

03 Mag 2019

Cimo: l'emergenza medici è il fallimento della politica, basta risparmi sul personale

di Guido Quici*

Non credo che esista un medico o un operatore sanitario che non vorrebbe prendere alla lettera le parole del ministro della Salute Grillo in occasione della festa del lavoro: "Basta fare risparmi sulla pelle di chi lavora" ha detto, guardando ovviamente a tutto il comparto della sanità. Il problema è che, rispetto alle parole, nei fatti siamo già arrivati al capolinea di un percorso – politico ed economico - che aveva l'obiettivo di "smontare" la sanità pubblica per favorire ogni forma, diretta o indiretta, di sanità integrativa o sostitutiva. Forse quel pessimo progetto, in gran parte riuscito, è sfuggito dalle stesse mani dei suoi incauti architetti e ha fatto scivolare la sanità nell'emergenza di cui stiamo facendo le spese. Dalla drammatica carenza di personale medico, che sta portando le Regioni in ordine sparso a "raccattare" in fretta e furia medici pensionati, medici stranieri, medici delle cooperative e medici senza specializzazione, alle confuse azioni di "elemosina" insufficiente come il mini-sblocco delle assunzioni mentre latita da 10 anni il più elementare rinnovo del contratto dei medici dipendenti, siamo arrivati al punto di un'imminente implosione dei servizi essenziali, che trascinerà con sé anche la sanità privata.

Ma procediamo con ordine. Già quattro anni prima della lunga crisi economica 2008-2017, la Legge Finanziaria 311 del 2004 definiva i criteri e i limiti per le assunzioni 2005-07, per ottenere economie di spesa pari a 2,6 miliardi di euro; l'anno successivo, la Legge Finanziaria 266/05 (art. 1 comma 198) imponeva un tetto di spesa del personale sanitario entro i limiti del 2004, ridotto dell'1%; infine, nel 2009, la Legge Finanziaria 191 (art. 2 comma 71) accentuava il limite della spesa lorda per personale all'1,4% del 2004, fino al 2019.

Nel frattempo, sono arrivate le "aree vaste" con aziende uniche regionali, che hanno portato al taglio di circa 70.000 posti letto, sono state decapitate tra il 2010 e il 2016 ben 2.410 strutture complesse (in questo caso, non si tratta di risparmio sul costo per primario, quanto di taglio di una linea produttiva), 5.385 strutture semplici e ottenuti risparmi sul costo del personale sanitario di oltre 2,4 miliardi di euro. E poi, oltre 500 milioni di ore di straordinari non pagate, milioni di giorni di ferie non godute, reparti con dotazioni organiche inferiori agli standard di sicurezza, formazione professionale impedita per ragioni economiche (- 70 milioni di euro tra

il 2009 e il 2016) e per assicurare i turni di servizio. Ma, evidentemente, questi risparmi sul personale, ovvero "sulla pelle di chi lavora", non sono sufficienti a coprire le necessità del fondo sanitario in ambito regionale e, con i nuovi LEA, alcune regioni iniziano ad attingere nuovamente al costo del personale: questa volta non a saldo ma addirittura a monte, prelevando dagli accantonamenti di legge per la copertura del rinnovo contrattuale fermo da un decennio.

Come se non bastasse e come se non fosse ampiamente noto il prossimo picco di pensionamenti dei medici per questioni anagrafiche, la sanità è stata esclusa dalla pianificazione universitaria, non si sono attuati investimenti sui giovani medici, si è favorita l'esplosione del precariato perché a basso costo e si sono esclusi oltre 10.000 laureati dalle scuole di specializzazione immaginando che, al momento della crisi, sarebbe stato sufficiente sostituire il posto lasciato vuoto da un medico specialista in una certa materia con un qualunque altro professionista, a prescindere dalla sua esperienza. E in fondo, poco importa se un medico oggi deve assistere, per ogni turno, una media di 250 pazienti ricoverati o se deve lavorare tra più ospedali distanti decine di chilometri tra loro, o se opera senza avere la garanzia che sia costituita l'equipe operatoria. A questo si aggiunge anche una certa dose di "cinismo" delle aziende sanitarie, la cui aggressività gestionale nei confronti del personale sanitario è andata crescendo, imponendo spesso misure restrittive ed organizzative contro ogni norma contrattuale, mentre per la "copertura dei buchi" si adottano soluzioni tampone del tutto illegittime. Intanto i giovani medici fuggono all'estero il prima possibile solo perché nella sanità italiana non vedono prospettive.

Ritengo che ci sia ancora troppa poca attenzione pubblica e mediatica sui meccanismi, di fatto concertati tra livello centrale e regioni, che stanno portando alla lenta agonia della sanità pubblica che ha l'evidenza, per i pazienti, dei differenti livelli di cure e di aspettative di vita a seconda del luogo di residenza. Ancor peggio, siamo allarmati dal fatto che la prossima legge finanziaria potrebbe – anche a causa di un Pil sostanzialmente fermo – di fatto annullare quel minimo incremento dei fondi del Ssn che è stato previsto, necessario a coprire non solo l'inevitabile evoluzione della spesa richiesta da tecnologie e farmaci innovativi, ma soprattutto a venire in soccorso alla carenza di personale e aumentare l'investimento nel "capitale umano". In questo senso, finché la sanità pubblica sarà considerata un costo e non un fattore produttivo, faremo solo passi indietro.

La conclusione è che le scelte politiche di ieri e di oggi, per imperizia o per dolo, non sono state in grado di pianificare il futuro della sanità italiana e sperano oggi in quell'autonomia differenziata dove a ciascuna regione sia concesso il "fai da te" nell'utilizzo delle risorse, nei percorsi professionali, nelle modalità di assunzione del personale sanitario, nella contrattualità di comparto e dirigenza. Tutto questo non farà che spostare ulteriormente il carico della spesa delle prestazioni sull'out of the pocket dei cittadini e rischia di svilire definitivamente quell'eccellenza medica che ha nelle nostre qualità nazionali e nel principio dell'universalismo delle cure i suoi fondamentali e preziosi pilastri.

**Presidente federazione Cimo-Fesmed*