre già circolanti sui media negli ultimi giorni di agosto parlano di 3/5 miliardi e le ricette sono già pronte. Gli unici dati circolanti da tempo sono una serie di stime estrapolate a loro volta da altre stime internazionali emerse negli anni in vari studi campionari. Questo vale per i famosi **10/13 miliardi imputati alla medicina difensiva, come per i 6 e rotti miliardi imputati alla corruzione e gli oltre 3 miliardi stimati come inefficienze del sistema** (tutti questi dati sono stati raccolti e presentati insieme poco più di un anno fa dall'Ispe in un suo rapporto che infatti sommava a 23,6 miliardi la massa di denaro aggredibile in sanità senza toccare le prestazioni). Se questi dati fossero veri, vorrebbe dire che quasi un quarto della spesa sanitaria sarebbe frutto di sprechi e inefficienze. Mi sembra una sovrastima. E' vero invece che **spendiamo il 25,2% in meno procapite rispetto agli altri paesi europei** (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Italia, Germania, Irlanda, Grecia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia a parità di potere d'acquisto).

Secondo il rapporto Crea-Tor Vergata, a livello regionale, la spesa totale pro-capite più elevata si rileva in Valle D'Aosta e nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano, con subito a ruota il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna. Al contrario, i valori minori di spesa si registrano nelle Regioni del Sud. Emblema della voragine che divide in due il Paese è il confronto tra Valle d'Aosta e Campania: il differenziale di spesa è del 53,8%, poiché gli indicatori si attestano rispettivamente su 3.169 euro e su 2.061 euro. **Perciò non è vero che la sanità più efficiente del Nord costa meno. E' vero invece che al Nord c'è una sanità migliore perché si spende di più.**



S.I.Me.T.
sindacato italiano
medici del territorio

Solo 10 regioni oggi garantiscono i LEA e questo è un fatto. Immaginare di continuare a garantire gli attuali livelli di assistenza con ancora meno risorse non è realistico, dunque non è perseguibile. Secondo il Rapporto Istat il **9,5% degli italiani rinuncia alle cure per motivi economici** o liste d'attesa troppo lunghe.

Ma il 71,5% giudica eccellenti le prestazioni ricevute. e la variegata geografia della salute mette in luce lo squilibrio tra i bisogni potenziali di assistenza sanitaria e i criteri allocativi delle risorse adottati. Quote elevate di persone con problemi di salute (più di un quinto della popolazione totale) si rilevano in Umbria, Sardegna, Emilia-Romagna, Marche, Friuli-Venezia Giulia, Puglia e Abruzzo. **Ma anche nelle regioni che si collocano nella parte più bassa della graduatoria (Molise, Campania, Calabria), la maggioranza di coloro che si sono sottoposti a una visita o un accertamento specialistico a carico del servizio sanitario pubblico assegna un punteggio che varia da 8 a 10.** Gli squilibri allocativi, la contrazione della spesa e le conseguenti difficoltà a garantire i livelli essenziali di assistenza riferiti possono tradursi in un aumento della spesa a carico delle famiglie (out of pocket).

Infatti gli strumenti principali che le Regioni attuano per il contenimento della spesa e il rientro del debito sono l'introduzione dei ticket e di quote di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini. Tuttavia ulteriori aggravii di spesa per le famiglie potrebbero aumentare la rinuncia a prestazioni sanitarie, dovuta spesso a motivi economici. Ciò comporta un rischio di sottoconsumo sanitario, pericoloso per le condizioni di salute della popolazione.

Ora veramente basta. Basta coi tagli, basta con gli stop and go, basta col buonismo che nasconde spesso cattive intenzioni..... Quanto sta succedendo in molte regioni e in ambienti della politica nazionale, tendente ad umiliare le funzioni ed il ruolo dei medici, deve cessare. Le semplificazioni artificiali, l'attribuzione surrettizia di funzioni proprie dei medici e dei dirigenti sanitari ad altre figure professionali, i tagli e le soppressioni astruse stanno uccidendo quanto di buono fatto per creare uno dei migliori sistemi sanitari del mondo.

È l'ora che Renzi ponga lo stesso impegno che mette in tutto e decida se vuole mantenere in vita un Sistema sanitario nazionale oppure no. Basterebbe, per cominciare, la modifica del Titolo V che, creando una frammentazione di competenze tra Stato e Regioni, ha fatto aumentare la spesa sanitaria e le disuguaglianze tra i cittadini delle diverse Regioni. In secondo luogo perseguire una coerenza tra il numero di iscritti alle facoltà di Medicina, e gli ingressi nel mondo del lavoro. Infine opporsi a questo continuo definanziamento lineare del Sistema Sanitario, che si traduce in una mera riduzione delle prestazioni erogate ai cittadini e in un netto peggioramento delle condizioni di lavoro dei professionisti e della sicurezza delle cure. Serve un approccio nuovo del governo o ci sarà mobilitazione dura.

Il 15 agosto il Sottosegretario De Filippo con delega alle relazioni sindacali ci ha promesso un tavolo unitario, in vista della riapertura della stagione contrattuale della dipendenza e delle convenzioni. La convocazione della Cabina di Regia per il 14 ottobre, già annunciata dal Sottosegretario alla Salute, rappresenta una importante occasione per affrontare le diverse problematiche della nostra sanità, a tutela dei medici e dirigenti sanitari e degli stessi cittadini.

