

Contratto e riforma ospedali per frenare la fuga dei medici dal Ssn

18.7.2022

di Pierino Di Silverio

La concentrazione delle risorse economiche del PNRR sulla medicina di prossimità, peraltro di estrema importanza per decongestionare il pronto soccorso, e sulle infrastrutture, ha fatto passare in secondo piano problemi dell'Ospedale, che rischiano di diventare ingestibili, i posti letto, il personale, il pronto soccorso, soprattutto le condizioni di lavoro.

18 LUG -

L'impennata di nuovi casi di Covid-19 sta causando effetti già evidenti anche sugli ospedali, con aumento dei ricoveri ordinari e di quelli nelle terapie intensive. Malgrado la crisi di Governo, la guerra in Europa, l'aumento dei costi energetici, il ritorno dell'inflazione abbiano sostituito nelle notizie principali il Covid, il virus ha continuato a viaggiare, a mutare.

Le misure di restrizione, ormai ridotte e quasi inesistenti, e le vaccinazioni al palo, soprattutto sui soggetti fragili e anziani, producono risultati tali da imporre un aumento della soglia di attenzione sulla tenuta di un sistema di cure sempre più in difficoltà. Sistema di cure sul quale continua a pesare la riduzione di 41.000 posti letto e di oltre 6.000 unità di personale, non compensata dall'incremento registrato con la comparsa della pandemia, peraltro solo in piccola parte a tempo indeterminato. E accentuato dal nuovo fenomeno della "grande fuga" per cui, secondo i dati ONAOSI, circa 2.000 medici vanno via annualmente dal SSN in età non ancora pensionabile.

La concentrazione delle risorse economiche del PNRR sulla medicina di prossimità, peraltro di estrema importanza per decongestionare il pronto soccorso, e sulle infrastrutture, ha fatto passare in secondo piano problemi dell'Ospedale, che rischiano di diventare ingestibili, i posti letto, il personale, il pronto soccorso, soprattutto le condizioni di lavoro.

I malati di Covid, per lo più no vax, non vaccinati (o quel che ne resta) e soprattutto i soggetti fragili, sono i frequentatori abituali dei reparti che tornano a riempirsi, tra i problemi di sempre, liste di attesa, carenza di personale, mancata separazione dei percorsi. Occorrerebbe immediatamente riorganizzare le strutture ospedaliere affinché possano essere in grado di accogliere pazienti Covid oltre che i pazienti in elezione e in urgenza, potenziarle non solo con macchinari ma con dirigenti medici e sanitari, ma per farlo occorre riprogrammare un accesso alle cure che l'ormai vetusto ed incompleto DM 70/2015 ha gradualmente smontato, attraverso una riduzione di posti letto, di unità operative, soprattutto attraverso la parcellizzazione di un'offerta di cure incompleta e disorganizzata.

Eppure il trend sembra essere opposto. Mancano ancora molti dei fondi Covid che avrebbero dovuto raggiungere le Regioni per rifinanziare le assunzioni extra budget, resistono ancora i tetti al personale, in crisi profonda il sistema delle emergenze, in liquidazione il sistema USCA.

Le strutture di Pronto Soccorso si riempiono di pazienti (con il 70% degli accessi impropri) e si svuotano di medici. La soluzione creativa, più creativa di quella economica di tremontiana memoria,

è quella di lasciare dilagare cooperative di dubbia legalità, insieme con l'altra di obbligare medici di altre discipline a coprire i turni scoperti in Pronto Soccorso.

La solita coperta corta che produce disagio lavorativo, aumento del rischio professionale e del contenzioso medico legale, con coperture assicurative quanto meno dubbie, ulteriore riduzione delle attività di elezione. Un mix perfetto. Senza contare che l'esplosione delle cooperative, con il loro dumping retributivo nei confronti del personale di ruolo e l'assenza di vincoli legislativi, e il ricorso a incarichi libero professionali per il PS, al di fuori dei requisiti di legge, stanno destrutturando il lavoro professionale incentivando giovani e meno giovani al cottimismo di lusso a scapito del lavoro dipendente.

