



Assemblea Nazionale USB PI Sanità - Frascati (Rm) 13/15 maggio 2016

## **LA SALUTE È UN DIRITTO, LA SANITÀ PUBBLICA UN DOVERE.**

### **DI AUSTERITA' SI MUORE**

L'Istat ha certificato per il 2015 il calo dell'aspettativa di vita in Italia. Non succedeva dal secondo dopoguerra sebbene dal 2003, con un crollo sotto i livelli medi nel 2008, l'aspettativa di vita in salute fosse già tra le più basse dei Paesi OCSE.

Sulla qualità della vita influiscono numerosi fattori, ma è certo che l'ambiente, le condizioni sociali e di lavoro, il reddito e l'accesso alle cure sono determinanti. Non a caso al sud si muore di più e prima, in Campania ad esempio, dove questi fattori si sommano, l'aspettativa di vita è di circa 2 anni inferiore a quella delle Marche.

È una fotografia dinamica dell'effetto delle politiche di austerità imposte dall'Unione Europea.

L'Italia ha una spesa sanitaria pubblica oltre un terzo inferiore alla media dei Paesi dell'area euro e il divario è triplicato dagli inizi degli anni 2000; il livello di prestazioni sanitarie erogate è sensibilmente inferiore alla quasi totalità degli altri paesi dell'area (ad eccezione di Spagna e Irlanda) con un rilevante 48% in meno rispetto alla Francia e 73% rispetto alla Germania.

Si amplia anche il distacco in termini di posti letto per abitante, sensibilmente inferiore in Italia (3,4 per mille abitanti contro i 6,3 della Francia e gli 8,3 della Germania).

Sono circa 10 milioni gli italiani che non hanno accesso alle cure per problemi economici mentre cresce al ritmo di un miliardo l'anno la spesa privata dei cittadini (33 miliardi, più di un terzo di quella dello Stato) così come aumentano le richieste di prestiti personali finalizzati alle cure mediche (in particolare odontoiatriche).

Ticket e liste d'attesa alimentano scientemente la fuga dei cittadini verso il privato mentre la libera professione, per quanto in calo, continua a fatturare oltre 1 miliardo l'anno travasando dalle tasche dei cittadini a quella dei medici 810 milioni di euro.

L'ideologia di una presunta insostenibilità del servizio sanitario pubblico -sdoganata per favorire la sanità integrativa privata, le assicurazioni, il welfare aziendale - è talmente falsa che il nostro SSN produce l'11% di PIL assorbendone solo il 7,1%.

Di vero c'è la volontà di spostare la tutela della salute dallo Stato alla possibilità economica personale e al profitto di assicurazioni e privati. Uno Stato che ha già da tempo abbandonato il campo della prevenzione e regalato oltre il 95% della riabilitazione alle lobby private.

### **L'ATTACCO AL WELFARE, LO SMANTELLAMENTO DEL SSN**

Da anni si porta avanti un attacco senza sosta al welfare attraverso leggi e manovre finanziarie che mirano a definire un modello di sviluppo privo di garanzie sociali e diritti fondamentali e universali con l'obbiettivo di privatizzare ciò che resta dei servizi pubblici essenziali.

La sanità, come la scuola e la previdenza, è un servizio caratterizzante il welfare e il suo smantellamento assume anche un valore ideologico per un nuovo modello che intende cancellare la memoria della conquista dei diritti attraverso le lotte sociali e trasformarli in privilegi per fasce sempre più ridotte di popolazione.



Ma la sanità è anche una riserva di risorse economiche, circa l'80% dei bilanci regionali, e un asset economico da utilizzare come terreno di investimenti privati considerando che 1 euro investito in sanità produce un valore di 1,70.

