

COMUNICATO STAMPA

GUIDO QUICI E' IL NUOVO PRESIDENTE DI CIMO
“Il primo nodo da sciogliere è il contratto”

Guido Quici classe 1957 è stato eletto all'unanimità dal XXXI congresso. Medico chirurgo, già Vice Presidente Vicario di Cimo durante il mandato di Riccardo Cassi. Per Onaosi è Consigliere d'Amministrazione e dal 2001 Direttore della Unità Complessa di Epidemiologia dell'Azienda Rummo di Benevento.

“La mia presidenza in Cimo avrà sin da subito delle caratteristiche ben precise – dichiara il nuovo presidente Cimo alla stampa – Nell'attuale contesto socio politico vogliamo dare una risposta chiara e precisa alla classe medica. A cominciare dal contratto di lavoro. Ad oggi **non ci sono i requisiti minimi per avviare un contratto di lavoro**. Immaginare di voler premiare chi lavora senza risorse non incanta più nessuno, né incantano le “partite di giro” che imputano una parte degli incrementi contrattuali al salario accessorio. Il fondo del salario accessorio guarda caso, tende ad “evaporare” dopo ogni finanziaria o ad ogni processo di ristrutturazione aziendale. Oltre all'aspetto economico CIMO ritiene fondamentale la salvaguardia di alcuni principi fondamentali come l'introduzione di clausole e procedure che garantiscono l'efficacia e la coerenza degli accordi e che prevedano strumenti sanzionatori in caso di inosservanze o violazioni da parte delle aziende. A proposito dell'Atto di indirizzo, il rischio è che si basi su un modello organizzativo, quello per intensità di cura, che è presente in poche realtà regionali e stenta a realizzarsi per oggettivi problemi strutturali e funzionali. Ma, intanto, potrebbe condizionare, nell'immediato, il lavoro dei sanitari che si troverebbero ad operare con regole avulse dai contesti di gran parte delle aziende sanitarie”.

I punti principali del programma di Quici sono:

Sostenere il mantenimento dell'attuale sistema universalistico delle cure. Il nostro servizio sanitario è un sistema che può essere migliorato, riorganizzato, ma, in ogni caso, deve garantire l'accesso alle cure per tutti i cittadini e tanto può avvenire solo attraverso il potenziamento dei LEA. Se il Governo continuerà la sua politica dei tagli e di un finanziamento ridotto al lumicino rispetto al reale fabbisogno, sarà inevitabile un ulteriore incremento dell'out of pocket, già oggi stimato nella misura di circa 35 miliardi e che incide, per l'87%, direttamente nelle tasche del cittadino.

Non a caso il proliferare dei Fondi sanitari rappresenta l'evidenza di questo fenomeno; tuttavia CIMO ritiene che occorre impedire che l'assistenza sanitaria integrativa sia surrogata da concrete forme di assistenza sostitutiva o complementare; evitare la commistione tra secondo (no profit) e terzo pilastro (profit); evitare la cosiddetta community rating, ovvero la selezione del rischio da parte di chi assicura l'assistenza; evitare che il secondo pilastro sostituisca i LEA; evitare il ticket in partecipazione mutualistica.

UFFICIO STAMPA

Daniela Robles
Via Nazionale, 172
00184 Roma
tel. 335 1279038
daniela.robles@cimomedici.it

FIRENZE
21-24
SETTEMBRE
2017

Precariato e giovani medici. Occorre dare seguito alle norme vigenti (DPCM e leggi di bilancio) con il rapido espletamento di concorsi che consentano la stabilizzazione dei titolari di contratti atipici e le assunzioni necessarie al SSN. Al medico specialista, vincitore di concorso pubblico va l'affidamento, fin dal momento dell'assunzione, di un incarico professionale di cui alla lett. c) art. 27 del CCNL. Va prevista, inoltre, l'assunzione, con concorso pubblico e limitatamente ad una percentuale predefinita, di medici non specialisti o specializzandi nelle aree funzionali di medicina e di chirurgia con inquadramento dirigenziale alla lett. d) art. 27 del CCNL e possibilità di completare il percorso specialistico, nelle strutture sanitarie per la successiva progressione di carriera. **In ogni caso CIMO rifiuta qualsiasi ipotesi di inquadramento dei giovani medici in un livello che non sia di tipo dirigenziale.**

La libera professione, perché è un diritto del medico. Basta col pregiudizio che considera l'intramoenia l'unico strumento per aggirare le liste di attesa attribuendo penalizzazioni ai medici per inadempienze non dipendenti dalla loro volontà. Se davvero lo Stato ha interesse a ridurre i tempi di attesa **deve sburocratizzare la macchina organizzativa** delle aziende sanitarie, **deve eliminare il "pizzo" amministrativo** che il cittadino è costretto a pagare ogni qualvolta si rivolge al professionista, **deve assicurare una maggiore competitività** delle strutture sanitarie per evitare ogni forma di sanità low cost anche allargando l'offerta sanitaria ai Fondi sanitari integrativi attraverso specifiche convenzioni con le strutture sanitarie pubbliche secondo nuovi standard che garantiscano tempi di attesa certi e qualità delle prestazioni.

Modelli organizzativi. Il lavoro del medico è fortemente condizionato dai contesti organizzativi ospedalieri o territoriali e di emergenza urgenza.

Per l'Assistenza Ospedaliera, che si tratti di ospedali organizzati per intensità di cure o per agglomerati funzionali omogenei o per dipartimenti, è necessario chiarire le "regole del gioco" che sono alla base delle dinamiche interne di ogni attività ospedaliera, "regole" che devono essere applicate in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. Questo significa che **la certezza dei ruoli e delle responsabilità non può essere messa in discussione da modelli sperimentali, né tantomeno dal comma 566**, mal scritto ed inapplicabile, che tende a destabilizzare lo stato giuridico del personale sanitario. Diventa, quindi fondamentale abbandonare le "mode" e concentrarsi su cose concrete ad iniziare da una forte organizzazione dipartimentale. In questa fase il modello di ospedale per intensità di cure è del tutto inapplicabile ...

Per il Sistema di Emergenza-Urgenza, serve una **rete unica dell'emergenza per garantire l'uniformità dell'assistenza**, e definire, in un ruolo unico, la figura del medico: dalla presa in carico del paziente, alla sua gestione, fino al trattamento delle patologie e dei traumi tempo-dipendenti. Per la Medicina Territoriale occorre accelerare sulle Cure Primarie, potenziare l'Assistenza Domiciliare Residenziale e Semiresidenziale, rendere operativo il Piano Nazionale delle Cronicità, ma, soprattutto, **implementare, in ambito distrettuale, nuovi standard organizzativi.**

Costruire nuove alleanze. CIMO si propone come un interlocutore privilegiato nel rappresentare, in sede contrattuale, i bisogni della Comunità Scientifica attraverso soluzioni tese a valorizzare e difendere la professione medica. Ovviamente Sindacato e Società Scientifica conserveranno, ciascuna, la propria autonomia, ma saranno complementari l'uno all'altra su tematiche di comune interesse.