

Con le aziende la **POLITICIZZAZIONE**

È venuto meno il ruolo centrale del Ssn, con l'implementazione del privato accreditato e del ricorso al privato puro, soprattutto in alcune Regioni come Lazio e Lombardia

di CARLO PALERMO



Carlo Palermo è il Segretario Nazionale dell'Anaa Assomed. Calabrese di origine, toscano di adozione è Direttore del Dipartimento di Medicina Interna e Specialistica della Usl Toscana Sud-Est.

L'aziendalizzazione è figlia di un'ideologia superata e in Sanità ha fatto il suo tempo oltre a molti errori evidenziati in modo spietato dalla recente crisi epidemica. L'attenzione esasperata all'equilibrio economico

tralasciando gli obiettivi di salute è testimoniata dai tagli forsennati ai posti letto (meno 45 mila negli ultimi 10 anni) e al personale sanitario (meno 44 mila dal 2009 al 2018). Le difficoltà nel ricoverare pazienti Covid-19 con grave insufficienza respiratoria nelle Regioni dell'epicentro epidemico e nel garantire i turni di servizio per affrontare l'emergenza Covid, discendono da queste scelte. Come ulteriore effetto collaterale, da segnalare il record mondiale tutto italiano di avere, a causa del blocco del turn over, la popolazione ospedaliera più

anziana al mondo: ben 4 medici su 10 hanno più di 60 anni.

La logica seguita è stata quella del massimo "efficientamento" interminidi produzione delle strutture sanitarie per far fronte ad una domanda sanitaria crescente in parte per l'invecchiamento della popolazione, in parte per l'esplosione del mercatismo in Sanità con il corollario di inappropriata che l'accompagna. Gli ospedali sono stati trasformati con ferree logiche neo-fordiste sotto il profilo organizzativo. I medici hanno subito processi sempre più spinti di "proletarizzazione", ter-

La meritocrazia vigente è talmente subordinata al gradimento del vertice

mine da intendere come privazione del controllo su prerogative importanti della professione, come i suoi contenuti e i fondamenti delle sue attività e perciò subordinata ai più ampi requisiti di produzione propri delle aziende manifatturiere. Inevitabilmente contraccolpi si sono avuti sulle linee gerarchiche professionali considerate più un ostacolo che un valore. Uno su tutti la distruzione delle carriere, da quelle apicali fino all'ultima posizione professionale, interamente decise dalla figura monocratica del Direttore generale con inevitabili condizionamenti politici. La meritocrazia vigente è talmente subordinata al gradimento del vertice politico che si rischia di trasformare le carriere da professionali a politiche. Per questo siamo convinti che medici e dirigenti sanitari debbano riprendersi le loro carriere nell'interesse del merito e dei cittadini e al pari di magistratura e università anche nella dirigenza medica e sanitaria pubblica debbano essere decise dalla comunità scientifica senza ripetere gli errori del

passato.

È una battaglia di civiltà giuridica e di valorizzazione della professionalità e del merito da fare al più presto. Qualunque soluzione non può che essere migliore di un'esistente che demotiva i colleghi e li costringe a trovare gratificazione e riconoscimento del lavoro svolto solo nell'attività libero-professionale, certamente da tutelare ma che non può rappresentare l'unica opportunità.

Questo è il contesto in cui si muove la dirigenza sanitaria in cui l'Anaa ha sempre creduto quale elemento qualificante di medici e sanitari.

Senza la dirigenza, aumenterebbe ulteriormente la subalternità nei confronti dei vertici politico-amministrativi e la confusione nel quadro delle competenze delle figure professionali. Non a caso è in atto una progressiva riduzione del ruolo dei dirigenti medici e sanitari sempre più marginalizzati, vittime di manovre che tendono a sminuire, diluire e limitarne il ruolo. Lo strumento per at-




politico che si rischia di trasformare le carriere da professionali a politiche.