E così, dove tutto doveva cambiare niente cambia. Continua la fuga dagli ospedali, continua e aumenta la sofferenza di un personale medico e sanitario che non viene ascoltato, continua la sofferenza dei pazienti che non trovano risposte alle richieste di cure in un sistema vicino al collasso senza differenze di latitudine.

Alla sanità pubblica serve un approccio di sistema che superi la logica dei silos riconoscendo la medicina di prossimità e quella ospedaliera come due facce della stessa medaglia che devono viaggiare in maniera parallela. La riscrittura del DM 70/2015, vetusto incompleto e paralizzante, deve restituire all'ospedale posti letto, personale, condizioni di lavoro dignitose e prospettive di carriera in maniera contestuale all'applicazione del neo-emanato DM 77. Altrimenti si ripeteranno gli errori del passato, in maniera speculare e opposta.

Serve un radicale cambiamento di paradigma non solo sull'organizzazione ospedaliera ma anche sul ruolo e sullo status dei Medici e dei Dirigenti sanitari, strategici nello sviluppo di un sistema complesso come quello sanitario. Servono nuove risorse a loro dedicate, da reperire anche attingendo al Mes, a partire dalla prossima Legge di Bilancio, e interventi legislativi che valorizzino il loro ruolo. A partire da una riforma dello stato giuridico nel segno della dirigenza "speciale", ex articolo 15 del D.lgs 229/99, rafforzandone l'autonomia sia sotto il profilo professionale che gestionale, valorizzando la peculiarità della funzione svolta a tutela di un diritto costituzionale, facilitando la fuoriuscita dalla modellistica contrattuale della pubblica amministrazione. E politiche attive di stabilizzazioni e assunzioni, anche attraverso una revisione di una normativa concorsuale vecchia di 20 anni, che recuperino i tagli del passato escludendo, come chiede la stessa UE, il precariato e tutte le tipologie atipiche non contrattualizzate. Senza dimenticare il completamento del sistema della responsabilità professionale con quello della alea terapeutica, sul modello francese.

E serve un CCNL 2019-2021 che non sia ordinaria amministrazione, a partire dall'entità degli investimenti necessari per il lavoro, che della sanità rappresenta il segmento più costoso e complesso, ma anche il più prezioso, se si vuole andare "oltre la pandemia". Un CCNL da aprire al più presto per affrontare le prossime emergenze con strumenti e segnali adeguati, e da chiudere nel più breve tempo possibile. Le cui priorità sono ormai chiare: migliorare le condizioni del lavoro ospedaliero, recuperare tempo di vita per donne e uomini, aumentare le retribuzioni, avvicinandole alla media europea, e le indennità di disagio, ottenere incrementi contrattuali e salario accessorio detassati, istituire l'indennità di rischio biologico, abrogare il famigerato art. 23, comma 2 del decreto 75/2017.

Abbiamo un'occasione preziosa per assumere il contratto di lavoro come strumento di innovazione e di governo partecipato del sistema in cui lavoriamo. Non possiamo lasciarcela sfuggire. Anche così si combattono le pandemie, il rischio della recessione e si difende la salute pubblica.

Lavorare in ospedale non deve essere una sofferenza perché il mix tra malessere crescente dei professionisti e crisi di fiducia dei Cittadini, a fronte della montagna di prestazioni negate e al riemergere dell'epidemia, mina la sostenibilità del sistema sanitario e il consenso verso la sua natura pubblica.

Prepariamoci ad un autunno più caldo di questa torrida estate. È il momento di stringerci intorno ai nostri diritti, ai nostri iscritti e alla loro rabbia. È il momento del sindacato.

Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale Anaa Assomed

18 luglio 2022

© Riproduzione riservata

Link della pubblicazione: https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=106402