La demolizione del SSN si concretizza combinando insieme: **definanziamento del sistema; taglio di posti letto e chiusura/accorpamento di ospedali ed esternalizzazioni dei servizi; taglio al finanziamento degli enti locali (Regioni); ticket, liste d'attesa e libera professione; taglio dell'IRAP alle imprese; carenza strutturale di personale d'Assistenza.**

Gli atti costruiti per questa strategia vanno dalle leggi di stabilità, che negli ultimi anni hanno tagliato circa 30 miliardi al Fondo Sanitario, alla Spending Review che altro non ha prodotto che tagli lineari ai servizi per recuperare risorse per l'abbattimento del debito pubblico, alla revisione dei Livelli Essenziali d'Assistenza con il taglio di oltre 200 prestazioni (attualmente in via "sperimentale"); i decreti sui costi standard e gli standard ospedalieri attraverso i quali si stabiliscono, a prescindere, i tempi di degenza e si classificano gli ospedali in funzione dei bacini d'utenza.

Ma la vera e propria legge di stabilità della sanità rimane il Patto per la Salute, un patto finanziario tra Stato e Regioni che ha l'intento di ristrutturare profondamente e dall'interno il sistema.

Attraverso il Patto si ridisegnano percorsi, spesso già sperimentati, di privatizzazione del sistema (ad es le Case della Salute), si ridefiniscono parametri, numero di posti letto e organizzazione sanitaria. Ogni regione, in base ad un generico principio di appropriatezza, può decidere cosa e come tagliare; è quello che ha permesso a molte regioni di avere quote di privato oltre il 40% a sfavore del pubblico e di far proliferare il sistema dei Project Financing.

## **LA POLITICA DEI PIANI DI RIENTRO E L'ACCENTRAMENTO DEI POTERI**

I Piani di Rientro regionali (PdR), definiti dallo stesso Ministero della Salute come veri e propri piani di *ristrutturazione industriale* che incidono sui fattori di spesa *sfuggiti al controllo delle regioni*, sono stati introdotti nel 2005 e finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico e finanziario delle Regioni. A qualunque costo.

Ora, il fatto che a distanza di 4 anni dalla modifica del titolo V della Costituzione (2001), già la metà delle regioni fosse in PdR la dice lunga sulla concretizzazione nel nostro Paese di quel federalismo tanto sbandierato nella riforma.

In realtà, il federalismo ha colpito al cuore i concetti di universalismo, solidarismo e uguaglianza sui quali è nato il SSN decretando la nascita di 20 sistemi sanitari diversi, ampliando le disuguaglianze nord/centro-sud, creando cittadini di serie A e cittadini di serie B.

I PdR sono strumenti politici di accentramento dei poteri nelle mani del governo centrale (ministero dell'economia in primis) che, in nome del pareggio di bilancio, impone le politiche sanitarie delle Regioni.

Un accentramento che troverà ulteriore vigore con la riforma costituzionale in esame, che interessa direttamente la sanità con la modifica dell'articolo 117, se non saremo in grado di sconfiggerlo attraverso il referendum contro le modifiche costituzionali di ottobre; referendum che ci vede impegnati come Organizzazione sin dalla prima ora.

Nelle regioni in PdR non solo non vengono garantiti nemmeno i livelli minimi di assistenza e gli standard sui posti letto decretati dallo stesso governo, ma la tassazione locale (Irpef) viene aumentata oltre i livelli massimi (è il caso del Lazio, regione più tassata d'Italia); il



blocco del turnover per il personale sanitario è totale e porta con sé una perdita strutturale di posti di lavoro; i tagli al salario accessorio sono tali da aver introdotto, di fatto, le gabbie salariali. Più tasse, meno servizi, meno salario.

Attualmente sono 8 le Regioni in PdR, tutte del centro-sud (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) con l'eccezione del Piemonte.

5 di queste (Lazio, Campania, Calabria, Abruzzo e Molise) sono commissariate.

Nonostante ciò e nonostante per la Corte dei Conti *sia evidente il successo dei piani di rientro sotto il profilo economico e finanziario*, le perdite nel 2015 sono aumentate rispetto all'anno precedente.

La legge di stabilità 2016 estende lo strumento dei PdR regionali anche alle singole Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici e Policlinici Universitari con uno scostamento finanziario del 10% o con 10 milioni di debito prevedendo, in questi casi, anche la decadenza del Direttore Generale.

