

quotidianosanita.it

Venerdì 22 NOVEMBRE 2019

**“Meno tasse sul lavoro medico per non far scappare i giovani. Il contratto appena siglato è solo un primo passo. Per rilanciare il Ssn servono 10 mld nei prossimi 5 anni e occorre alzare al 20% il tetto di spesa per il personale”.
Intervista a Carlo Palermo (Anaa)**

Palermo è soddisfatto dell'approvazione del Consiglio dei ministri di ieri sera ma non nasconde che si tratta solo di una prima tappa dopo dieci anni di stop a qualsiasi avanzamento retributivo e contrattuale per i medici e dirigenti sanitari del Ssn. E tra le proposte per il prossimo futuro quella di una nuova modulazione del carico fiscale per il personale sanitario: “Occorre una decontribuzione degli incrementi contrattuali che significherebbe avere una busta paga netta più pesante”

“Soddisfatti per il contratto ma è chiaro che seppur rappresentando un primo passo non è sufficiente. Dobbiamo pensare ad altre forme di remunerazione ed è su questo che punteremo nei prossimi anni, a partire dalla trattativa per il contratto 2019-2021”. Commenta così il segretario dell'Anaa Assomed, **Carlo Palermo** il [via libera del Cdm](#) al contratto della dirigenza medica e sanitaria 2016-2018.

Ma Palermo affronta anche il tema della prossima Manovra: “1 2 mld in più per il Fondo sanitario sono un bel segnale ma se ne dovrebbero mettere 2 all'anno per almeno altri 5 anni per invertire veramente la rotta”. E poi sul tetto per il personale: “Alzarlo al 20% per almeno 3 anni”. Mentre sulla carenza di specialisti: “Servono 2mila borse in più e stop alle soluzioni fantasiose delle Regioni, il male minore è assumere gli specializzandi degli ultimi anni”

Dottor Palermo, finalmente la firma definitiva del contratto è all'ultimo miglio con l'ok del Cdm. Soddisfatto?

Direi proprio di sì, ora manca solo il bollino della Corte dei conti e poi la convocazione in Aran per la firma finale.

Che tempi prevede?

Spero che l'iter si possa chiudere entro la prima metà di dicembre. Sarebbe la ciliegina sulla torta di compleanno del nostro sindacato che il 12 dicembre festeggerà i suoi 60 anni. Certo questo contratto è importante perché arriva a distanza di 10 anni dall'ultimo ma è chiaro che seppur rappresentando un primo passo non è sufficiente.

Cioè?

Vede, veniamo da 10 anni di blocchi a 360° sul personale, sui fondi accessori, di definanziamento del sistema e nel frattempo ogni anno 1000-1500 medici vanno all'estero dove stipendi e condizioni di lavoro sono diventati più attraenti.

Mi faccia un esempio?

Oggi un medico neo assunto in Italia con il nuovo contratto guadagna 2.500 euro al mese mentre in Germania 4.000 euro. Insomma una bella differenza.

E come colmiamo questo gap, non è che le casse dello Stato siano piene di denari?

Innanzitutto dobbiamo pensare ad altre forme di remunerazione ed è su questo che punteremo nei prossimi anni, a partire dalla trattativa per il contratto 2019-2021 che auspichiamo si riesca a chiudere nei tempi canonici. Consideri che già abbiamo perso un anno.

Mi faccia qualche esempio...

Occorre una decontribuzione degli incrementi contrattuali che significherebbe avere una busta paga netta più pesante. E poi si potrebbe per esempio defiscalizzare la produttività aggiuntiva dei medici.

Mi spieghi in concreto...

Se pensiamo per esempio alle liste d'attesa, i tempi biblici causati dalla mancanza di personale non sono sulla diagnostica di primo livello o l'acuto ma sono quelli per le prestazioni di chirurgia non urgente, per la diagnostica secondo livello o per le visite specialistiche. Ecco, defiscalizzare la produttività aggiuntiva dei medici per esempio dall'attuale 43% al 15% comporterebbe un vantaggio economico per il medico e a cascata sul cittadino. Magari si potrebbe per esempio anche mettere un tetto come non oltre i 50 mln di defiscalizzazione per anno. Guardi per gli insegnanti è stato adottato un sistema simile.

Altre battaglie?

Sicuramente la Ria (Retribuzione individuale di anzianità) che possiamo dire ormai è diventato un nostro chiodo fisso. La Ria ricordo non è un nuovo finanziamento, sono risorse che già ci sono ma che vengono spese dalle aziende per esempio per convenzioni con studi legali, società di management o per organizzare congressi aziendali. Ecco, oggi, c'è bisogno che quelle risorse vengano destinate alla professione per rendere più appetibile il lavoro in ospedale.

Ci sono margini per liberare la Ria?

I margini ci sono eccome. Con il nuovo contratto abbiamo ottemperato all'art 23 della Legge Madia che impone al comma 1 la progressiva armonizzazione dei fondi accessori con le procedure contrattuali. Con la costituzione l'Area sanità sono state inglobate 4 categorie, dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie, che partivano da 9 fondi e che oggi sono diventati 3 (incarichi, risultato e disagio). Ora non ci sono più scuse, il comma 2 vigeva nelle more di quanto previsto al comma 1. Ora la Ria dev'essere liberata anche perché oggi ci sono concorsi di assunzione nelle ASL i che vanno deserti come medicina di emergenza-urgenza o chirurgia. Mentre le prime scelte dei neo laureati dopo aver vinto il concorso per l'ingresso in specialità sono pediatria, cardiologia, chirurgia estetica, oculistica perché attratti dall'attività privata.

Un passo indietro. Ci ricorda le principali novità del contratto?

