

d!

d!rigenza medica

Anaao Assomed
1959 - 2019

60 anni
per i medici
e per la sanità
pubblica

Il mensile dell'Anaao Assomed



60 anni di vita, di sindacato, di battaglie e risultati

Buon compleanno Anaao

Pat Carra per l'Anaa Assomed



Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV



Apri il lettore QR
code del tuo
dispositivo e
inquadra il codice
con il display per
leggerne il
contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

Sede di Roma:
Via San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2019

La firma del contratto: il traguardo più atteso per i 60 anni dell'Anaao

In questo numero del giornale dedicato ai 60 anni dell'Anaao Assomed, non poteva mancare un richiamo al traguardo più atteso: la firma del contratto di lavoro che latitava da 10 anni per i 130mila tra medici, veterinari e dirigenti sanitari del Ssn. Il testo è in vigore dal 19 dicembre e gli arretrati e gli aumenti economici saranno corrisposti a partire dal mese di gennaio 2020.

“È un contratto di ripartenza – lo ha definito il Segretario Nazionale dell'Associazione, Carlo Palermo - che finalmente chiude una fase buia lunga 10 anni che ha determinato ripercussioni negative sulle condizioni di lavoro dei medici e dirigenti sanitari con uno svilimento del loro livello economico. Ora possiamo guardare in avanti, al contratto 2019-2021 e auspichiamo di aprire le trattative del triennio in tempi rapidi”.

Vediamo quali sono le novità principali:

TRATTAMENTO ECONOMICO

Per la parte economica è confermato l'aumento dello stipendio pari a 200 euro lordi al mese.

INVESTIAMO SUI GIOVANI

Per i neo-assunti è prevista una quota iniziale di stipendio di posizione fissa di 1500 euro, inoltre, come tutti gli altri Colleghi, godranno dell'incremento annuale del tabellare valutabile in 1.950€ e potranno accedere all'incremento relativo alla remunerazione delle guardie notturne e festive che potrà arrivare fino di circa 2.000€ l'anno, incrementabile in base alla trattativa decentrata.

RIPARTE LA CARRIERA PER TUTTI

Una delle principali novità riguarda la carriera con la possibilità di nuovi ruoli e percorsi sulla base della professionalità e della competenza acquisita, per un totale di 9mila nuove posizioni che recupera ampiamente la falciatura di strutture gestionali subite negli anni passati. È prevista la creazione di un sistema dinamico di carriera che lega i meriti professionali a riconoscimenti economici, finora esclusivi delle carriere gestionali.

NUOVE TUTELE PER LE DONNE MEDICO

Importanti miglioramenti normativi sono stati messi nero su bianco per le tante donne medico. Il nuovo contratto elimina, infatti, le penalizzazioni per le donne lavoratrici in gravidanza relativamente alla retribuzione di risultato e amplia la possibilità di accedere al lavoro a tempo parziale.

I prossimi passaggi vedranno il sindacato impegnato a completare il lavoro nella contrattazione integrativa aziendale cui tocca recuperare le risorse economiche sottratte nel passato ed esercitare un ruolo da protagonista nel determinare molti istituti economici. Un impegno che dovrà proseguire soprattutto nel prossimo rinnovo per il triennio 2019-2021 che è già alle porte, preparando per tempo piattaforme unitarie ed innovative e ripensando a modalità di contrattazione appropriate per professionisti del Ssn.

Inquadra il Qrcode e leggi il contratto in vigore



Anaao Assomed
1959 – 2019

60 anni
per i medici
e per la sanità
pubblica

Anaao 60 anni di vita, di sindacato, di battaglie e risultati

Buon compleanno

Il 19 luglio del 1959 nasceva in Veneto l'Anaao, per iniziativa di un pugno di Medici Ospedalieri, contro la precarietà dei rapporti di lavoro di quelli che, allora, erano gli aiuti e gli assistenti ospedalieri. Oggi, forte di oltre oltre 20.000 iscritti tra medici, odontoiatri, veterinari, biologi, chimici, fisici, psicologi, farmacisti, l'Anaao è il primo tra i sindacati per rappresentatività nel settore sanitario italiano.

