

Assemblea Fp-Cgil Medici e Dirigenti SSN

Compagne e compagni, sono contento di essere oggi qui con voi così numerosi.

Vorrei ringraziare la funzione pubblica Cgil che ha sostenuto fortemente questa assemblea per avviare un percorso rinnovato di condivisione e partecipazione della Dirigenza medica e sanitaria.

Ringrazio naturalmente l'organizzazione che ha reso concretamente possibile la realizzazione di questo evento; ringrazio Serena Sorrentino, segretaria generale della funzione pubblica cgil, che nel suo programma sta pazientemente tessendo le fila di una nuova unità; ringrazio Cecilia Taranto che da anni coordina con grande equilibrio le diverse anime della Sanità.....e Ringrazio Susanna Camusso per la sua partecipazione, oggi a questa assemblea, ma soprattutto per il suo costante impegno in difesa del diritto alla salute in un percorso di valorizzazione di tutti gli operatori protagonisti del sistema sanitario nazionale.

Ringrazio gli amici, colleghi e compagni dell'esecutivo, che ieri sera hanno deciso di affidare a me la guida della segreteria nazionale della funzione pubblica cgil medici e dirigenti sanitari.

Per quanto naturalmente il compito sia impegnativo e per certi versi gravoso, è un onore potervi rappresentare, sperando di essere all'altezza delle problematiche che insieme dovremo affrontare.

Ringrazio voi compagni e compagne per la passione e l'impegno professionale e sindacale che ogni giorno portate nei luoghi di lavoro.

Vorrei ora, ringraziare insieme a tutti voi, Massimo Cozza che in questi vent'anni ha guidato la nostra segreteria con dedizione, competenza e grande professionalità.

In anni di destrutturazione economica e organizzativa del Sistema Sanitario Nazionale, e di crisi del mondo sindacale, Massimo è riuscito a tenere unita la nostra rappresentanza costruendo alleanze e coniugando l'autonomia con la confederalità, dando valore e prestigio alla Dirigenza medica e sanitaria all'interno della Cgil.

Di più vorrei dire che in questo anno in cui mi ha guidato e formato con attenzione ed equilibrio, a volte anche con grande pazienza, ho scoperto la sua onestà e lealtà sindacale con cui si è sempre battuto per la nostra categoria.

Non so sinceramente Compagne e compagni, se sarò capace di sostituirlo con altrettanto equilibrio, vi chiedo soltanto la stessa pazienza che lui ha avuto con me.

Io, compagne e compagni, sono 12 anni che svolgo attività sindacale: nel 2005 l'amico e collega Luca Fagioli, mi fece leggere un articolo in cui si parlava di stabilizzazione dei precari, allora ero precario, fu Luca a spingermi verso il sindacato. Non mi posi domande, fu per una naturale propensione culturale ed un profondo senso di appartenenza, non me ne vogliono gli amici dell'intersindacale oggi presenti e che ringrazio, che varcai le porte della CGIL.

Non so raccontarvi la sensazione di accoglienza, che molti di voi hanno sicuramente provato, ma in cgil mi sentivo a casa, realizzai subito che era il mio ambiente, le frustrazioni del lavoro ed il particolare della condizione di precario trovavano ascolto.

Si trattava soprattutto di una sensazione di sintonia in un sottofondo di comune appartenenza: con Gabriele Salvatori a Viterbo che è stato il mio primo vero punto di riferimento sindacale, con Stefano Mele nel Lazio con il quale ho condiviso estenuanti battaglie per la stabilizzazione dei precari e che solo oggi dopo 12 anni vediamo realizzarsi.

Con Vanda Scarpelli in Umbria a cui devo la mia formazione sindacale e con Fabrizio Fratini con cui abbiamo avviato percorsi di condivisione tra comparto e Dirigenza nelle rappresentanze della funzione pubblica.

Ho imparato tanto da tutti voi nella multiformità delle professioni che oggi vogliamo rappresentare per rilanciare il valore della multidisciplinarietà che trova fisiologica collocazione nella natura confederale della cgil.