Si scopre così che la metà delle aziende sanitarie italiane (53 su 108) sono in rosso e passibili di PdR, avendo cumulato circa 2 miliardi di debito, e che la retorica dei modelli sanitari virtuosi altro non è che una bufala, come del resto abbiamo sempre sostenuto, visto che tra queste figurano numerose aziende della Lombardia (5), della Liguria (2), della Toscana (3), del Veneto (1), del Friuli (4) e persino di quelle Marche (2) che il buon commissario alla Spending Review Cottarelli annoverava tra le regioni benchmark (cioè tra quelle da prendere a modello di riferimento per tutte le altre), prima di essere defenestrato. Un ulteriore imbarbarimento del sistema; l'accanimento scientifico nella riproposizione di sistemi falliti, sotto tutti i punti di vista, che vengono utilizzati per continuare a comprimere diritti e salari, per distruggere e precarizzare il lavoro, nel tentativo di risanare un debito che di certo non hanno prodotto i lavoratori dipendenti.

## **PRECARIETÀ, ESTERNALIZZAZIONI, APPALTI**

Non esistono dati ufficiali aggiornati dopo il 2011 sui precari della sanità. A quella data ne risultavano 35.000, per il 69% donne e per la maggior parte al sud. Due terzi infermieri, 10.000 medici; la maggioranza tempi determinati, 4000 interinali.

Ma il grosso del precariato in sanità non rientra nelle stime e sono quelle migliaia, soprattutto medici, di CoCoCo, CoCoPro, partite IVA, pagati a gettone o ad ore che non hanno nessun diritto.

La vera piaga della sanità continua però ad essere l'esternalizzazione dei servizi. Dalle cucine alla manutenzione, dalle pulizie alle sale operatorie, non esiste ospedale o struttura sanitaria che in nome del contenimento dei costi e con la complicità del blocco del turnover non abbia appaltato all'esterno un numero considerevole di servizi.

Il risultato è che i costi sono notevolmente lievitati mentre la qualità è sensibilmente peggiorata, con un volume di infezioni ospedaliere senza pari mentre le condizioni di vita e di lavoro dei lavoratori in appalto peggiorano ad ogni nuovo affidamento al ribasso.

Il fenomeno è talmente diffuso che per la prima volta negli ultimi anni la spesa per beni e servizi, all'interno della quale sono compresi i lavoratori esternalizzati, ha superato quella del personale sanitario.

Quello degli appalti è un vero e proprio sistema trasversale che si nutre di malaffare e corruzione, che investe le amministrazioni locali, le imprese e le cooperative, senza scrupolo alcuno.

Il fenomeno della corruzione in sanità non ha eguali: 6 miliardi l'anno, il 10% del dato nazionale, che oltre negli appalti per beni e servizi) si annida in nomine, farmaceutica e sanità privata.



Soldi sottratti alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione, alla disabilità, al rinnovamento tecnologico (circa la metà dei macchinari è obsoleto), all'introduzione dei farmaci innovativi (ultimi in Europa).

Lottare contro la corruzione, la precarietà, per la reinternalizzazione dei servizi e dei lavoratori, rivendicare che a stesso lavoro devono corrispondere stesso salario e stessi diritti non è demagogia, ma una battaglia che ci deve trovare sempre in prima fila come organizzazione sindacale; sempre più nell'ottica di difesa del Lavoro Pubblico, cosa che peraltro caratterizza già la nostra azione nelle aziende e che si è chiaramente espressa nei nostri ultimi scioperi di categoria. Una scelta che non può non condizionare anche la forma organizzativa del nostro sindacato che, ponendo al centro dell'interesse il concetto di salute pubblica, dovrà far convergere attorno ad esso un modello sinergico nel quale si trovino a collaborare tutti i delegati che rappresentano i lavoratori del sistema, pubblico o privato che sia.

## **IL LAVORO IN SANITÀ**

La sanità, dopo la scuola, è il settore più numeroso del Pubblico Impiego con i circa 665.000 lavoratori di cui il 65% è donna, ma continua a perdere pezzi consistenti. Tra il 2007 e il primo semestre del 2015 almeno 25.000 lavoratori in meno, mentre l'età media è salita a 49,7 anni, aumentando al ritmo di un anno ogni 24 mesi, per effetto del blocco del turnover; i costi per il personale si sono ridotti di 350 milioni di euro.