Riteniamo che abbandonare i tavoli di trattativa, già in partenza, sia un segnale di debolezza e si rischia di dare ragione a chi afferma che non ci sia la volontà di confronto tra i diversi professionisti, con il Governo e con le Regioni. Ma i tavoli e le cabine non bastano più. C'è da risolvere urgentemente la questione del comparto di contrattazione che, come ribadito nell'ultimo incontro con i sindacati medici, il Ministero della Salute da sempre e tenacemente vuole distinguere da altri settori pubblici. C'è da risolvere il problema della appropriatezza prescrittiva e della responsabilità professionale.

Ma c'è, soprattutto, da riorganizzare l'intero SSN, alla luce dell'atteggiamento positivo del sottosegretario stesso, che lamenta quanto sia mancato il confronto diretto coi sindacati.

Alla categoria del personale della Sanità Stato e Regioni già chiedono molto e ricevono molto: è grazie al nostro personale impegno e quotidiano sacrificio che il SSN, nonostante le risorse sempre più ridotte, garantisce ad oltre 60 milioni di cittadini italiani e di altre nazionalità, il diritto alla salute. Si deve iniziare subito un percorso che promuova e garantisca la valorizzazione dei medici e la partecipazione alle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello nazionale e regionale.



S.I.Me.T.
sindacato italiano
medici del territorio

Con la sentenza della Corte Costituzionale che ha sanzionato l'illegittimità del blocco della contrattazione per il pubblico impiego anche in relazione alla parte economica cade l'ostacolo normativo alla riapertura delle trattative a 360° gradi con i sindacati. Ora dobbiamo verificare **se il governo intende dare seguito alla sentenza. In caso contrario, sarà sciopero generale.** Gli anni che abbiamo alle spalle, che non possono essere cancellati né con un colpo di spugna, né con la sentenza, sono stati durissimi. L'agonia del servizio pubblico va fermata con le buone o con la mobilitazione, se ci vedremo costretti.

Ma i problemi non finiscono qui. Si sono sottratte al contratto importanti parti normative. Penso all'istituto della mobilità per esempio. Dobbiamo chiudere con la fase del blocco e modernizzare le relazioni sindacali nel settore, per favorire la partecipazione dei lavoratori attraverso la contrattazione decentrata, indispensabile per cogliere obiettivi di interesse generale come rendere più efficiente il sistema dei servizi sanitari.

Per quanto riguarda la contrattazione di primo livello, si chiede al Governo semplicemente l'applicazione degli obiettivi di tutele del potere di acquisto degli stipendi come previsto nell'accordo di maggio 2009; dopo diversi anni di blocco degli stipendi vanno recuperati aumenti in linea con l'inflazione registrata e quella prevista secondo le tendenze U.E. per ciascuno degli anni oggetto di rinnovo contrattuale. E nella contrattazione per determinare gli aumenti retributivi nazionali dovremo far pesare i notevoli risparmi di costo per il lavoro registrati negli anni per effetto della riduzione degli organici e del blocco del turnover over, per quantificare somme da distribuire in parte per aumentare i minimi retributivi ed in parte per sostenere e favorire la contrattazione integrativa di secondo livello, che va rilanciata per riconoscere e valorizzare in modo concreto le conoscenze e le abilità professionali dei lavoratori cui corrispondere un' adeguata retribuzione di risultato che va legata al raggiungimento degli obiettivi definiti e condivisi congiuntamente dalle parti in sede di confronto.

Noi possiamo farlo. Grazie alla nostra Confederazione CODIRP possiamo sul serio contribuire ad un reale rilancio della pubblica amministrazione, solo se verremo coinvolti attivamente anche nei processi di riorganizzazione e miglioramento dei servizi. E, per tornare al nostro concetto di bene comune, noi siamo consapevoli che la necessità di ridurre sprechi, strozzature burocratiche e costi impropri, oltre che aumentare la produttività delle strutture e dei sistemi, rappresenta un interesse comune. Ma chiediamo che si affermi, una volta per tutte, il paradigma secondo il quale non è attraverso i tagli lineari ma attraverso la buona e razionale organizzazione e la assunzione di responsabilità che si può arginare il declino di una delle più produttive industrie del nostro Paese, Il Servizio Sanitario nazionale.

Va recuperata anche la funzione organizzativo/sociale del contratto integrativo valorizzando quegli aspetti dell'organizzazione del lavoro e dei servizi legati alle specificità territoriali. Perché la domanda sociale, economica, di sicurezza e di salute espressa da un comune capoluogo, o a maggior ragione da una metropoli, è diversa rispetto a quella di un piccolo comune collocato in area morfologicamente disagiata e richiede l'attivazione di strumenti flessibili e modellati su esigenze organizzative necessariamente diversificate. Vanno riconfermate tutte le forme di incremento dei fondi contrattuali previste a livello aziendale, come pure la possibilità delle Regioni, ove le disponibilità di bilancio lo consentano, di destinare ulteriori risorse aggiuntive alla contrattazione integrativa degli Enti ed Aziende funzionali all'incremento di produttività e di progetti di qualità dei servizi, liberando tutte le risorse derivanti da leggi speciali, regionali, dai processi di razionalizzazione amministrativa, dalla lotta agli sprechi ed agli sperperi (art. 16 D.L. 98/2011), dall'utilizzo dei fondi europei.

L'avvio di un unitario tavolo di confronto con le rappresentanze sindacali che elabori, realizzi e verifichi intese programmatiche con Ministero della Salute e Regioni, ritengo sia l'unica strada per la difesa, il mantenimento e, si auspica, il potenziamento e rilancio del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Ma è una ferrata colleghi e dobbiamo attrezzarci per la salita!

“Una parte della salute sta nel voler essere curati” diceva Seneca, nel I secolo. Speriamo che gli italiani non debbano andare all'estero per farlo.