Le storie delle persone che l'hanno vista nascere e l'hanno fatta crescere, le battaglie condotte in 60 anni e i risultati raggiunti, sono stati celebrati il 12 dicembre scorso a Roma, nel corso di una giornata di confronto che ha visto protagonista anche il ministro della Salute, Roberto Speranza, che dell'Anaao ha voluto sottolineare la capacità di coniugare la tutela dei medici con quella del Paese e dei suoi cittadini.

Un riconoscimento che conferma la capacità del sindacato di crescere tenendo però ben saldi i valori fondanti di 60 anni fa. Sessant'anni a tutela dei medici e della sanità pubblica.

I segretari nazionali Anaao dal 1959 ad oggi

1959/1962	Giorgio Pomerri
1962/1968	Stelio Ferolla
1968/1981	Pietro Paci
1981/1984	Luigi Bonfanti
1984/1985	Carlo Monti
1985/1990	Aristide Paci
1990/1991	Giovanni Visci
1991/2000	Enrico Bollero
2000/2006	Serafino Zucchelli
2006/2010	Carlo Lusenti
2010/2018	Costantino Troise
2018/2022	Carlo Palermo



oanmo

Troise Presidente Anaao

Guidare il cambiamento per riempirlo di contenuti

Donne e giovani, secondo il presidente Anaao, saranno gli attori principali di un nuovo protagonismo del sindacato. E “toccherà ancora all’Anaao un esercizio di leadership per dare un nuovo ruolo sociale e politico alla categoria, superando la frammentazione della rappresentanza e recuperando l’attuale smarrimento dell’identità professionale. Con l’orgoglio di quello che siamo stati e coerenti con i doveri e le responsabilità che ci siamo assunti 60 anni fa”

“Innovare comporta un rischio, ma nel lungo termine diventa un vantaggio, se riusciremo a dare al cambiamento un contenuto ed un progetto capace di suscitare aspettative nutrite di speranza e fiducia”. Così il presidente dell’Anaao Assomed, **Costantino Troise**, ha definito la strada da percorrere per il sindacato, che festeggia oggi 60 anni forte di 22.000 iscritti, “che ne fanno il primo sindacato dei medici dipendenti e della nuova area contrattuale della dirigenza sanitaria”.

Un sindacato, dunque, forte, che Troise ha definito “capace di farsi portatore di istanze diverse e di tutelare interessi legittimamente differenti. Un sindacato che è stato, ed è, protagonista nella storia della sanità italiana, convinto che i Medici condividono con i cittadini un destino comune che tiene insieme il diritto alla cura ed il diritto a curare”.

Il presidente dell’Anaao ha quindi evidenziato come nel corso di 60 anni “la storia dell’Anaao si è sempre intrecciata con quella del SSN, le sue leggi e le sue riforme, la difesa della sanità pubblica con la difesa dei valori professionali, la lotta alle disuguaglianze di salute con quella a privilegi e rendite corporative, la tutela di legittimi interessi e delle aspettative delle categorie professionali con quella di un grande patrimonio civile e sociale che abbiamo contribuito prima a fare crescere, poi a difendere”.

Una storia fatta di “uomini e di donne che hanno impegnato parte della loro vita, non solo professionale, al servizio di una passione civile che ha percorso documenti, assemblee, sit-in, scioperi, fino a manifestazioni di massa, per usare un termine oggi desueto. Al servizio di quell’articolo 32 della Costituzione che ha sempre rappresentato la stella polare delle nostre politiche». Se l’art. 32 resta il punto di riferimento, molti sono stati, però, i cambiamenti negli anni e molti anche quelli in atto. A livello di categoria, Troise ha evidenziato come le donne, ormai rappresentino quasi maggioranza nella professione e tra gli stessi iscritti. Per loro è stata istituita una specifica Area di Formazione, alla quale affidare la elaborazione di modelli di cura attraversati dal pensiero e dall’espressione della differenza femminile, “valori – per Troise – capaci di cambiare le parole ed i paradigmi della sanità”. Ed i giovani, per i quali è stato istituito un laboratorio di under 40 chiamato ad agire sul campo per esprimere



Anaao Assomed
1959 - 2019

60 anni
per i medici
e per la sanità
pubblica



il proprio punto di vista nella lettura del mondo sanitario, ma “anche per cambiare l'immagine e la percezione che del sindacato hanno troppi colleghi giovani”, ha detto il presidente dell'Anaao Assomed.