In media ci saranno aumenti di 190 euro al mese oltre agli arretrati. Poi abbiamo destinato 50 mln al ristoro del disagio. Molto importante anche il meccanismo della doppia carriera (gestionale e professionale) che allarga le opportunità di progredire. Inoltre abbiamo incrementato del 10% il contratto per i neo assunti. E per chi sta andando in pensione (da qui al 2025 saranno in 50 mila) abbiamo incrementato le poste fisse che sono quelle che incidono su pensione e Tfs, insomma un incrementato del tabellare di 1950 euro. E ancora dal 2020 vi sarà una nuova modalità che anticipa gli scatti di carriera. E poi c'è tutta la parte dedicata alle donne che nei prossimi anni saranno l'asse portante dei nostri ospedali.

Cos'è previsto?

È stata eliminata la discriminazione per le colleghe in gravidanza per cui la retribuzione di risultato veniva decurtata. E sono stati inseriti anche elementi di welfare aziendale per i problemi di salute in famiglia la cui ricadute assistenziali di solito sono in carico alle donne. Inoltre, il tempo parziale potrà essere incrementato dal 3% al 7%. Abbiamo poi inserito una norma sulle ferie per chi ha figli in età scolastica: sarà possibile farle coincidere con la pausa estiva dei loro bambini.

Come giudica invece la manovra? Per la dirigenza medica nella prima stesura non c'è molto?

I 2 mld per il Fondo sanitario sono un bel segnale e anche i 2 in più per il fondo per l'edilizia sanitaria anche se su quest'ultimo vanno snellite le procedure per l'effettivo utilizzo delle risorse.

Per il resto stiamo lavorando per implementare quanto già definito nel DI Calabria per assumere gli specializzandi del 4° e 5° anno (circa 9000 medici) su cui manca però ancora il regolamento. Il piano prevede l'assunzione a tempo determinato con lo stipendio che sarà correlato al numero di ore assistenziali (32 per assistenza, 6 per la formazione) e che sarà di 50 mila euro lordi a fronte dei 27 mila euro che prende oggi uno specializzando. Ma è chiaro che a parte il regolamento che Miur e Salute devono definire bisogna sbloccare il

limite del tetto di spesa per il personale previsto nel dl Calabria (5% dell'incremento del fondo sanitario rispetto al finanziamento dell'anno precedente). Il che poi vuole dire per il 2019 50 mln appena.

C'è un emendamento al DI Fiscale che vuole aumentare dal 5% al 10% il tetto...

E già questo sarebbe positivo ma per far fronte alla carenza di specialisti bisognerebbe alzare il tetto al 20% per almeno 3 anni. Sarebbero a quel punto circa 400 mln in più nel 2020 che potrebbero far fronte all'emergenza legata alla carenza del personale presente, soprattutto, nelle Regioni in Piano di rientro che sono quelle più in difficoltà sotto questo punto di vista. E poi bisogna incrementare le borse per le scuole di specializzazione. Su questo sosteniamo l'emendamento per aumentare quelle statali di altre 2000 unità. Per fronteggiare l'emergenza non servono le formule fantasiose delle Regioni, il male minore è assumere gli specializzandi degli ultimi anni.

Nel frattempo però continuano ad aumentare i posti a Medicina, ha visto gli ultimi provvedimenti del Consiglio di Stato?

Me lo faccia dire, che i fabbisogni ormai li faccia la giustizia amministrativa è un assurdo. Sul punto la politica deve ragionare in prospettiva, chi inizia a studiare da medico oggi inizierà a lavorare nel 2031 allorquando non vi sarà più la necessità di medici specialisti come c'è oggi. Invece di aumentare gli accessi a medicina oggi dovremo ridurli a 9000. Guardi si prospetta uno spreco immane: circa 1 mld l'anno a partire dal 2031 visto che ogni specialista ha un costo per l'erario pubblico di 250 mila euro. Detto ciò poi è chiaro che in ogni caso tutto il percorso formativo va modificato, meno teoria e più saper fare e saper essere medico.

Sempre sulla manovra, le piace la scelta di destinare delle risorse per la diagnostica di primo livello ai medici di famiglia?

Secondo me è una misura positiva. Quando si fa un investimento su maggiori competenze e responsabilità è sempre una buona cosa. Non penso però che possano ridurre gli accessi al Pronto soccorso, perché i pazienti di solito ci vanno non per un ecg, un holter pressorio o una spirometria. Può però migliorare l'accesso al secondo livello per le visite specialistiche. Se vogliamo ridurre gli accessi al Ps dei codici a bassa priorità a mio avviso però servono strutture territoriali di riferimento gestite dai medici di medicina generale.

Che prospettive vede per la sanità?

Sono d'accordo col Ministro Speranza quando dice che bisogna difendere con il coltello fra i denti il Ssn universalistico e finanziato dalla fiscalità generale. Il nostro Ssn, nonostante tutto, ottiene performance di tutto rispetto che anche all'estero ci riconoscono. C'è però da risolvere il problema delle disuguaglianze territoriali e della migrazione sanitaria. I Piano di rientro nelle regioni meridionali hanno incrementato la mortalità e per questo è ora di dire stop ai principi economicistici e ai commissariamenti amministrativi che hanno guidato la sanità negli ultimi anni, soprattutto al sud.

Sulle autonomie invece?

A mio avviso le politiche sanitarie vanno riaccentrate. Il regionalismo differenziato è un pericolo, prima occorre fare i Livelli Essenziali delle Prestazioni e rivedere i criteri di distribuzione delle risorse e poi, forse se ne può parlare.

A proposito di risorse, bastano i 2 mld per il 2020?

Come le dicevo in manovra c'è un bel segnale ma se ne dovrebbero mettere 2 all'anno per almeno altri 5 anni per invertire veramente la rotta.

Luciano Fassari