

IL PATTO PER LA SALUTE PREVEDE

Un finanziamento del SSN sottostimato di oltre 7 miliardi di euro, una sottostima che produce effetti devastanti sulla programmazione territoriale e sul mantenimento dei bilanci in ordine. Alla fine si produce deficit strutturale che genera ulteriore debito attraverso gli interessi bancari. Come se ciò non bastasse vengono individuati otto indicatori definiti standard per la determinazione del fabbisogno regionale. Lo standard viene definito prendendo a modello la regione o le regioni cosiddette virtuose che hanno i conti in ordine negli ultimi tre anni. Vale a dire un tracollo finanziario delle regioni del centro sud con una prevedibile pioggia di commissariamenti che di fatto privano le amministrazioni regionali della loro funzione programmatica. Una gestione avulsa da ogni considerazione del diritto all'assistenza, dell'epidemiologia e delle conformazioni del territorio. Tutto questo ha una ricaduta pesantissima sull'intero sistema. *Ad iniziare dalla ulteriore riduzione dei LEA con la giustificazione di depennare i DRG ad alto rischio di inappropriata, di fatto una riduzione delle prestazioni erogabili. Tutto questo senza però togliere l'assurdo delle visite fiscali per i dipendenti pubblici che restano all'interno dei LEA e quindi a carico del SSN.* Ospedali: ennesimo taglio di posti letto, circa 7-10 mila posti letto entro il 2011, operazione che ha già portato alla scomparsa di un numero impressionante di ospedali su tutto il territorio nazionale, creando sovraffollamento in quelli ancora funzionanti e con-

dizioni e ritmi di lavoro asfissianti. Un sistema sanitario che va in crisi di fronte ad una banale epidemia di influenza stagionale, senza contare la prevista pandemia di febbre suina.

Personale: entra nel vivo il processo, già avanzato, di riduzione strutturale del costo e del numero degli operatori. Un processo travestito da emergenza infermieristica fino a poco tempo fa, ora utilizzato come strumento di annientamento delle strutture sanitarie che vengono attaccate nella propria consistenza con taglio di unità operative che non sono composte unicamente dai primari. Lo standard di riferimento diventa sempre quello della regione più virtuosa, vale a dire della regione che ha devastato di più il proprio sistema sanitario regionale. Alla riduzione del personale consegue la riduzione dei fondi contrattuali, vale a dire si riducono posti di lavoro, si aumenta la quantità di lavoro, ma si riduce il salario. I tickets: fanno il loro rientro annullando esenzioni varie e allungandosi fino ai giorni di ricovero, allontanando dalle strutture sanitarie le fasce sociali più deboli, che sono poi quelle che hanno più bisogno della funzionalità del sistema.

I piani di rientro: vengono prorogati e assommano la propria capacità distruttiva a quella del piano rendendo impossibile erogare persino i lea.

LA SANITA'



info@sanita.rdbcub.it



Via dell'Aeroporto
n. 129 - 00175
tel. 06/762821
Fax 06/7628233
www.rdbcub.it

VENERDI' 23 OTTOBRE Sciopero Generale del Pubblico Impiego LA SANITA' ADERISCE

**MANIFESTAZIONE NAZIONALE A ROMA
CORTEO h 10.00 DA P.ZZA DELLA REPUBBLICA**

CONTRATTO SANITA' 2008 -2009

UN BIENNIO PROPEDEUTICO ALLA RIFORMA DEL CONTRATTO O UN CONTRATTO VUOTO COME PREVISTO DALLA RIFORMA?

Un rinnovo senza recupero salariale vero, in grande ritardo per l'ulteriore pantomima delle risorse regionali dello 0.8% e con una cifra da leccarsi i baffi. Lo scontro tra governo e regioni inoltre, sulle risorse aggiuntive, mette in rilievo l'assoluta mancanza di autonomia regionale a fronte di politiche sanitarie governative improntate al saccheggio delle risorse per il sistema sanitario regionale.

