



Rassegna Stampa

quotidianosanita.it
24.05.2024

Ccnl 2019-21 dirigenza sanitaria, un'occasione persa per rivedere l'istituto della mobilità volontaria

di **Alberto Pozzi**
*Presidente Regionale del Sindacato Medici Italiani e
Vice Presidente Regionale Federazione Veterinari Medici e Dirigenti Sanitari
Veneto*

24 **MAG - Gentile** *Direttore,*
non è servita un'altra tornata contrattuale per risolvere l'annoso problema della mobilità volontaria dei dirigenti sanitari. Nel CCNL per la dirigenza sanitaria neo siglato non è stata recepita, infatti, la piattaforma contrattuale relativa alla questione.

La mobilità volontaria rimane normata dall'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001 come modificato dalla legge 114/2014 e dall' art. 54 comma 2 del CCNL 19.12.2019, con l'anacronistico vincolo al nulla osta dell'amministrazione di partenza. Le regole vigenti di fatto impediscono la mobilità volontaria perché prevedono, in caso di diniego del nulla osta, che il dirigente possa comunque attivare la mobilità ma con preavviso di tre mesi o in alternativa la corresponsione all'amministrazione dell'equivalente di tre mensilità di stipendio. Ma è evidente che questi vincoli rendono di fatto virtuale la mobilità volontaria sia per il costo che deve eventualmente essere sostenuto sia perché le amministrazioni di destinazione in genere non accettano di aspettare tre mesi per coprire la vacanza di personale.

Ancora una volta si trascende dal principio del benessere organizzativo frustrando l'iniziativa individuale che inevitabilmente si ripercuote sulla qualità assistenziale, generando sia burnout e che perdita di fidelizzazione all'ambiente di lavoro.

La mobilità volontaria, che vede contraria la politica amministrativa, genera di fatto redistribuzione di professionalità, competenze, cultura e flessibilità occupazionale. È auspicabile che nel prossimo contratto si faccia di tutto, a partire da un maggior impegno sindacale, nel sostenere il cambiamento delle norme sulla mobilità volontaria, così come già previsto nella precedente piattaforma contrattuale eliminando il giogo del nulla osta ingiusto e incompatibile con una governance amministrativa virtuosa.



24.05.2024

CdC: sul mandato dei medici di famiglia serve chiarezza

"Il Ssn è sottoposto ad una forte pressione e a una contrazione delle spese per il suo funzionamento provocata dalle politiche dei tetti di spesa per la sanità adottati da tutti i governi negli ultimi anni. Siamo oggi dinnanzi a forti criticità che investono tutti i settori dell'assistenza, della medicina di prossimità, ai medici di famiglia, per arrivare ai problemi, sempre più evidenti, nell'area della dirigenza medica e di quella ospedaliera", così Liliana Lora, Vice Segretario Nazionale Sindacato Medici Italiani in audizione presso la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

"Va aggiunto che la medicina generale è investita da una riforma che ne ridefinisce l'assetto organizzativo con il progetto di costituzione delle Case di Comunità. Proprio della medicina generale e dei suoi cambiamenti, essendo medico di famiglia, in Veneto, vorrei trattare. Secondo noi, la realizzazione delle Case della Comunità, necessita di uno studio sulla realtà dei carichi di lavoro della medicina di famiglia (facilmente deducibili dai flussi informativi che mensilmente vengono inviati alle Regioni).

Trentotto ore alla settimana sono un miraggio per i medici di medicina generale. I pazienti che abbiamo in carico, soprattutto quelli più fragili, richiedono ben più di 20 ore di attività alla settimana, a meno di non contrarre la nostra disponibilità all'assistenza riducendola alle sole ore di apertura di studio previste contrattualmente.

Nelle teoriche restanti 18 ore da svolgere nelle case di comunità, quali compiti assolveremo? Nei confronti di chi verrà svolta questa assistenza aggiuntiva? Nei confronti dei pazienti per cui siamo pagati? In questo caso non vedo perché, se siamo facilmente raggiungibili nei nostri studi medici, i nostri pazienti dovrebbero cercarci in una Casa di Comunità situata a volte anche a km di distanza.

