

Audizione del Sindacato Medici Italiani in Commissione Affari Sociali del 10/04/2023

Onorevole Presidente,  
Gentili Onorevoli,

a nome del Sindacato dei Medici Italiani che mi onoro di rappresentare, vi ringrazio della possibilità di portare il nostro contributo alla discussione nell'ambito dell'esame del disegno di legge di conversione del DL 34/2023:

rammento che lo SMI è un sindacato intercategoriale che conta tra i propri associati sia medici di medicina generale convenzionata, sia medici ospedalieri e il personale della dirigenza sanitaria, dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Abbiamo compreso qual è stato il criterio ispiratore per quel che concerne le misure sanitarie adottate nel decreto;

auspichiamo che esse rappresentino il primo piccolo passo nella direzione di misure legislative più ampie e dedicate e soprattutto finanziate, tese a valorizzare gli operatori sanitari e a rilanciare il nostro SSN, sulla cui attuale tenuta siamo molto preoccupati a meno che non si decida per un piano massiccio di investimenti.

Vorrei porre alla vostra attenzione soprattutto i contenuti di alcuni articoli.

In particolare l'articolo 10 che reca disposizioni in materia di personale sanitario, di appalto, di reinternalizzazione dei servizi sanitari, di equità retributiva e di procedure selettive.

L'art. 10 stabilisce che le aziende e gli enti del SSN, per fronteggiare lo stato di grave carenza di organico del personale sanitario, possono affidare a terzi i servizi medici ed infermieristici solo in caso di necessità e urgenza;

in un'unica occasione e senza possibilità di proroga; e solo a seguito della verificata impossibilità di utilizzare personale già in servizio, di assumere gli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, nonché di espletare le procedure di reclutamento del personale medico e infermieristico autorizzate.

Siamo convinti che affidare a terzi i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri significa legittimare l'utilizzo di cooperative all'interno dell'ospedale. Tutto questo, per noi, è in antitesi con il potenziamento del servizio pubblico, potenziamento che ci saremmo aspettati nel post pandemia e che invece non c'è stato. Le esternalizzazioni dei servizi medici vanno abolite del tutto e non solo limitate, per evitare emorragie verso il privato.

Ci riteniamo, invece, soddisfatti della volontà del legislatore di porre fine al fenomeno dei medici a gettone, medici a gettone che rischiano, però, di rientrare nel sistema, con l'esternalizzazione dei servizi medici.

Siamo d'accordo con aumento dell'emolumento orario per i colleghi del pronto soccorso anche se tale aumento fino a 100 euro l'ora riguarda le risorse aggiuntive ( quindi parliamo di oltre la 165ma ora di lavoro ) Questo è sicuramente un tentativo, apprezzabile, di incoraggiare il personale dipendente stanco e demotivato.

Non dimentichiamo, però, i possibili rischi assicurativi e le relative coperture che sono strettamente legate ai riposi compensativi che vengono ampiamente disattesi.

Tale aumento va esteso anche ai medici dell'emergenza-urgenza extra ospedaliera in primis e a seguire anche agli altri dirigenti sanitari, nonché ai medici convenzionati a quota oraria.

E mi riferisco non solo ai medici del 118 in convenzione, ma anche ai medici dell'ex guardia medica e ai medici dei servizi, medici convenzionati che lavorano all'interno delle strutture sanitarie percependo 7 euro netti l'ora (considerando le perdite inflattive siamo a meno di 5 euro l'ora, meno della metà di quanto viene percepito da una badante o di una donna delle pulizie), ragione per cui gli incarichi, tra l'altro provvisori, vanno deserti.

Rivedere quindi i compensi, ma anche modificare la legge 502 del 92, che prevede che il personale a convenzione all'interno di strutture sanitarie pubbliche vada ad esaurimento. Chiediamo la stabilizzazione a tempo indeterminato dei medici precari della medicina dei servizi e l'assunzione di nuovo personale sanitario a convenzione all'interno delle aziende sanitarie.

Quindi più flessibilità normativa, meno lacci e laccioli legislativi per una migliore integrazione dei medici, nei servizi pubblici, e meglio retribuiti.

Ma non ci potrà essere mai una totale internalizzazione, né una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi se non rimodula in modo congruo, il tetto di spesa per l'assunzione del personale sanitario, norma che deve essere approvata con urgenza.

Quanto si spende per beni e servizi (e sotto questa menzione viene inclusa anche la somministrazione di lavoro medico e infermieristico) può essere ascritto in bilancio come costo del personale.

E quando parliamo dello stop alle esternalizzazioni dei servizi medici, che questo si estenda in toto a tutto il servizio di urgenza emergenza anche extraospedaliero, considerato che gran parte del servizio 118 è esternalizzato e dato in gestione a onlus ed associazioni su cui più volte sono state fatte inchieste giornalistiche soprattutto perché impiegano personale che non dispone dei requisiti previsti dalle norme vigenti.

Secondo noi tutto il servizio del 118 sul territorio nazionale deve essere gestito dal SSN con uniformità di formazione per tutti gli operatori ivi chiamati ad operare, cosa che oggi non accade e si sta sempre più osservando al fenomeno, ormai diffuso, della demedicalizzazione delle ambulanze: ciò conduce ad un irreversibile scadimento del servizio, con ulteriore peggioramento delle problematiche di aggressione nei confronti degli operatori sanitari residuali.