Sempre meno, sempre meno pagati, sempre più vecchi: una tendenza che accomuna tutto il Pubblico Impiego e che si è aggravata con l'allungamento dell'età pensionabile.

La parte più consistente è costituita dagli Infermieri (350.000), seguono i medici (240.000), il personale amministrativo (70.000), quello con funzioni riabilitative (49.000) e il personale tecnico sanitario (45.000).

Secondo le stime al ribasso del Collegio Infermieri, in Italia mancano almeno 60.000 Infermieri, per garantire gli standard assistenziali; 18.000 solo per garantire la continuità dei servizi da quando, a novembre 2015, è stata resa obbligatoria la direttiva europea sulle 11 ore di riposo tra un turno e l'altro nelle 24 ore.

Se invece si guarda agli standard d'assistenza europei in Italia mancano 140.000 infermieri per raggiungere quelli francesi e tre volte tanti per equipararci alla Germania; mentre non dissimile dal resto d'Europa è il numero dei medici: 3,9 per mille abitanti in Italia, 3,1 in Francia, 4,1 in Germania. L'Italia è all'ultimo posto della classifica per gli Infermieri e tra le prime per numero di medici.

1 lavoratore su 5 è stato riconosciuto inidoneo (oltre 80.000) alle mansioni negli ultimi 10 anni in particolare per la movimentazione dei carichi, un dato sul quale pesa sicuramente molto il blocco del turnover.

Un problema non da poco se si considera che la precedente legge di stabilità ha inserito il demansionamento e il licenziamento in caso di permanenza dell'inidoneità.

Se questa è la fotografia è facile capire quali siano le condizioni di lavoro e (in)sicurezza alle quali vengono sottoposti i lavoratori e gli effetti che tale quadro produce sia in termini di abbassamento della qualità delle cure che di contributo in termini di inaccessibilità dei servizi.



## PERSONALE E MODELLI DI ASSISTENZA

Poichè non esiste un modello sanitario virtuoso, sostituito da un unico modello trasversale fatto solo di tagli, l'unico modello assistenziale che risponde a questa logica è quello per Intensità di Cura che già nel nome richiama l'idea di sfruttamento.

L'intensità di cura sostituisce i reparti specialistici, per come li abbiamo conosciuti, con il concetto di posto letto che deve avere un tasso di occupazione fissato al 90%. Nessun posto letto deve rimanere vuoto e deve essere occupato a prescindere dalla patologia specialistica; quindi ogni reparto avrà pazienti diversi unificati dalla "quantità" di assistenza che teoricamente richiedono.

Un processo di assimilazione alla catena di montaggio, che prevede la piena utilizzazione della forza lavoro degli Operatori. È il toyotismo che entra in corsia e ridefinisce l'organizzazione del lavoro con la sola funzione di risparmiare sul personale.

La retorica professionale, portata ai massimi livelli con l'introduzione della formazione universitaria, non solo non ha prodotto alcun miglioramento per gli Infermieri, quando non li ha addirittura "demansionati" - con buona pace dei "sindacati" corporativi diventati del resto vere e proprie agenzie di servizi - ma ha consentito di selezionare un'aristocrazia professionale che costituisce un'area importante di consenso alle scelte di riorganizzazione e copre un processo di proletarizzazione crescente che impedisce ogni possibilità di autonomia professionale contribuendo alla perdita della funzione e del valore sociale.

Gli Infermieri rimangono schiacciati tra la retorica professionale e i mostruosi carichi di lavoro senza riuscire ad esprimere soggettività nell'ambito della vita aziendale e sul piano sociale.

D'altro canto nelle regioni dove è stata introdotta la figura degli OSS questi vengono sempre più utilizzati al posto degli Infermieri per comprimere il costo del lavoro, senza la volontà di riconoscere queste figure anche sul piano giuridico.

La varietà della condizione contrattuale, tra componente strutturata ad elevata scolarizzazione e componente esternalizzata con condizioni salariali e di vita disastrose, funge da ostacolo alla ricomposizione dell'unità dei lavoratori e la definizione di una strategia unificante è sicuramente urgente per la nostra Organizzazione.