Ma se la nostra prestazione deve essere rivolta ad una popolazione di assistiti che non abbiamo in carico (e la Casa di Comunità prevede bacino di 50.000 utenti) quale sarà il mandato? Possono esserci problemi medico-legali e contrattuali? Si può chiedere un impegno orario ed essere retribuiti a quota capitaria?

Si può pensare a soluzioni diverse:

- studiare un meccanismo flessibile di equivalenza scelta/ore per cui i medici con un carico assistenziale inferiore al massimale (1.500 scelte) possono coprire un debito orario nelle case di comunità, retribuiti in parte a quota oraria e in parte a quota capitaria;



- modificare la legge 502/92 permettendo alle Asl di conferire incarichi a tempo indeterminato a medici convenzionati per ricoprire le aree che oggi sono più in sofferenza, dall'assistenza domiciliare, alla medicina scolastica ai servizi di necropsia e igiene e penitenziaria.

Nel tenere conto dell'esperienza della pandemia, va preso atto che l'evoluzione delle cure territoriali, per ottenere un'offerta sanitaria alla cittadinanza, più performante e omogenea dal Nord al Sud del paese, non può prescindere da maggiori tutele per i professionisti. La medicina generale ha bisogno d'investimenti sulle pari opportunità considerato che, per la prima volta, nel 2019, è stato certificato un sorpasso delle donne medico nella categoria.

Ai medici convenzionati, della libera professione rimane ormai solo il "rischio di impresa", che attualmente non viene compensato dai guadagni, considerato che il potere d'acquisto dei nostri stipendi è ridotto del 50% e la mancanza di tutele ci vede in crisi personale e familiare in caso di infortunio o lunga malattia. Infatti, quando si ammalano i medici di medicina generale perdono anche il loro reddito, in quanto quasi mai i pazienti, dai quali dipendiamo economicamente in virtù della scelta fiduciaria, sono disposti a traslare questo rapporto di fiducia ad un sostituto scelto da noi, con sostituti, tra l'altro, sempre più introvabili.

Se non si porrà in atto una vera inversione di rotta nelle politiche contrattuali per la medicina generale, ci saranno sempre meno medici disposti ad occuparsi di questo settore. Si incentiverà l'esodo di molti e si bloccheranno i nuovi ingressi. I tre milioni di italiani che sono senza medico di famiglia diventeranno molti di più senza. Non è solo una questione di migliori retribuzioni, anche se, va sottolineato, che i medici italiani risultano essere i peggio pagati d'Europa (dietro Spagna, Portogallo e Turchia) ma anche di maggiori tutele e diritti.

Non concordiamo con la scelta di "tamponare" la carenza dei medici di famiglia trasferendo funzioni alle farmacie, concedendo, da un lato, ai farmacisti di suggerire la prescrizione di analisi a carico del Servizio Sanitario Nazionale in assenza di una indicazione da parte di un medico, né con quella di tagliare il numero delle prescrizioni. Per ridurre delle liste di attesa il metodo non è tagliare i servizi e fare pressioni improprie sui medici.

Vi è la necessità di tarare, inoltre, il fabbisogno di medici di famiglia sulle reali esigenze della popolazione e sulla tipologia della stessa. Si tratta avviare oggi una programmazione che darà dei risultati nei prossimi anni.



Per chiudere, siamo ad osservare che ci troviamo in presenza di un forte sotto finanziamento della sanità pubblica, 6,2% del Pil previsto per i 2025 è meno di 20 anni fa (6,5%) Riteniamo urgente invertire la tendenza sui tagli alle politiche sanitarie,

"Vorrei toccare le questioni inerenti all'area medica della dirigenza sanitaria e in particolare della medicina di emergenza/urgenza essendo un medico del 118. La crisi delle professioni ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale è in corso da tempo, con la fuga di centinaia di professionisti dal servizio pubblico, con la drammatica condizione i cui versano i dipartimenti di emergenza – urgenza e con la de medicalizzazione del 118" così Fabiola Fini, Vice Segretario Nazionale Sindacato Medici Italiani.

