



## **ESTRATTO RELAZIONE SEGRETARIO NAZIONALE MAZZONI XXIX CONGRESSO SIMET CESENATICO 2021**

### **Vecchie e nuove alleanze-Il ruolo futuro del nostro Sindacato**

#### **La ricostruzione**

L'Italia è ora prima su tutti i podi: nello sport, nella capacità di affrontare e fronteggiare il covid, nella crescita del Pil, nell'organizzazione dei grandi eventi come il G20, riconosciuto dal mondo. Persino nei controlli, visto che nel controllo dei green pass l'Italia è stata riconosciuta dal ministro della Salute tedesco Jens Spahn come molto più efficiente della Germania. Ora è per noi il tempo della ricostruzione e si vede qualche luce in fondo al tunnel. Ma le ombre ancora ci sono e solo con un grande sforzo collettivo potremo dissiparle.

**Comincio dalle luci. In primis il maggiore investimento sul Fondo Sanitario Nazionale. La nuova manovra economica prevede che il Fondo Sanitario Nazionale sia incrementato di 2 miliardi l'anno fino al 2024.** Non possiamo che approvare questo intervento che avvalorava l'importanza che il sistema salute debba avere in un paese moderno e civile. Così come ci auguriamo che questa sostanziale inversione di tendenza prosegua portando l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL al livello dei paesi europei.

#### **PNRR inutile senza il personale**

**Adesso però diventa importante per una organizzazione sindacale vigilare che questo aumento del fondo venga utilizzato per la risorsa più importante del SSN: il personale.** Non sarà sufficiente l'implementazione delle dotazioni strutturali previste dal PNRR (20 miliardi). Ci sarà sempre più bisogno di personale preparato ed addestrato per evitare che si costruiscano cattedrali nel deserto. **Il vero problema rimane il personale che manca, nel pubblico e tra i medici di medicina generale.**

Gli ospedali e i servizi territoriali del Ssn necessitano di buona occupazione, vale a dire di personale a tempo indeterminato, per garantire il diritto alla salute dei cittadini. Eppure, da troppo tempo osserviamo medici e professionisti assunti con contratti precari, pensionati richiamati come "riservisti", altri presi in affitto da nuove cooperative, neo-laureati proiettati in prima linea con palesi violazioni normative. Mentre continua la fuga dai pronto soccorso, dai concorsi banditi e dai contratti di formazione specialistica dedicati. Un caos frutto dell'organizzazione creativa delle Regioni nel tentativo affannoso di nascondere il fallimento politico, condiviso con i passati Governi, nella programmazione del fabbisogno di specialisti, che ora si proietta sulla tutela della salute dei loro cittadini.

Per fortuna è arrivata la notizia della stabilizzazione dei precari assunti per il Covid, circa 50.000, come abbiamo chiesto con forza a Draghi e al Ministro Speranza. Ma tuttora siamo nella parte alta della curva "pensionistica" dei medici e dirigenti sanitari del Ssn e, verosimilmente, neanche la stabilizzazione di tutto il personale assunto durante l'emergenza epidemica basterà a sanare le carenze, tanto più che si tratta di lavoro non aggiuntivo.

**La carenza di medici è ancora un'emergenza vera: su questo la politica è in colpevole ritardo e le istituzioni non possono andare in ordine sparso. Le risorse aggiuntive previste per il Fondo Sanitario Nazionale devono essere utilizzate però non solo per i medici ospedalieri, che in questi anni sono stati molto penalizzati in termini di sicurezza sul lavoro e di retribuzioni, con continui abbondoni dalla professione, ma anche per i medici della medicina generale che hanno gli stipendi più bassi in Europa.**

**La crisi della sanità pubblica è strutturale. A dispetto delle risorse economiche disponibili. Occorre urgentemente trovare soluzione alla criticità maggiore, rappresentata dalla carenza del capitale umano, certo non meno importante di quello economico.**

### **La legge di Bilancio**

Analizziamo quindi la legge di Bilancio. Rispetto agli scorsi anni i contenuti e le finalità della manovra sono piuttosto diversi dal passato. Si tratta di 185 articoli che andranno all'esame dei due rami del Parlamento e delle Commissioni. Da innumerevoli anni il testo del Ddl governativo veniva ridotto a un solo articolo con centinaia di commi perché il Governo, in prossimità della fine dell'anno, era costretto a porre il voto di fiducia. Chissà se gli scenari attuali e la strana e inconsueta maggioranza che sostiene questo Governo renderanno possibile superare la assurda tradizione del passato di avere una legge fatta di un solo articolo con infiniti commi, anche difficili da leggere essendo privi di rubrica e sistematicità (l'ultima volta sono stati 1.150 ma nel 2017 si arrivò addirittura a 1.181 commi).