LE CRITICITA'

- > Assenza di criteri oggettivi per rendere esigili le risorse aggiuntive regionali.
- > Blindatura delle relazioni politiche con le regioni possibili solo con i firmatari di contratto, un vero atto di negazione del confronto democratico.
- > Sempre più mano libera alle aziende per la mobilità del personale, avviando verso una vera e propria discrezionalità dirigenziale. In una fase in cui si prevedono tagli a posti letto, unità operative e prestazioni, è facile capire cosa comporta.
- > Dopo trent'anni ancora non è chiaro chi e come possa usufruire del servizio mensa, l'unica cosa chiara è il costo miserrimo del ticket restaurant, una vera umiliazione. L'aumento del valore è legato, oltre che alle disponibilità economiche dell'azienda, anche alla necessità di renderlo coerente con il locale costo della vita. Una prova generale delle future, mica tanto, gabbie salariali da realizzare con i futuri contratti territoriali.
- > La favola della stabilizzazione dei precari continua senza garanzie e con percorsi concorsuali con riserva parziale, a fronte di una riduzione del personale prevista dal patto per la salute, è facile capire come si concluderà.
- > Questo è il contratto rinnovato che per i suoi contenuti ha consentito alla cgil di sottoscriverlo rinunciando al proprio ruolo mediatico di fiero oppositore delle politiche sociali e del lavoro del governo.

GLI EFFETTI SUGLI OPERATORI, PROFILO PER PROFILO, SONO:

INFERMIERI: non è un caso che l'emergenza infermieristica sia scomparsa, tanto da far dire alla presidente della federazione nazionale dei colleghi ipasvi che di infermieri nelle strutture sanitarie ce ne sono troppi ma sono malgestiti. In forte assonanza con:

- > Abolizione dell'indennità professionale infermieristica a testimonianza della non emergenza.
- > Un sistema di valutazione esterno alla professione che la umilia. Questo nonostante tutte le associazioni professionali abbiano elaborato sistemi di valutazione della qualità delle prestazioni e sistemi di controllo e verifica.
- > Una riduzione del salario attraverso il taglio dei fondi contrattuali e le difficoltà di un improbabile futuro salario di produttività.
- > Un taglio di posti letto e unità operative con processi di mobilità e riconversione professionale.
- > Un progetto di riduzione del personale con inevitabile aumento dei carichi, dei ritmi di lavoro e dei rischi per la salute.
- > Un processo di rivisitazione dei profili che ci riporta verso la figura dell'infermiere unico polivalente.
- > Un'autonomia professionale operativa devastata da ritmi e processi di ristrutturazione in cui non vengono neanche consultati gli operatori.
- > Un'organizzazione del lavoro che mortifica la professione privilegiandone la pura e semplice manualità assistenziale con ritmi asfissianti, creando una condizione lavorativa ai limiti del sopportabile.
- > La scomparsa delle prestazioni esclusive dal decreto che istituisce gli ordini professionali.

TECNICI SANITARI: sono sottoposti ad un progressivo processo di emarginazione che si traduce in:

- > Iniziale, ma progressiva sostituzione con altre figure professionali come gli infermieri. Una condizione favorita dalla scomparsa dell'articolo delle prestazioni esclusive dal decreto sugli ordini professionali.
- > I nuovi modelli gestionali che vedono la centralizzazione di laboratori analisi e radiologie, li sottopongono a rischio di espulsione dalle aziende sanitarie e senza garanzia di continuità contrattuale.

- > Autonomia organizzativa inesistente all'interno dei dipartimenti di assistenza delle aziende.
- > Problema della dipendenza dall'evoluzione della figura infermieristica dalla quale assumono tutti gli aspetti negativi e sono esclusi da quello progressivi.