"La medicina dell'emergenza/urgenza è in grande sofferenza anche a causa del rapporto 3,7 posti letto per mille abitanti ch'è tra i più bassi a livello europeo e non tiene conto dell'invecchiamento e dell'impoverimento della popolazione. È questa carenza di posti che genera condizioni inaccettabili per il sistema dell'emergenza urgenza e modalità di assistenza pericolosa, precaria e non decorosa per i pazienti. Servono investimenti urgenti per i servizi di emergenza urgenza (che ricordiamo non sono solo pronto Soccorso, ma l'intera rete dell'emergenza urgenza dunque anche preospedaliere).

"Toccando, invece, in generale quello che succede nel sistema ospedaliero, possiamo constatare che l'aumento delle liste d'attesa negli ospedali è legato anch'esso, significativamente, alla riduzione di personale e dei posti letto pubblici. La diminuzione dei servizi pubblici ha spinto molti pazienti verso strutture private. Le zone economicamente svantaggiate sono le più colpite da questi tagli, mentre le regioni più ricche hanno comunque investito soldi pubblici nel settore privato a scapito di quello pubblico. Tutte queste cause hanno innescato, così, il fenomeno delle grandi dimissioni, una vera e propria fuga dei medici ospedalieri dalla sanità pubblica, la stessa che anziché tutelare i propri medici e i pazienti sta permettendo che il fenomeno diventi inarrestabile. Le cifre sono da capogiro, nel 2021 si sono dimessi oltre il 39% dei medici ospedalieri in più rispetto al 2020 (lasciando la dipendenza ed andando altrove) e cioè nel 2021 sono andati via circa 3.000 medici negli ospedali italiani, tanto per avere dei numeri: la media nazionale dei medici che hanno lasciato il Ssn licenziandosi è stata del 2,9%, superata da regioni come Marche e Calabria al 3,8%, dal Molise e dalla Sicilia al 5,1%. Tra il 2010 e il 2020 in Italia sono stati chiusi 111 ospedali, 113 Pronti Soccorso e tagliati 37.000 posti letto. Dobbiamo essere ben coscienti che senza medici disposti a lavorare nel Servizio Sanitario Nazionale non c'è sanità pubblica, con tutto quel che ne deriva".



quotidianosanita.it Medici di famiglia verso un futuro incerto DI Pina Onotri
04.06.24

Segretario Generale Sindacato Medici Italiani (SMI)

04 GIU -

Gentile Direttore,

facendo seguito ad altri articoli comparsi sul suo giornale in merito al recente accordo firmato da Fimmg con Lega Coop, su cui hanno scritto sia il professor Cavicchi che la dr.ssa Mancin, mi viene da fare qualche considerazione che prende spunto dalla definizione di “mission” di un sindacato di categoria.

Ricopro un ruolo apicale in un organismo che ricordo, prima a me stessa, i Padri Costituenti scelsero di inserire in Costituzione per tutelarne la libertà e legittimarlo a difendere gli interessi dei lavoratori rappresentati, e anche di quelli che decidono di non farsi rappresentare da nessuno, all'interno dei luoghi di lavoro. Quindi i sindacati sono previsti dal dettato costituzionale.

Ogni sindacato cerca, insieme alle tutele, di offrire servizi ai propri iscritti, ma quando un sindacato di tutela diventa esclusivamente un sindacato di servizi è chiaro che si è deragliato verso tentazioni imprenditoriali che, in maniera fin troppo pervasiva, stanno condizionando la stipula dei nostri contratti di categoria nel susseguirsi dei diversi Accordi Collettivi Nazionali degli ultimi dieci anni. Tutto questo ci sta portando verso una libera professione sempre più difficile da gestire per il singolo medico, sulle cui spalle, oggi, sono caricati tutti i rischi di impresa, con ben pochi utili e vantaggi, ma molti grattacapi sia di tipo amministrativo che organizzativo.

Qual è la soluzione offerta da Fimmg ai medici del terzo millennio? Trasformarsi in imprenditori o, alla lunga, per chi non sente il business come vocazione da perseguire in parallelo all'esercizio della nobile arte di Ippocrate, di diventare dipendente di un imprenditore?