## LOTTARE FA BENE ALLA SALUTE

Se la situazione è quella descritta sono sicuramente molte e impegnative le battaglie che attendono, sul piano nazionale e territoriale, un'organizzazione sindacale conflittuale come la nostra.

L'USB ha lanciato, lo scorso 3 aprile nella grande assemblea di Milano, la piattaforma e la petizione a difesa del welfare, nella quale sta a pieno titolo la difesa della salute e della sanità pubblica e alla quale il settore deve saper dare un contributo importante a partire dai piani territoriali e a cominciare da abolizione dei ticket, delle liste d'attesa e della libera professione. Una piattaforma generale che trova ulteriore articolazione nella campagna #facciamoun48 lanciata dal Pubblico Impiego a difesa dei servizi e dei lavoratori pubblici.

La **difesa del salario**, è una battaglia che dobbiamo condurre con tutto il pubblico impiego, per un vero rinnovo del contratto nazionale che in 7 anni di blocco ha fatto perdere migliaia di euro ai lavoratori.

La difesa del salario accessorio che in sanità non solo è quasi completamente legato alla presenza in servizio ma è sempre più ad personam e va salvaguardato dall'assalto di regioni e aziende, dalle differenze tra regioni in piano di rientro e non, dall'arbitrario e



sprejudicato utilizzo di libera professione, straordinario e reperibilità, dall'attacco alle festività infrasettimanali.

Salario accessorio che va difeso dalla falsa meritocrazia ma anche e soprattutto dalla gestione clientelare che ne vogliono fare i sindacati complici attraverso il proliferare di posizioni organizzative. Anche per questo è per noi è indispensabile che le quote di produttività collettiva, cristallizzate al 2009, rientrino nella retribuzione fissa e continuativa. Dobbiamo garantire, attraverso il costante monitoraggio delle sessioni di bilancio, che le risorse del Fondo Contrattuale delle Fasce siano destinate esclusivamente alla Progressione Economica Orizzontale per tutti i lavoratori e le lavoratrici.

**Lo sblocco del turnover, la stabilizzazione di tutti i precari, la reinternalizzazione dei servizi e dei lavoratori, un piano di rilancio del lavoro nella sanità pubblica - a partire dall'assunzione di almeno 100.000 Infermieri** – devono rappresentare per noi un orizzonte strategico di intervento a garanzia della sicurezza dei lavoratori e della qualità dei servizi.

**Sicurezza.** Il tema della sicurezza assume una rilevanza strategica in sanità, non solo perché tocca la carne viva di lavoratori e lavoratrici, che pagano un pesante tributo in termini di infortuni e malattie professionali, ma anche perché può diventare vero terreno di conflitto sul piano aziendale rimettendo al centro le condizioni, i carichi e l'organizzazione del lavoro che sono il cuore del problema e che, non a caso, sono stati volutamente espunti dal confronto sindacale dalla Legge Brunetta.

Basta vedere cosa sta succedendo nelle aziende con l'obbligo delle 11 ore di riposo nelle 24 ore per capirne il potenziale; così come è urgente la salvaguardia dei lavoratori non idonei dal pericolo di demansionamento e del licenziamento. Ma anche burnout e stress lavoro correlato nel settore hanno pesanti e riconosciuti effetti.

Fermo restando che la **formazione ECM obbligatoria e la tutela assicurativa dei lavoratori** devono essere in capo alle amministrazioni, non possiamo rimanere estranei alle richieste dei lavoratori e lasciarli nelle mani dei tanti che speculano su esigenze reali.

Passaggio al **ruolo sanitario** degli **OSS**; lotta all'autoritarismo da caserma che sfocia in decine di provvedimenti **disciplinari** e ordini di servizio che condizionano la vita personale.

**Democrazia sindacale e diritto di sciopero**, quest'ultimo già fortemente limitato dalla L.146 sui servizi essenziali, si traduce spesso in una vera e propria impossibilità all'esercizio del diritto individuale a causa di una lettura deformata ed ulteriormente restrittiva che scarica sui lavoratori le responsabilità disciplinari della chiusura dei servizi e genera quel luogo comune per il quale in sanità sia vietato scioperare.