O.S.S.: gli invisibili del settore, senza identità professionale e riconoscimenti contrattuali, visibili solo per affidare loro prestazioni non dovute e rischi professionali non coperti. La loro condizione si traduce in:

- > Mancata definizione del loro ruolo nell'organizzazione del lavoro e del processo assistenziale
- > La ghettizzazione nel ruolo tecnico nonostante siano attribuite loro prestazioni assistenziali.
- > Possibilità di accesso al lavoro solo attraverso il ricatto delle esternalizzazioni.
- > Mancato riconoscimento per coloro che sono interni alle aziende e riquilificati.
- > Formazione complementare in arrivo per aumentare carichi di lavoro senza adeguato inquadramento professionale salariale.

OSTETRICHE: devono riappropriarsi dell'autonomia professionale che meritano; l'esponentiale ricorso alla cesarizzazione le ha relegate a compiti impropri di assistenza, escludendole progressivamente dall'evento "parto spontaneo". La grave carenza, inoltre, le relega sempre più nei servizi ospedalieri, privando troppo spesso le donne ed i territori, dell'importante ruolo educativo che le ostetriche hanno nella prevenzione, nella preparazione al parto, nell'allattamento al seno e, non ultimo, nella procreazione cosciente.

INFERMIERI GENERICI, PSICHIATRICI E PUERICULTRICI: la risoluzione dei problemi di queste importanti figure non può essere ulteriormente rimandata. Dopo aver perso il treno della riforma dell'ordinamento professionale, per migliaia di Generici, Psichiatrici e Puericultrici l'equipollenza del titolo è rimasta merce di scambio tra potere politico e sindacati concertativi, un triste gioco troppo spesso mediato da associazioni di categoria.

PERSONALE AMMINISTRATIVO: una condizione sempre più precaria che rischia di franare con:

- > Il probabile comparto unico sanità- personale dipendente dalle regioni, consente una mobilità in uscita dal comparto con possibilità di modificare la propria condizione lavorativa e il proprio posto di lavoro.
- > I processi di accorpamento delle aziende sanitarie su base provinciale o regionale creano problemi di esubero e di mobilità sempre meno volontaria e sempre più forzata.

- > I nuovi modelli gestionali come le aree vaste, i consorzi, le società della salute ecc. pongono il problema dell'uscita forzata dalle aziende sanitarie senza alcuna garanzia di continuità contrattuale.
- > I processi lavorativi ormai non corrispondono più da tempo all'attuale ordinamento professionale che va rivisitato per non correre il rischio di avere interi profili fuori del mercato del lavoro.

PERSONALE SERVIZI TECNICO ECONOMICI E AUSILIARIATO: sottoposto ad una esternalizzazione selvaggia si trova nella condizione di:

- > Essere sostituito con personale esternalizzato senza diritti e senza garanzie contrattuali e salariali.
- > I residui processi di esternalizzazione rischiano di esternalizzare anche gli operatori costringendoli a subire contratti privati o passare alle dipendenze di altre società esterne al sistema sanitario.

Il processo di reinternalizzazione di servizi e personale, per il quale ci stiamo battendo incontra difficoltà e ostacoli per gli interessi economici che si sono costruiti nel processo degli appalti.

DIRIGENZA S.P.T.A.: indicata come una delle cause storiche del fallimento di ogni riforma della pubblica amministrazione, è spinta verso un processo di trasformazione in quadro intermedio aziendale. Non aiuta la composita strutturazione dell'area contrattuale, all'interno della quale la dirigenza emergente, come quella sanitaria, viene soffocata dal parallelismo con quella amministrativa. La realtà è determinata da:

- > una riduzione della propria autonomia dovuta al processo di trasformazione in quadro intermedio aziendale, subordinata alle scelte di politica sanitaria e non di funzionalità ed efficienza del sistema o delle prestazioni.
- > Un sistema di valutazione esterno alla categoria che viene valutata per la capacità di valutare, vale a dire di imporre le politiche aziendali ai sottoposti.
- > Perdita della funzione di coordinamento a favore di una funzione autoritaria e gerarchicamente asfissiante alla quale non possono sottrarsi.