Partecipazione e condivisione i valori comuni che hanno portato tutti noi a svolgere attività sindacale in ambito professionale e che oggi più di ieri dobbiamo rilanciare per dare forza e nuove energie alla nostra rappresentanza.

Io ho assimilato l'importanza dell'impegno culturale e politico nei 32 anni di formazione che ho svolto nell'analisi collettiva di Massimo Fagioli a cui oggi devo tutta la mia formazione professionale ed umana.

Ci aspettano sfide difficili e importanti perché lo sappiamo la nostra sanità, "la più bella del modo" è in declino.

Vorrei però procedere per gradi perché sono convinto che per comprendere bene le problematiche che dovremo affrontare sia necessario, prima di tutto partire dalla storia che ha condizionato l'evoluzione del nostro sistema sanitario nazionale.

Voglio partire dalla storia della sanità in Italia proprio perché penso fermamente che per svolgere un discorso sul presente e sul futuro non si possa prescindere dal passato.

Le idee innovative nascono sempre dalla valorizzazione e dal superamento della storia.

Dimenticare la storia crea presupposti di un percorso circolare che ripete incessantemente gli errori del passato.

Questo infatti quello che sta accadendo da 40 anni con la prima, la seconda, la terza, e magari la quarta riforma sanitaria la cui costante è la progressiva mortificazione del diritto alla salute.

In realtà la riforma del 1978 e l'istituzione del sistema sanitario nazionale rappresenta un punto di rottura completo con il passato, perché introduce un'evoluzione nel pensiero e nella cultura come fondamento dell'assistenza sanitaria che, da quel momento in poi, si sarebbe concretizzata nel perseguimento di obiettivi di equità sociale.

I principi erano: solidarietà, (uguaglianza tra tutti i cittadini, i più abbienti debbono pagare per i meno fortunati).

Unitarietà, (un servizio unico per tutti, dovunque si trovino ed indipendentemente da cosa facciano).

Universalità (stesse prestazioni per tutti gli abitanti del paese).

Il fulcro delle competenze preventive, diagnostiche terapeutiche e riabilitative erano le unità sanitarie locali, ma al centro del sistema venivano posti i comuni che avevano il controllo sulle usl per la realizzazione di programmi di promozione della salute di quello specifico territorio, attraverso la compartecipazione e la responsabilizzazione di cittadini ed operatori.

Ancora oggi, nonostante la realizzazione di un sistema sanitario che fa, anzi faceva, invidia a tutto il mondo, i principi di quella riforma rimangono in gran parte disattesi.

Per comprendere dobbiamo osservare che le due riforme che seguirono a quella del 1978 (la 502 del 92 e la 229 del 99) non avevano in realtà l'obiettivo di rendere completo il cammino della 833, venivano realizzate piuttosto per puri motivi economici dettati dalla necessità di risanare il buco del bilancio che risaliva ai tempi delle mutue (e questo purtroppo è il filo conduttore su cui sono avvenute tutte le riforme successive anche in ambito regionale fino ai nostri giorni).

“Si è trattato” cito il Prof. Briziarelli dell'università di Perugia “di manovre basate più su interventi di ingegneria istituzionale e gestionale che di correzioni delle modalità complessive del governo dell'assistenza”.

Con l'aziendalizzazione e con il principio della concorrenza, in particolare, si introducono meccanismi di mercato che non solo creano un'improbabile competizione tra pubblico e privato, ma anche tra aziende pubbliche e tra le stesse regioni.

Imbrigliata nei problemi della spesa e del risparmio, la mercificazione della salute, produce effetti devastanti che vanno nella direzione opposta a quella che doveva essere la promozione della salute dei cittadini nei loro territori.

Si produce al contrario, una medicina di attesa, in cui i tagli alla spesa ed al personale, costringono gli operatori ad intervenire sempre di più solo nelle fasi di acuzie della patologia. E gli stessi operatori si ritrovano sommersi dai bisogni dei pazienti a cui non si hanno più gli strumenti e le risorse per rispondere.

Per questo assistiamo ad un irrigidimento difensivo dei servizi che genera disconnessione tra le strutture e tra Ospedale e territorio, troppo spesso a scapito di quest'ultimo.