A donne e giovani, secondo Troise, “tocca percorrere l'ultimo miglio che trasformi l'iscrizione al sindacato da consenso formale in partecipazione alla vita sindacale e protagonismo, per formare nuovi gruppi dirigenti ai quali trasmettere non solo la testimonianza di una memoria storica, che consenta alle

nostre radici di entrare dentro di loro, ma competenze, ideali e valori”. E “toccherà ancora all'Anaao un esercizio di leadership per dare un nuovo ruolo sociale e politico alla categoria, superando la frammentazione della rappresentanza, fattore strutturale di debolezza, e recuperando l'attuale smarrimento dell'identità professionale. Con l'orgoglio di quello che siamo stati e coerenti con i doveri e le responsabilità che ci siamo assunti 60 anni or sono, possiamo farcela. E ce la faremo”.

Bianco Osservatorio Anaao sul Ssn L'Anaao e la sanità pubblica, un destino comune

Il Coordinatore dell'Osservatorio Anaao Assomed sul Ssn ripercorre la storia del sindacato ed evidenzia come i destini dell'Anaao e della sanità pubblica si fusero, “cementati dall'idea che il valore del lavoro professionale dei medici poteva crescere solo se contestualmente ci si spendeva per far crescere il suo valore sociale”. Un ruolo che l'Anaao conserva tutt'oggi: non solo come motore di sviluppo della sanità pubblica, ma in qualità di “argine tenace alla disinvoltura dei decisori di turno affinché, nell'inseguire l'utilità dei mezzi, non smarriscano l'utilità dei fini”.

La costituzione del sindacato Anaao nel 1959 “fu certamente figlia di quei tempi, ma anche del coraggio, della fantasia, dell'intraprendenza di uomini che fecero ‘un viaggio di scoperta’ osando guardare con occhi diversi le contraddizioni del loro lavoro di cura contestualmente alle insufficienze organizzative e gestionali dei loro luoghi di cura, medici ospedalieri che ritennero insopportabile, ma non incolmabile, la distanza tra bisogni espressi ed inespresi di tutela sanitaria e l'inadegua-

tezza ed ingiustizia delle risposte in campo”. Lo ha detto **Amedeo Bianco**, Coordinatore Osservatorio Anaao Assomed sul Ssn, ripercorrendo, alle celebrazioni per il 60° anniversario della nascita del sindacato, il cammino compiuto dall'Anaao e legato a quello della Sanità pubblica da un “destino comune”. Bianco ha evidenziato come “i tempi in cui nacque l'Anaao erano davvero drammatici per la sanità pubblica e non solo. La spesa pubblica per la sanità era di poco inferiore al 3% di un Pil, piuttosto depresso. Secondo serie storiche Istat, nel 1960, i medici ospedalieri pubblici erano circa 23.000 distribuiti in 1.491 ‘istituti di cura’, e forse dispersi tra i 370.000 posti letto, con ricoveri a degenza media di 28 giorni”.

Solo un anno prima dell'Anaao, nel 1958, istituito il Ministero della sanità, prima competenza del Ministero degli interni, con pochi poteri compresi quelli ispettivi sugli ospedali.

Gli Ospedali, appunto. “Erano, sul piano giuridico, fermi alle IPAB della riforma Giolitti del 1923, l'ultima loro classificazione risaliva alla legge Petragliani del 1938 che tuttavia confermò sul piano giuridico la stabilità del posto di lavoro per i soli primari e la famigerata attribuzione esclusiva a que-

sti dei ‘compensi fissi’ da dividere discrezionalmente ed eventualmente agli aiuti ed assistenti, entrambe con rapporti a termine”, ha spiegato il Coordinatore Osservatorio Anaao Assomed sul Ssn. In quei tempi anche la salute degli italiani registrava gravi criticità. Nel 1960 morivano nel primo anno di vita circa 40.000 bambini (nel 1980 circa 9.320, nel 2013 circa 1600). Furono denunciati circa 84.000 casi morbillo, 28.000 di parotite, 7465 di brucellosi, circa 8000 di poliomielite e intanto cominciava la transizione epidemiologica da malattie infettive a cronico degenerative, con in testa le cardiovascolari, i tumori, le disabilità psichiche.