D'imprenditoria si occupa anche Enpam che si è offerta, “gentilmente”, di costruire o restaurare, con i soldi degli iscritti alla cassa, le cosiddette case della salute spoc date in comodato d'uso a gruppi di medici delle neo costituenti aggregazioni funzionali territoriali, nate nell'ultimo contratto. Si vuole per recepire una legge dello Stato, la cosiddetta Balduzzi, di ben 12 anni fa e quindi anacronistica rispetto al presente e al nostro recentissimo passato, a partire dalla pandemia.



Quando l'impresa italiana o estera che sia, sarà entrata, come già ha avuto accesso, nella gestione della sanità territoriale, per i medici di famiglia, che rappresentavano l'ultimo baluardo in difesa di un sistema pubblico equo ed universale, non ci sarà più necessità di alcun sindacato, perché il contratto cooperativistico è preminente rispetto a contratto di lavoro, e la sanità non sarà più pubblica perché gli imprenditori, assumendosi il rischio di impresa, dovranno guadagnare, anche se il guadagno scaturisce dalla gestione della salute dei cittadini italiani.

Con questo patto si è aperta una porta alla dismissione di un altro asset strategico per il nostro Paese, al pari di altri che abbiamo svenduto a poche lire; mi riferisco alla sanità, alla salute e alla tutela dei lavoratori. Ma cosa succederà per chi ha scelto di fare il medico e basta?

In difesa di chi vuole fare il medico e basta non ci siamo sottratti, noi del Sindacato Medici Italiani, a ore di discussioni, in sede di trattative, per affermare l'importanza che gli studi dei medici di medicina generale quali presidi del Servizio Sanitario Nazionale. Abbiamo cercato di parlare di tutele, di pari opportunità, di riconoscimento dell'infortunio, di possibilità di part time, di riconoscimento dello straordinario, di necessità di una formazione specialistica universitaria per la medicina generale denunciando il grave rischio che le scuole di formazione regionale, gestite da chi ha la tessera sindacale giusta in tasca, magari adesso vengano affidate alle cooperative. Ma abbiamo ricevuto tanti "NIET".

Una sanità pubblica non può prescindere dal ruolo pubblico dei medici che vi lavorano all'interno, dove per ruolo pubblico intendiamo sia un rapporto di lavoro dipendente che convenzionato che continui a prevedere un'interfaccia diretta tra l'Ente Pubblico e i suoi medici, senza necessità di intermediari. In questo senso abbiamo già visto come è andata a finire con i medici a gettoni negli ospedali.

Con il nuovo contratto appena firmato, 38 ore di lavoro nelle case di comunità e comunque l'obbligatorietà di apertura di uno studio esterno, non crediamo che molti giovani accetteranno di lavorare in un sistema che rende il lavoro del medico di medicina generale sempre più una corsa ad ostacoli. Allora saranno altri i soggetti che ricopriranno gli spazi lasciati vuoti a detrimento della salute dei cittadini. L'indipendenza, la capillarità, l'accessibilità dei MMG sono state le armi vincenti di un sistema pubblico che, producendo salute, ha realizzato benessere sociale e ricchezza e quelli della mia generazione, con orgoglio, hanno sentito l'appartenenza a questo servizio al pari di una medaglia al valore appuntata sul camice.