DIRIGENZA MEDICA: una professione in profonda trasformazione che si realizza in:

- > Un processo di proletarizzazione, caratterizzato da carichi di lavoro impazziti e impossibilità di carriera e affermazione professionale, con uno squilibrio tra quantità delle prestazioni in eccesso e qualità delle stesse ricercate solo nei tribunali quando il sistema impazzisce e produce danno.
- > Una profonda riduzione dell'autonomia professionale, subordinata alle politiche sanitarie, alle scelte aziendali, fino ad arrivare a limitare la possibilità di prescrizione dei farmaci.
- > Lo snaturamento della figura che si sta realizzando con le scelte legislative a seguito di eventi o innovazioni terapeutiche, si passa dall'obiezione di coscienza all'impossibilità di concordare liberamente, con il paziente, terapie e continuità assistenziali.

RIFORMA DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (DECRETO BRUNETTA)

PATTO PER LA SALUTE, Due riforme che valgono bene il costo DI UNA GIORNATA DI SCIOPERO

La sanità è da anni sottoposta a processi profondi di ristrutturazione devastante, mentre questi processi continuano con il Piano della Salute 2010-2011, si sta per abbattere sul settore il decreto Brunetta che realizza il famoso piano industriale della pubblica amministrazione.

Un progetto devastante che nella sanità si somma agli effetti dei piani di rientro, del federalismo a fasi alterne, della gestione commissariale, delle regioni ridotte a commissari liquidatori del sistema pubblico senza alcuna autonomia reale.

Il decreto Brunetta prevede

La modifica dei comparti di contrattazione. La sanità dovrebbe essere accorpata con il personale dipendente dalle regioni. Un accostamento senza ragione se non quello di consentire la mobilità da un settore all'altro.

Un modello contrattuale triennale con un livello nazionale di cornice e un secondo livello pesante, senza indicare quale deve essere. Nella sanità il secondo livello rimane solo quello aziendale o diventa quello regionale? Ci sembra di capire che il livello regionale rimarrà un livello di confronto politico e non di contrattazione, ma allora, perché cgil cisl uil si sono affrettati a sottoscrivere che il livello politico regionale deve essere riservato ai firmatari di contratto?

Un sistema di valutazione esterno alle professioni, basato su criteri quantitativi e senza possibilità di verifica del livello qualitativo. In sanità la qualità della prestazione è fondamentale, così come l'autonomia professionale prevede la verifica interna della qualità da parte del professionista. Da professionisti a prestatori d'opera di derivazione industriale.

Il salario di produttività si lega sempre più alla valutazione esterna effettuata da soggetti altri

e realizzata dalla dirigenza trasformata in quadro intermedio di fabbrica che risponde direttamente della propria capacità di applicare le regole imposte. Il salario, da retribuzione della prestazione lavorativa e professionale, diventa strumento di gestione del personale, il modello di fabbrica dei premi ad personam.

Un codice di disciplina che somiglia sempre più a quello militare, in cui soggettività e diritto di critica vengono penalizzati, con ricadute pesanti su salario e progressione di carriera.

L'inasprimento delle norme disciplinari fa presagire come l'operazione in corso colpirà i lavoratori e allora diventa importante prevenire la naturale opposizione con gerarchie rigide e automatismo comportamentali.

Non una parola, nel decreto brunetta, sulla lotta alla corruzione, così imponente nella pubblica amministrazione (60 miliardi di euro) di cui una parte più che cospicua circola in sanità. La corruzione fa comodo come fonte di finanziamento e viene usata come strumento di lotta politica ed elettorale.

IL PATTO PER LA SALUTE 2010 – 2011 La salute, ma di chi??

Il patto per la salute è il vero strumento di governo della sanità che viene imposto alle regioni senza che queste facciano alcunché per definire il proprio ruolo. Tranne avviare una contrattazione istituzionale che non incide sul processo di gestione commissariale centralizzata della sanità

da parte del governo. Le regioni diventano un strumento cieco in mano ad un governo che vuole stravolgere il sistema sanitario pubblico, costruendone 20 differenti per le 20 regioni. Successivamente all'interno di ogni regione, qualcuno penserà a completare l'opera, imponendo criteri economico finanziari che distruggono strutture, servizi e personale.