A questo va aggiunta la concorrenza delle università che invece di essere elemento propulsivo alla ricerca scientifica, integrate con il SSN, si pongono come competitori dei servizi territoriali generando "Ospedalocentrismo".

Si crea una frammentazione del sistema sanitario nazionale in cui abbiamo 20 o 21 sistemi sanitari molto diversi tra loro, all'interno dei quali abbiamo aziende sanitarie che ormai ragionano come monadi autoreferenziali rispetto alla propria governance.

Dal 2011 la situazione poi è precipitata, il progressivo ed inarrestabile definanziamento del fondo sanitario nazionale, considerate che nel 2020 saremo al 6,3% del prodotto interno lordo, sta creando un corto circuito economico da cui è difficile uscire, aggravando la competizione tra i 20 sistemi regionali sanitari a scapito sempre delle regioni meno produttive.

E' opinione largamente condivisa che la crisi della sanità del terzo millennio sia dovuta a tre principali fattori.

- l'aumento ed il mutamento dei bisogni assistenziali, in particolare legati all'invecchiamento ed alla fragilità;
- lo sviluppo delle scienze e tecnologiche biomediche con costi sempre più elevati dei farmaci e delle tecniche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- la riduzione, in termini assoluti e relativi, delle risorse finanziarie pubbliche disponibili a seguito della crisi economica degli ultimi decenni.

E' evidente che, al cospetto di queste criticità, come sindacato non possiamo semplicemente rivendicare l'idea demagogica della difesa del diritto alla salute ad ogni costo, perché per essere realmente propositivi è necessario considerare con serietà e competenza il problema della sostenibilità e della governance del sistema sanitario.

Ma prima di tutto, dobbiamo contrastare quel processo inarrestabile dell'economicismo fine a se stesso, in cui il fine del risparmio è il risparmio, "l'economia deve servire alle persone per farle stare meglio" scrive Elio Borghonovi presidente cergas e ordinario di economia aziendale-università Bocconi, "purtroppo" scrive "questo sembra essere diventato quasi un paradosso negli ultimi decenni della globalizzazione nei quali prevalgono politiche che hanno le dichiarate finalità di salvare l'economia anche quando ciò vuol dire fare stare peggio centinaia di milioni di persone che per esempio, non trovano occupazione o vedono ridotti i livelli di tutela della salute".

Tutti gli economisti sono unanimi nel ritenere che senza investimenti non ci può essere sviluppo e sostenibilità del sistema, governare la spesa non equivale sempre a tagliare la spesa.

E invece il fondo sanitario nazionale è sempre più depauperato, oggi siamo a 113 miliardi, a fronte della spesa privata che invece è in forte crescita circa 30,6 miliardi, la spesa di tasca propria dei cittadini è salita del 10% negli ultimi anni.

"fare di più, con meno risorse, più velocemente, in modo appropriato, in concorrenza con il privato, con operatori che hanno stipendi bloccati dal 2010. una missione impossibile senza una Politica responsabile (quella con la P maiuscola), senza capacità manageriali, ma soprattutto senza il coinvolgimento dei professionisti, queste le vere sfide" scrive Federico Lega professore associato di economia aziendale all'università Bocconi.

Al contrario anche negli ultimi anni le Autorità di governo regionale e nazionale continuano a dare risposte alla crisi essenzialmente di tipo tecnico gestionale, con l'unico obiettivo di contenere e controllare la spesa pubblica: in particolare i piani di riordino ospedaliero, la definizione degli standard ospedalieri del DM 70/2015, i decreti governativi del 2016 sull'appropriatezza prescrittiva e nuovi LEA, hanno determinato un progressivo razionamento delle prestazioni erogate.

Nella stessa direzione si è mossa la riduzione del costo del personale sanitario con blocco del turn-over che ha causato la perdita di circa 50 mila operatori sanitari dal 2009 al 2016.

Tutto ciò ha innescato un diffuso precariato di lavoro medico e infermieristico con disagi professionali e assistenziali difficilmente quantificabili.