Oltre 1 miliardo
di euro

È questa la cifra che, secondo uno studio Anaa Assomed del settembre 2019, solo nel 2017 le **Regioni e le Aziende sanitarie hanno risparmiato tagliando la spesa per il personale sanitario**, cui si aggiungono gli straordinari non retribuiti che rappresentano **un regalo**

di 500 milioni di euro generosamente elargito ogni anno dai medici e dirigenti sanitari.



La mannaia dei tagli ha comportato una carenza nelle dotazioni organiche di circa **8 mila medici, 2 mila dirigenti sanitari e 36 mila infermieri.**

tuare questo progetto è stato il famigerato Dm 70/2015 che ha determinato la desertificazione di alcune Uu.Oo. che sarebbero risultate fondamentali nella gestione dell'epidemie (malattie infettive, pneumologia). Pertanto pensiamo che vada riproposto con forza il tentativo di un riconoscimento della Dirigenza sanitaria come categoria speciale o almeno avviarsi sotto il profilo giuridico verso una Dirigenza speciale con elementi di autogoverno e di inquadramento delle proprie prerogative iscritti in leggi, non modificabili con interventi collaterali. Non si comprende perché tale status venga negato ai medici e ai sanitari del Ssn, mentre viene riconosciuto ai medici e sanitari universitari a dispetto delle effettive capacità produttive, a tutte le forze del comparto sicurezza e perfino ai vigili del fuoco. Va contrastata anche la tendenza delle Regioni a scardinare lo stato giuridico unitario della professione medica e sanitaria, le normative concorsuali e di reclutamento, le norme europee e le buone pratiche or-

ganizzative riconosciute dalla comunità sanitaria internazionale. La riforma del Titolo V ha sancito lo smembramento del Ssn in 21 servizi sanitari regionali in un Paese notevolmente diseguale per reddito nelle diverse Regioni, i cui effetti si sono manifestati con molta evidenza in occasione della pandemia da Sars-CoV-2. Si è ampliata la divaricazione tra Regioni ricche, che rivendicano sempre maggiore autonomia e si è creata una inaccetta-

bile differenziazione dei servizi che ha prodotto nel tempo significative differenze nell'aspettativa di vita. È venuto meno il ruolo centrale del Ssn, con l'implementazione del privato accreditato e del ricorso al privato puro, soprattutto in alcune Regioni come Lazio e Lombardia, e si sono delineate due medicine: una altamente redditizia basata sulle prestazioni a Drg elevato ad appannaggio quasi esclusivo del privato e una medicina

rimasta al pubblico che prende in carico globale il paziente, poco redditizia e gravata dai costi dell'emergenza/urgenza, delle complicità e della cronicità.

Per superare la dissoluzione, la residualità e recuperare la centralità del Servizio sanitario pubblico nazionale occorre superare il Titolo V e il regionalismo, anche nella sua evoluzione di regionalismo differenziato che porta a conclusione il processo di federalismo da abbandono, impegnando l'Associazione in una battaglia, anche legislativa e eventualmente referendaria, di fondamentale importanza per la salvaguardia di principi e diritti fondamentali riformando il sistema sanitario verso la creazione di un unico Ente Nazionale per la Salute, gestito centralmente da soggetti competenti e garante di un unico livello di qualità e quantità di servizi in ogni Regione italiana. È indispensabile aprire un ampio confronto con il Governo, il Ministero della Salute e con le Regioni per realizzare concretamente, nel rispetto della reale rappresentatività sindacale, un impegno congiunto della politica e delle professioni nella tutela del sistema

La fase post pandemia lascia intravedere alcune premesse positive nei provvedimenti che, dopo un decennio di costante definanziamento, contribuiscono al rilancio e alla valorizzazione del Ssn impegnandoci a superarne le criticità:

- aumento del personale;
- incremento dei posti letto in area critica, riorganizzazione territoriale e dei Dipartimenti di prevenzione;
- aumento dei contratti di formazione post lauream;
- ristrutturazione degli Ospedali per meglio rispondere alle nuove esigenze evidenziate dall'epidemia.
- Ulteriori passi in avanti potranno essere programmati e realizzati con i finanziamenti europei, come il Mes, auspicando che il Governo vi aderisca.