Ferma restando la possibilità di modifiche o integrazioni durante l'iter di approvazione, proviamo ad esaminare gli specifici interventi sulla Sanità. **La prima norma è appunto l'“Incremento Fondo sanitario nazionale” ma molte perplessità derivano dalla onnicomprensività dell'importo di 124 miliardi, cioè se sono ivi ricompresi gli oneri per i rinnovi contrattuali.**

**Ogni anno si ripropone tale dilemma e se davvero con 124 miliardi si dovrà finanziare tutto allora la previsione già da ora appare del tutto insufficiente.**

Poi c'è la questione della stabilizzazione dei precari assunti per l'emergenza Covid-19. **Una possibile criticità dell'operazione riguarderà probabilmente tutti i contratti di lavoro instaurati al di fuori di un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato che è l'unica tipologia che può rientrare nel concetto di lavoro flessibile.** Nella prima stesura dell'articolato della legge di Bilancio per il 2022 una norma specifica è dedicata alle "Misure in materia di applicazione dei rinnovi contrattuali" (art. 153). Speriamo che non si verifichi di nuovo l'equivoco della scorsa tornata contrattuale: per i dipendenti pubblici dei comparti B e D, cioè servizio sanitario e autonomie locali – circa un milione di addetti – gli oneri contrattuali sono posti a carico dei rispettivi bilanci ai sensi dell'articolo 48, comma 2, del decreto 165/2001. La quantificazione è operata dai rispettivi Comitati di Settore sulla base delle medesime modalità di calcolo attuate per le amministrazioni centrali.

È singolare rilevare che si comincia a parlare del rinnovo per il triennio 2022-2024 quando la situazione del triennio precedente è tutt'altro che chiusa. Infatti, se le trattative per il comparto sono in stallo – e con l'Atto di Indirizzo del Comitato di Settore del 7 luglio da riscrivere completamente - di quelle per le aree dirigenziali non si hanno addirittura notizie. **Per fortuna sembra in qualche modo sbloccata la questione del congelamento al valore 2016 degli incrementi dei fondi per il trattamento accessorio.** L'art. 151 rende concreto l'intervento previsto dall'art. 3 della legge 113/2021 e, quindi, **le risorse destinate ai trattamenti accessori del personale possono essere incrementate, rispetto a quelle destinate a tali finalità nel 2021, con modalità e criteri stabiliti dalla contrattazione collettiva nazionale.**

Tuttavia, se dovesse risultare che questo miliardo circa necessario è ricompreso nei 124 miliardi, allora non ci siamo proprio, senza contare i 600 milioni di euro stimati come costo per le stabilizzazioni.

### **La medicina generale**

**Auspichiamo che, già da questa Legge di Bilancio, si prevedano misure per la defiscalizzazione di attività svolte dai medici di medicina generale, considerando che i costi per la gestione degli studi medici sono aumentati esponenzialmente negli ultimi due anni a seguito della pandemia.** Il nostro impegno nel corso dell'iter della Legge di Bilancio sarà costante e finalizzato a far destinare risorse e politiche adeguate alla nuove necessità dei professionisti medici.

L'aumento del numero dei contratti di formazione specialistica, circa 30.000 negli ultimi due anni, ulteriore importante obiettivo raggiunto dal Ministro Speranza, produrrà risultati solo nel 2025 -2026. Una possibile via di uscita dallo stallo è quella di assumere i medici specializzandi, nel tratto finale del loro percorso specialistico. Si tratta di andare a un accordo, con l'Università, che non può continuare a sentirsi altro rispetto all'interesse nazionale, per un patto, anche transitorio, che salvi dal precipizio la più grande infrastruttura del Paese, cui la Costituzione affida la tutela di un diritto fondamentale.

**Alla contrattazione poi, tocca migliorare livelli retributivi ormai incompatibili con le condizioni di un lavoro oltremodo gravoso e rischioso, rendendolo di nuovo appetibile e dimostrando che soffrire sul lavoro non è un destino e che è possibile, soprattutto per le donne, ormai maggioranza, recuperare tempo per la vita.**

**Infine, ma più importante di tutti, la questione del passaggio alla dipendenza sei medici di medicina generale.** A mio parere questo è al momento un falso problema. Se i medici convenzionati devono diventare dipendenti vuol dire che cambiano uno stato giuridico. Certe rivoluzioni non possono essere compiute su un'onda emotiva. Occorre intanto non mischiare il rinnovo con il cambiamento. Chiudere prima la convenzione, poi esaminare le proposte di riforma. Secondo me si andrà verso un sistema misto, ma non è ancora tempo.