Vorrei dire che la positività di tali provvedimenti finisce al raggiungimento dell'obiettivo finanziario di contenimento di spesa pubblica per la salute a scapito della qualità dei servizi e delle condizioni di lavoro degli operatori.

Ma, ancor più delle riduzione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate, il risultato negativo di tali politiche “efficientistiche” è stata, e questo è il punto centrale del problema, la progressiva emarginazione dei due attori protagonisti della medicina, ovvero della relazione di cura medico-paziente.

Il paziente è ormai una comparsa senza diritti e spesso può solo sperare di conoscere qualcuno per ricevere la prestazione appropriata, mentre il medico, il Dirigente sanitario e ogni operatore, deve lavorare in un contesto strutturale e organizzativo deficitario e sottostare a mille procedure e norme burocratiche, senza una vera autonomia, ma con tutta la responsabilità del caso.

Pertanto possiamo affermare che le politiche sanitarie finora attuate hanno aggravato ancora di più quello che è, il principale elemento caratterizzante la crisi del welfare:

il progressivo calo della partecipazione democratica delle persone, degli operatori e della popolazione alle scelte che riguardano il proprio lavoro e la propria salute.

Cito, a tal proposito, la professoressa Modolo dell'università di Perugia che ha partecipato alla stesura della prima riforma sanitaria anche attraverso l'istituzione del primo distretto sanitario “E' necessario fare uno sforzo culturale” dice “per uscire dall'impostazione centrata sull'Ospedale e sull'Azienda, avvicinare i servizi ai luoghi dove la gente vive, per ridare vita ai quartieri nelle città, ed evitare l'isolamento. Sostenere la formazione della stessa popolazione e la partecipazione costruttiva alla vita della collettività, nel rinascimento democratico, un impegno cui la popolazione del duemila non può sottrarsi per la promozione della salute”.

Ma noi compagne e compagni in questi anni ci siamo fatti emarginare, ci siamo demotivati, con la legge Brunetta e la perdita del coinvolgimento nei processi di organizzazione dei nostri servizi e del nostro lavoro, siamo rimasti attoniti ed inerti, non abbiamo reagito come avremmo dovuto nei luoghi di lavoro, non ci siamo scandalizzati al cospetto della continua,

lenta e inarrestabile mortificazione del nostro ruolo professionale.

Oggi abbiamo un compito difficile, ma fondamentale, stimolare la partecipazione dopo anni di blocco contrattuale e di politiche di accentramento decisionale.

Oggi noi fp-cgil medici e Dirigenti sanitari, siamo qui per rivendicare il diritto al coinvolgimento nei processi organizzativi, per rivendicare la legittimazione e l'autonomia della nostra professione, per stimolare la condivisione e la partecipazione per il raggiungimento di una rinnovata unità degli operatori sanitari. Siamo qui per rivendicare il diritto alla contrattazione.

La professionalità e la competenza clinico-gestionale dei Dirigenti medici e sanitari, sono una risorsa che, dopo anni di mortificazione, deve essere valorizzata per il rilancio del sistema sanitario pubblico. E' necessario, oggi, avviare un percorso di partecipazione democratica di chi con sacrificio e dedizione lavoro quotidianamente nei servizi.

Un grande passo in avanti è stato fatto con l'accordo del 30 novembre siglato da CGIL, CISL E UIL per l'avvio della contrattazione nel pubblico impiego dopo anni di blocco, sono state poste le basi di una nuova grande stagione partecipativa, nella misura in cui, nell'accordo viene invertito il rapporto tra la legge, la legge brunetta, ed il contratto che al contrario valorizza la compartecipazione sindacale nell'organizzazione del lavoro.

Inoltre, l'accordo del 30 novembre, sancisce definitivamente il superamento del precariato anche in sanità attraverso processi di stabilizzazione del comparto e della dirigenza; è dei giorni scorsi l'applicazione di questo accordo, con la circolare n 3 del 23 novembre 2017.

Questo accordo, nonostante sia stato siglato durante la campagna referendaria, e successivamente minato nel testo unico del pubblico impiego dalla legge Madia, rappresenta per noi uno strumento fondamentale per rilanciare, nel rinnovo contrattuale, il valore delle nostre competenze.