La carenza del personale del settore dell'emergenza / urgenza e del 118 rende meno efficace la risposta della rete sanitaria territoriale ed intraospedaliera andando ad aumentare il già notevole flusso di pazienti, una parte dei quali potrebbe essere trattata a domicilio, che afferrisce al pronto soccorso dove non si riesce più a sostenere un aumento così consistente del carico di lavoro, per la grave carenza di personale medico, invecchiamento della popolazione ed aumento delle patologie acute.

Diventa, così, più complicata la presa in carico dei pazienti e questa carenza strutturale nel sistema organizzativo, deve essere corretta al più presto. Invece stiamo assistendo ad una progressiva privatizzazione degli ospedali che conduce ad un sempre maggior profitto dei privati sia a valere sui redditi disponibili dei cittadini, sia a valere sulla ridotta ricaduta di investimenti sul territorio.

Per quel che concerne il comma 6 dell'art. 10 piuttosto che "punire" il personale sanitario che interrompe volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con una struttura pubblica per prestare la propria opera presso un operatore economico privato, inibendogli la ricostituzione del rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale, bisogna interrogarsi sul perché di questa scelta che non ha solo motivazioni di tipo economico (e da qui la necessità di adeguare i compensi del personale medico dipendente e convenzionato con il SSN agli standard europei) ma anche di tipo organizzativo e di necessità di conciliazione dei tempi di vita/lavoro, cosa oggi quasi impossibile; quindi soprattutto per i giovani medici, da questo punto di vista, il SSN diventa poco attrattivo.

Già oggi si assiste ad una fuga verso l'estero dei giovani medici ove le condizioni di lavoro sono migliori (grazie a legislazioni più attente all'operatore sanitario) e migliori sono le condizioni economiche: lo Stato oggi investe quantità rilevanti di risorse nella formazione dei migliori medici al mondo, per poi vederseli sfuggire causa una legislazione miope, retrograda, obsoleta, superata. Per questo richiediamo una riforma organica, tesa a ribilanciare il peso dell'operatore medico svincolandolo da tutta quella serie di impedimenti burocratico-punitivi che oggi sviscerano la sua attività, la sua professione, le sue capacità tecniche.

Dai dati Fnomceco si evince che ormai la professione è donna con percentuali del 55% per la fascia sotto i 65 anni, il 60% nella fascia d'età sotto i 50 anni, tra i 40 e i 44 anni il 64% è donna.

Soprattutto per queste ultime una migliore organizzazione del lavoro, la possibilità di poter accedere a forme di lavoro flessibile o part time, di accedere ad altre mansioni inerenti l'incarico in caso di inabilità, di prevedere forme di welfare che sono attualmente riconosciuti ad alcuni dipendenti della pubblica amministrazione o a lavoratori di aziende private (tipo asili nido, rimborso per badanti o case di cura per genitori non autosufficienti, o figli disabili) potrebbero essere lo strumento per ricreare una nuova e più convinta fidelizzazione al SSN. Naturalmente consideriamo nella nostra analisi sia di medici dipendenti che convenzionati.

In sintesi chiediamo che nell'ambito del PNRR, e in particolare nella missione M5C1, che introduce un sistema di certificazione della parità di genere, su iniziativa del Ministero della Salute, sentito il

Ministero delle Pari Opportunità, si propongano una o più sezioni tematiche per esaminare le condizioni di lavoro delle donne medico in medicina generale convenzionata e in medicina ospedaliera anche in relazione a tutele in materia di gravidanza e maternità, di fruizione dei permessi per malattia e per la verifica della parità nelle retribuzioni a parità di mansioni, e per l'accesso a forme di lavoro flessibile o modalità di welfare.

Tutto questo chiaramente è impossibile senza risorse extracontrattuali che non sono previste per gli attuali accordi in discussione.

In merito alla norma sulla violenza agli operatori sanitari, bene alla procedibilità d'ufficio e all'inasprimento delle pene considerato che abbiamo 3 colleghe uccise durante l'orario di servizio, aggredite e persino abusate.

Tutto ciò deve essere accompagnato da una campagna istituzionale di informazione alla popolazione sul corretto utilizzo dei servizi sanitari avvalendosi dei media nelle fasce di maggior ascolto e di social media.

Deve essere reintrodotta la medicina scolastica per una maggiore consapevolezza delle future generazioni alla prevenzione, alla cura e al concetto di salute in generale.

Bisogna potenziare l'offerta di salute sul territorio ed in ospedale ed abbattere le liste d'attesa, perché la violenza, che non è mai giustificata, a volte nasce anche dalla percezione di un bisogno di salute non soddisfatto e di un diritto negato.

E anche sull'intramoenia tocca fare delle correzioni chiedendo alle aziende di reinvestire gli extraprofitti nell'abbattimento delle liste d'attesa.

Siamo fermamente convinti che ci deve essere impegno di tutti, legislatore, cittadini ed operatori sanitari adoperarsi affinché il SSN ritorni ad essere ad essere equo, universale ed accessibile, e soprattutto unico ed egualitario per ogni cittadino di questo paese, perché come ha detto il Presidente Mattarella il servizio sanitario nazionale è un presidio insostituibile di unità del paese.

Grazie per l'attenzione

Dott.ssa Giuseppina Onotri  
Il Segretario Generale SMI