DIRE[®]
AGENZIA DI STAMPA NAZIONALE
05.06.24

SANITÀ. LISTE ATTESA, ONOTRI (SMI): SERVONO MISURE STRUTTURALI (DIRE) Roma, 5 giu. - "Prendiamo atto della volontà di risolvere l'annoso problema delle liste di attesa che si è venuto ad intensificare soprattutto nel periodo post-Covid e siamo contenti che finalmente la sanità ritorni al centro del dibattito politico, ancorché svolto in periodo elettorale. Per quanto riguarda le soluzioni prospettate siamo del parere che, invece, di shiftare verso il privato accreditato che in questo momento sembra essere l'unica soluzione per evadere le lunghe liste di attesa, riteniamo indispensabile un maggior investimento sul sistema pubblico, sugli uomini e sulle donne che ci lavorano". Così Pina Onotri, Segretario Generale Sindacato dello Smi. "Le cause delle liste di attesa sono d'attribuire a dieci anni di tagli. Riteniamo, per questo, che bisognerebbe affrontare in modo strutturale le cause dell'inefficienze delle aziende sanitarie, evitando di trasferire ulteriori prestazioni verso soggetti privati e impoverendo, di più, il Ssn pubblico. Basta scorrere le statistiche in chiaroscuro per medici di famiglia e pediatri in Italia. Le due categorie dell'assistenza territoriale nell'insieme continuano a perdere pezzi. Il numero di pensionati e di esodi imminenti resta alto; così come tra il 2010 e il 2020 in Italia sono stati chiusi 111 ospedali, 113 Pronto Soccorso e tagliati 37000 posti letto. Sono queste le principali cause che determinano le liste di attesa per la fruizione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero da parte dei cittadini nel nostro Paese. Occorrono prevedere investimenti ingenti per il Ssn con un diverso rapporto PIL/ spesa sanitaria per assicurare l'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati rispetto alla patologia e alle necessità di cura, assicurando a tutti i cittadini italiani la fruizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".



05.06.24

“GARANTIRE LA SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO E DI POLIZIA PENITENZIARIA NEI PENITENZIARI. SUBITO UN INCONTRO!”

Roma, 16 maggio – *“I penitenzari del nostro Paese sono investiti da vari fattori di criticità. Da una parte siamo d’innanzi al sovraffollamento di detenuti, dall’altra alla mancanza di personale, a strutture fatiscenti, fino alla difficoltà di agibilità per il personale medico, psicologi ed infermieri”* così Donato Capece, Segretario Generale del SAPPE e Pina Onotri, Segretario Generale dello SMI, che hanno scritto una lettera aperta al Ministro della Giustizia, Carlo Nordio.

“Tra le principali riforme che hanno destabilizzato il sistema e destrutturato la sicurezza nelle carceri, come spesso ha denunciato il Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria SAPPE, c’è proprio l’eliminazione della conduzione “c.d. Interna” della sanità penitenziaria, che consentiva, attraverso convenzioni stipulate tra amministrazione e medici, i quali garantivano una presenza costante e una conoscenza dell’utenza che era fondamentale per una corretta e più adeguata gestione. La Polizia Penitenziaria deve essere fornita di specificità professionali di alto spessore: servono psicologi, profiler, sociologi, medici e infermieri, che dovranno rivelarsi delle figure eccellenti e non funzionari stanchi, demotivati da anni. Tutto questo, perché le nuove emergenze determinano l’esigenza di fare velocemente, senza indugi, un salto di qualità garantendo le professionalità previste sul modello della legge 121/81 della Polizia di Stato. Spesso, infatti, ci si dimentica di chi vive quasi come un recluso, circondato da celle: ci riferiamo alle donne, agli uomini della Polizia Penitenziaria, ai funzionari giuridici, ai pedagogici, ai medici, agli infermieri e ai direttori, i quali, molte volte, sono chiamati a prendere decisioni difficili nel rapporto con persone che sono in carcere per aver apertamente violato i diritti altrui.

“In questo senso guardiamo con interesse al recente DDL ‘Disposizioni in materia di sicurezza pubblica, di tutela del personale in servizio, nonché di vittime dell’usura e di ordinamento penitenziario’ AC n. 1660, d’iniziativa del Governo che attualmente è in discussione in sede referente, presso la Commissione I – Affari Costituzionali e la Commissione II – Giustizia della Camera dei Deputati. Il DDL citato contiene delle misure per il rafforzamento della sicurezza e in particolare per la tutela dell’ordine pubblico nel contesto degli istituti di pena. Non sono, però, ancora certi i tempi della sua approvazione”.

“Per questi motivi auspichiamo un suo intervento, con misure ad hoc, per costruire condizioni di maggiore la sicurezza per il personale di polizia penitenziaria, per



quello sanitario che operano nei penitenziari del nostro Paese. In questo senso chiediamo un incontro con il suo Ministero, per meglio rappresentare le criticità qui esposte”, concludono Capece e Onotri.