**Dipendente o convenzionato, il medico di famiglia è comunque sotto tiro: da una parte la professione non è ambita, dall'altra è nel mirino della politica a seguito della pandemia. La Fromceo sottolinea inoltre come applicando malattia, tutele antinfortunistiche e della gravidanza tipiche della dipendenza, servirebbe almeno il 30 % di personale medico in più che non si può creare dal nulla.** Né è scontato che lo status giuridico di pubblico impiegato garantisca la governance di un sistema diffuso, molto diverso da quello organizzato in una struttura. **Quanto alle critiche all'operato della professione, ricordo che gli orari di apertura citati nell'accordo nazionale (obbligo da 5 ore settimanali ogni 500 pazienti in su) non riflettono la reale tempistica del quotidiano lavorativo del medico, fatto non solo di visite ambulatoriali dove lo studio è aperto al pubblico (di solito di più di quanto prescritto in accordo nazionale) ma anche di visite domiciliari, di atti burocratici e numerosissimi contatti con pazienti attraverso nuovi mezzi di comunicazione.**

I Docenti in medicina di famiglia dei paesi Europei riuniti in Euract lanciano un monito contro "semplificazioni spericolate" dei legislatori che potrebbero solo mortificare la medicina di famiglia negli stati membri con gravi conseguenze sull'assistenza.

**Le cure primarie sono pietra miliare di ogni sistema di salute moderno. La qualità e l'efficienza ne sono un prerequisito per l'efficienza dell'intero sistema di cure. I medici di famiglia vi giocano un ruolo chiave, non possiamo che continuare a ribadire.** Le Regioni hanno balbettato per mesi sulla questione, ma ancora una volta occorre incrementare il personale, per non svuotare il sistema.

## Sanità privata o pubblica?

**Sempre restando in tema di finanziamento alla sanità, un altro nodo che andrebbe affrontato urgentemente è il governo dei fondi integrativi, che sta mettendo a rischio l'universalismo del sistema, perché di fatto sta diventando il secondo pilastro di finanziamento che ha costi altissimi per il bilancio pubblico. Occorre rafforzare la sanità pubblica e non indebolirla come è avvenuto negli ultimi anni, cosa che spiega l'interesse verso la sanità di investitori, industriali o assicurazioni.** Che mirano, tutti, ad entrare nei varchi lasciati aperti dal non governo del sistema: soprattutto nell'esternalizzazione dei servizi.

C'è un problema ulteriore: **assistiamo ogni giorno all'assalto di altre professioni sanitarie al nostro sistema. La soluzione per una buona sanità non è certo quella di impoverire le nostre funzioni, peraltro con professionisti che hanno poca capacità di capire l'intero sistema.**

## Il SIMET e la politica

Ogni Ministro della Salute in questi ultimi anni ha affrontato il tema dell'integrazione Sanità-Territorio. Ognuno aveva la ricetta per un effettivo rilancio e riorganizzazione dell'assistenza. Ognuno ha proposto la sua ricetta. Ora, senza nulla togliere a Speranza che perlomeno lavora indefessamente, qual è il risultato del riordino? Il "nuovo" DM 70 (standards ospedalieri) è un documento complesso che mantiene tutto l'impianto del DM attualmente vigente. Le principali "novità" possano essere così sintetizzate: adeguamento della rete ospedaliera a quella esigenza di elasticità che la pandemia ha evidenziato con chiarezza; potenziamento di alcune attività che la pandemia ha evidenziato come carenti; maggiore chiarezza sulla declinazione delle reti cliniche; tentativo di sciogliere i nodi storici dei piccoli ospedali e dei punti nascita substandard. Di fatto il nuovo DM ricalca il vigente, a parte un potenziamento delle aree che la pandemia ha illuminato come critiche (terapia intensiva e area semintensiva in primo luogo)

Da anni inviamo progetti e memorie. Siamo noi i protagonisti del cambiamento e lo si è visto durante la pandemia. Però il territorio, i distretti, la prevenzione, sono ancora largamente al di sotto delle aspettative. **I Dipartimenti di Prevenzione nell'era post Covid dovranno invece avere un ruolo fondamentale per la sorveglianza epidemiologica, essere le sentinelle che permettono al Servizio sanitario nazionale di trovarsi preparato di fronte ad altre possibili epidemie.** I Dipartimenti devono continuare a gestire la prevenzione attiva, sia per malattie cronico degenerative, attraverso gli screening, che per le malattie infettive, attraverso le vaccinazioni, il cui ruolo importantissimo lo abbiamo chiaramente visto in questa pandemia. Per fare tutto questo, è necessario potenziare le risorse umane, e altrettanto importante è rafforzamento delle direzioni sanitarie e dei distretti, che sono il cuore dell'organizzazione dei servizi territoriali. E ancora una volta, parliamo di risorse economiche e umane. Che ancora sono insufficienti.