Ma ora il governo fa melina, l'atto d'indirizzo per la dirigenza medica e sanitaria si è smarrito nelle stanze dei ministeri, il rinnovo contrattuale non è stato ancora finanziato, così come il fondo sanitario nazionale rimane al di sotto della media europea e all'ultimo posto dei paesi del G 7, l'aumento nominale previsto di 1 miliardo, è in realtà inferiore ai 400 milioni, del tutto inadeguato a garantire i nuovo LEA, l'innovazione organizzativa, il ricambio generazionale, lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane, a fronte del continuo saccheggio delle risorse accessorie che da

anni si perpetua nelle nostre tasche.

In questi mesi stiamo assistendo ad un teatrino indecente:

Prima Regioni e Governo litigano per definire chi dovrebbe finanziare il rinnovo contrattuale.

Poi tentano di scatenare una guerra tra i lavoratori, proponendo la solita e nauseante tesi della coperta corta, per cui il rinnovo contrattuale di un comparto leverebbe soldi all'altro, quando sono 10 anni che fanno cassa con i nostri soldi.

Infine, e questa è la cosa inaccettabile, scatenano la cittadinanza contro i lavoratori, sostenendo che il rinnovo contrattuale leverebbe soldi al finanziamento dei servizi e dei nuovi Lea.

E' quello che sta accadendo anche sulle pensioni, per cui ci vogliono far credere che la CGIL difende gli anziani e non i giovani, creano un conflitto generazionale, quando al contrario è proprio l'allungamento dell'età pensionabile che sbarra le porte ai giovani.

ORA BASTA DOBBIAMO REAGIRE A QUESTA MISTIFICAZIONE DELLA REALTA', come sta reagendo la nostra cgil che oggi rappresenta l'unico vero grande movimento di Sinistra in Italia.

In questa situazione, compagne e compagni, dipende anche da noi pretendere l'attuazione piena dell'accordo del 30 novembre che in tutti i modi cercano di smontare e di svuotare nella sostanza.

Per questo l'intersindacale della Dirigenza medica e sanitaria ha proclamato in questi giorni lo stato di agitazione..... e nell'esecutivo congiunto che si è tenuto oggi accanto a Montecitorio ha avviato le procedure per lo sciopero nazionale.

Con l'accordo del 30 novembre abbiamo quindi l'occasione unica di pretendere, in questa e nella prossima stagione contrattuale, adeguato riconoscimento economico e professionale del nostro lavoro in difesa del diritto alla salute della cittadinanza:

“il nostro lavoro per una sanità di tutti”

Recita il titolo della nostra assemblea.

RAFFORZARE LE ALLEANZE, PERSEGUIRE L'UNITA' DEI LAVORATORI, RICERCARE QUEL PATTO CON LA CITTADINANZA ED I COMUNI VERO FULCRO DELLA RIFORMA SANITARIA.

Oggi daremo la parola ai lavoratori: Medici, Dirigenti Infermieri, Psicologi, Biologi, Veterinari, daremo la parola agli studenti, ai neo laureati, agli specializzandi ai precari.

Vogliamo raccontare le criticità del lavoro e l'entusiasmo dell'impegno sindacale, dare visibilità all'interno ed all'esterno della CGIL ai problemi che affliggono la nostra categoria, valorizzare la rappresentanza della Dirigenza medica e sanitaria nella Funzione pubblica cgil, con la nostra specificità organizzativa.

Vogliamo proporre l'unità degli operatori sanitari nelle diverse articolazioni professionali.

E' necessario contrastare quella cultura della divisione che propone conflitti di categoria o di classe in ambito professionale e che tutti noi viviamo quotidianamente nei nostri servizi.

Sono convinto che per coniugare l'unità nella multidisciplinarietà, dobbiamo rimettere al centro dei nostri valori, la FORMAZIONE E LO STUDIO in cui siano le competenze a fare la differenza, nella valorizzazione della condivisione dei processi terapeutico assistenziali e organizzativi, per una sanità che investa prima di tutto sulle risorse umane.