## UN SINDACATO CONFLITTUALE

Il settore è l'ennesima prova provata di come l'ottica del "tanto peggio, tanto meglio", non trovi fondamento.

L'enorme conflittualità espressa nel settore si scarica tutta all'interno in una vera e propria guerra tra poveri, alla ricerca del miglioramento delle proprie condizioni soggettive di lavoro e di salario.

La perdita di funzione sociale in questo senso funziona da causa e da effetto ed il continuo aumento dell'età media non potrà che peggiorare questo quadro.

Se questo è, è però anche evidente lo spazio, oltre che la necessità, per un sindacato conflittuale che si ponga come vera alternativa ai sindacati complici, che hanno un' enorme responsabilità nell'aver determinato questa situazione attraverso l'ottica della



riduzione del danno, il clientelismo e la cogestione, ma anche ai "sindacati" delle professioni che si nutrono della divisione dei lavoratori e si alimentano esclusivamente di retorica professionale e dell'offerta dei servizi in cambio della tessera.

Un sindacato generale e di massa, confederale, indipendente, nazionale con articolazioni territoriali, che faccia del conflitto il principale strumento per la ricomposizione dei lavoratori e la conquista di nuovo salario e diritti.

## **PENSARE NAZIONALE, AGIRE LOCALE**

Il settore è nato e cresciuto in un'ottica prevalentemente aziendale, complice la vastità delle aziende (elemento che peggiora con aree vaste e nuovi accorpamenti di ASL) e si è sviluppato in maniera spesso autonoma dal resto dell'organizzazione.

La cosa ha anche funzionato fin tanto che la contrattazione decentrata, che ci vede presenti solo come RSU non avendo la maggiore rappresentatività nel settore, ha espresso qualcosa. E, d'altronde, ne è riprova il fatto che siamo l'unico sindacato alternativo presente in maniera strutturata nelle aziende, se pur, ancora troppo, a macchia di leopardo. Questo ha limitato il campo e la portata della nostra azione, facendoci perdere di vista che molte delle contraddizioni potevano trovare risposte solo su un piano più ampio di quello aziendale (regionale e nazionale) e che quindi il nodo dei rapporti con le istituzioni locali (che ci vede come organizzazione ancora troppo assente sul piano territoriale) era e rimane ineludibile.

È necessario tenere insieme il piano nazionale e quello locale; un intervento territoriale che non parta da una precisa lettura delle politiche nazionali sul settore, delle priorità che esse impongono risulta estemporaneo e rischia di essere subordinato alla richiesta di vertenze individuali prive di orizzonte strategico. È sul piano nazionale, del resto, che vengono decise le strategie politiche che avranno ricadute dirette sui territori mentre le regioni, con un margine di autonomia sempre più ristretto, sono chiamate all'applicazione di quanto stabilito sul piano centrale.

Le scelte fatte nei congressi confederali, di unificazione del sindacalismo di base prima e di superamento del concetto di autorganizzazione in nome di un sindacato generale e confederale poi, passando per il nuovo impulso alla costruzione della categoria unica di PI sancito dal congresso di categoria, hanno sicuramente aperto nuove e migliori prospettive anche per la sanità.

E proprio dai congressi siamo ripartiti per costruire anche in sanità il sindacato che serve e le nuove strutture (Umbria, Lazio, Marche, Sicilia, Lombardia, Campania, Liguria, Emilia Romagna, Puglia) sono nate e crescono in stretto rapporto con l'Organizzazione nel suo complesso, sia sul piano confederale che di categoria, nazionale e regionale.

Questo processo e questa modalità di costruzione devono necessariamente continuare. Il settore può crescere solo nella confederazione, di cui è naturale protagonista, e dentro il progetto della categoria unica di pubblico impiego.

Uscire definitivamente da un'aziendalismo asfittico è necessario sia per adeguarsi alla portata dello scontro sia come antidoto alla personalizzazione del sindacato. Di certo non significa perdere di vista i bisogni dei lavoratori e delle lavoratrici ma, anzi, cercare di esserne sempre più e sempre meglio all'altezza nella capacità di dare risposte. Dobbiamo farlo anche e soprattutto nella consapevolezza della sfida lanciata dall'ulteriore chiusura degli spazi di democrazia e di monopolio della rappresentanza che deriveranno dalla revisione dei comparti di contrattazione.