**Per concludere** in questi ultimi due anni la pandemia ha realizzato molti cambiamenti del lavoro per i medici. Il PNRR e la missione 6 riferita alla salute, prevedono, tra l'altro le Case della Comunità. Questo modello organizzativo, che coinvolge l'assistenza primaria, ha molte criticità a mio avviso.

**Nel PNRR non riusciamo a vedere, ancora, provvedimenti innovativi che diano nuove risposte alla categoria medica.** Ci riferiamo alla necessità di una retribuzione migliore per i medici dell'assistenza primaria, per rendere la professione più attrattiva e bloccare l'esodo all'estero, alla necessità di delineare nuove tutele sul lavoro (alla luce delle centinaia di morti dovute al contagio da covid).

Nel frattempo ci troviamo ancora in presenza della discussione per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale -ACN- per la medicina generale presso la SISAC. Ci troviamo però a discutere un testo anacronistico, perché fermo ad un'impostazione pre-pandemia che non contempla il PNRR.

**Appare evidente, dinanzi a questo quadro, che occorre trovare una sinergia tra i vari soggetti istituzionali che agiscono sul PNRR.** Ci siamo rivolti ai presidenti delle commissioni parlamentari di sanità affinché si costituisca, attraverso un ciclo di audizioni, un percorso di ascolto di tutti i sindacati dei medici davanti alle nuove potenzialità che il PNRR mette in campo. Le istituzioni non possono rischiare di andare in ordine sparso. **Occorre la massima unità per affrontare e vincere le sfide del diritto alla salute nel nostro Paese.**

### **Vecchie a Nuove Alleanze**

Grazie alla Confederazione CODIRP e alla federazione FASSID da noi fondata il lavoro dei dirigenti medici pubblici è abbastanza tutelato e monitorato; ricordo l'apporto essenziale di FASSID per la sottoscrizione del CCNL, le linee guida stilate da noi per recuperi salariali e di tempo lavorativo; il dialogo continuo tramite audizioni di CODIRP con le Commissioni permanenti di Camera e Senato, e con il Ministro Speranza e con Naddeo dell'ARAN, la visibilità mediatica di tutte le nostre azioni. Il nuovo polo della medicina generale, la formazione SMI- SIMET -FP CGIL va invece reso più funzionale nelle sue espressioni territoriali.

### **Il nostro futuro, largo ai giovani**

Si osserva in tutti i Sindacati una mancanza di vocazione dei più giovani e un progressivo innalzamento dell'età dei dirigenti. Questo può essere spiegato in parte con la decadenza anche culturale del sistema delle relazioni industriali. E con la progressiva disaffezione per la vecchia politica, che tutti i giorni stiamo rimpiangendo.

Tuttavia il SIMET è in controtendenza, soprattutto in alcune Regioni. Il nostro Sindacato si è sviluppato con i giovani, cui guardo con fiducia. Tanto che ho creato un gruppo che sarà capace di portare avanti il sindacato con ambizione, forza e intelligenza.

Questa è la mia ultima relazione. Il prossimo anno il Congresso è elettivo e ci dovrà essere il ricambio generazionale, che io stesso proporrò.

Ma intanto noi, con il nostro mandato di rappresentanza, abbiamo dei doveri prima di difendere i nostri diritti, e quelli dei nostri iscritti. E forse prima di accusare i nostri consueti antagonisti, il Governo fanfarone e le regioni arraffone, dovremmo riflettere sul fatto che negli ultimi dieci anni non ci siamo mossi abbastanza. Non abbiamo intercettato le insoddisfazioni, non abbiamo contrastato abbastanza precariato, medicina difensiva, carenza del personale, strutture fatiscenti, mancato rispetto delle ore di riposo, blocco del turnover, sovraffollamento dei Pronto soccorso. Ma io credo che non sia mai troppo tardi.

Mauro Mazzoni Segretario Nazionale

Cesenatico, 20 novembre 2021