## ORGANIZZAZIONE E STRUMENTI

Nelle elezioni RSU 2015 si è registrato un sostanziale arretramento dell'USB nel settore a livello nazionale, pur a fronte di importanti risultati locali e della costituzione di nuove strutture.

La vastità e complessità del settore, all'interno del quale trovano spazio diverse realtà molto differenti tra loro per tipologia contrattuale e per funzioni professionali (AO, ASL, AOU, ARPA, IPAB, IZS, IRCCS, ASP, ecc), la stretta relazione del settore con questioni di carattere prettamente confederale (difesa salute e sanità pubblica), la commistione con il settore privato (precariato, appalti, esternalizzazioni), sono parte delle questioni sulle quali è necessario trovare una sintesi all'interno dell'Organizzazione nel suo complesso per far sì che il settore si doti di obiettivi che contemplino le prospettive di sviluppo e gli strumenti per ottenerli.

Per far ciò non si può prescindere dalla costruzione di una vera **Direzione Nazionale di settore**, un organismo di lavoro non statutario, che abbia una visione generale e complessiva della sanità, che alzi lo sguardo dalla routine del quotidiano al quadro d'insieme e che lavori in sinergia con la direzione di Pubblico Impiego oltre ad essere parte integrante delle federazioni territoriali.

Un coordinamento quindi che sia un vero organismo collegiale di condivisione e di direzione del settore ed un esecutivo in grado di portare a sintesi e mettere in pratica quanto comunemente deciso.

Sicuramente importanti sono le **campagne nazionali specifiche** (anche di tesseramento) con la produzione di materiale nazionale (volantoni, manifesti, opuscoli) che siano in grado di metterci in relazione soprattutto con i tanti posti di lavoro dove non siamo presenti e di rappresentare il nostro punto di vista sulle problematiche di interesse collettivo. Di recente abbiamo sperimentato questa modalità, con manifesto nazionale ed opuscolo sull'obbligo delle 11 ore di riposo nelle 24, fornendo così anche alle federazioni regionali uno strumento di intervento.

Non andrebbe abbandonato neanche lo strumento dell'**inchiesta**, utilizzato alcuni anni fa sulle condizioni di lavoro e che pure ci aveva fruttato importanti interlocuzioni sul piano istituzionale locale e dell'associazionismo ma che non siamo stati in grado di capitalizzare quanto meritasse.

**Formazione e lavoro di consulenza.** La formazione di quadri e delegati è questione urgente per adeguare la cassetta degli attrezzi alla fase.

Una formazione di livello più politico, per la quale è sicuramente possibile rivolgersi al Dipartimento Formazione e al nostro Centro Studi, ed una formazione più prettamente sindacale di cui la direzione di settore si può far carico; formazione, quest'ultima, che non ha la funzione di formare "tecnici" ma di fornire elementi qualificanti di intervento sindacale nelle aziende. Come del resto è avvenuto con il corso di formazione sulla sicurezza.

L'attività di consulenza, invece, deve essere rivolta all'esterno e deve servire a generalizzare le esperienze di lotta, a consolidare nei lavoratori l'idea dell'utilità dello strumento sindacale e non essere relegata ad attività assistenziale individuale che oltre a portar via tantissimo tempo non permette nessuna capitalizzazione dell'intervento sindacale. Rivedere e sistematizzare questo aspetto, congiuntamente a quello di un **servizio legale** che non sostituisca il conflitto ma lo supporti e senza tralasciare gli aspetti del cosiddetto sindacato di servizio, è quindi sicuramente una priorità del settore.





**La comunicazione** è uno degli aspetti che andrebbe maggiormente curato per non vanificare le tante, continue e spesso generose iniziative locali. Come migliorare quest'ambito è all'ordine del giorno di tutta l'Organizzazione, ma il settore deve decidere sicuramente come sfruttare al meglio **sito e social network**.

Aprile 2016

**USB PUBBLICO IMPIEGO – SANITA'**