“Le mutue - ha illustrato Bianco - ottocentesco patrimonio solidaristico delle classi meno abbienti, nell'immediato dopoguerra si rinforzavano e moltiplicavano intorno a quelle storiche Inam, Inadel, Enpas, allargandosi a nuove categorie di lavoratori autonomi e liberi professionisti; poveri e senza lavoro entravano in apposite liste comunali di indigenti. Questa forma di protezione era intrisa di profonde ingiustizie sociali selezionando i profili di tutela in base rischio sociale, di inadeguatezze di offerta di servizi ‘riparativi’, totalmente inavase le azioni di prevenzione, quel-

le su lavoro affidate all'Inail e nel 1960 il Nhs inglese era già avviato da 12 anni e soprattutto era già vigente, sempre da 12 anni, l'art. 32 della nostra Costituzione". Il sistema mutualistico italiano, "diventato arena di consensi elettorali e poteri trasversali, era altresì inefficiente accumulando debiti anche con gli ospedali". Ripianati dal finanziamento pubblico: "Oagavano tutti per qualcuno e a volte questi paradossi ritornano sotto nuove spoglie!".

Furono definitivamente soppresse nel 1975 con il trasferimento delle funzioni alle regioni. "Leggendo i resoconti parlamentari del dibattito che accompagnò il travagliato iter della legge 833/78, i debiti complessivi ammontavano a 2700 miliardi di lire", ha riferito Bianco.

Secondo il Coordinatore Osservatorio Anaa Assomed sul Ssn, "queste valutazioni di contesto fanno meglio comprendere dove, come e perché si incontrarono e fusero due destini, quello dell'Anaa e quello della sanità pubblica, cementati dall'idea che il valore del lavoro professionale dei medici espresso in tutti i suoi determinanti (retribuzioni, ruoli, funzioni e status nelle organizzazioni sanitarie, carriere, rappresentatività, tutele previdenziali, sicurezza, disagio, produttività e lo stesso diritto alla libera professione) poteva essere sindacalmente contrattato, ma crescere solo se contestualmente ci si spendeva per far crescere il suo valore sociale, a cominciare dallo sviluppo dei loro luoghi di lavoro alle cui porte da sempre bussano domande, diversamente espresse di tutela in tutti i suoi significati, di giustizia, di solidarietà, di comunità di emancipazione morale e sociale".

Da allora, per Bianco, questo intreccio valoriale ha distinto l'Anaa, evidenziando come «sia stato e sia non solo un motore di sviluppo della sanità pubblica, ma un argine tenace alla disinvoltura dei decisori di turno affinché, nell'inseguire l'utilità dei mezzi, non smarriscano l'utilità dei fini".

«Questo paradigma - ha concluso Bianco - ha informato tutta la storia associativa dell'Anaa e traccia una sostanziale linea di continuità di politica sindacale tra tutte le fasi storiche, soprattutto quando profondamente diverse per contenuti, per contesti sociali, economici, politici, istituzionali, costituendo un'utile chiave di lettura per scorrere e comprendere i 60 intensi anni della sua storia".



Palermo Segretario Nazionale Anaa

Abbiamo bisogno di più diritti, più stabilità nel lavoro, più sindacato

"Le misure per risanare i bilanci hanno portato al deterioramento del Ssn. Le condizioni di lavoro nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali sono rapidamente peggiorate, ma contestualmente anche i servizi sono peggiorati e l'accesso alle cure per i cittadini è diventato più difficile. Per invertire la rotta, secondo il segretario Anaa, bisogna "ridare valore al lavoro". Perché solo così facendo sarà possibile migliorare anche la qualità dei servizi del Ssn e i suoi contenuti economici

"Abbiamo bisogno di più diritti, di più stabilità nel lavoro". Di "più intelligenze messe a disposizione della qualità del lavoro". Di "più sindacato" che esprima "solidarietà, comunità, partecipazione e antagonismo. Di un sindacato capace di indicare una uscita collettiva ai problemi che oggi vivono i colleghi e con loro il Servizio Sanitario Nazionale". Questo il messaggio lanciato oggi dal segre-

tario nazionale Anaa Assomed, Carlo Palermo, nella sua relazione alla giornata celebrativa dei 60 anni di fondazione del sindacato.

L'Associazione Nazionale Aiuti e Assistenti Ospedalieri è stata fondata, infatti, il 20 luglio del 1959 a Vicenza. I soci fondatori furono Giorgio Pomerri, Wladimiro Gualandri, Stelio Ferolla, Antonio Scannagatta, Andrea Marsiag. Una storia lunga, vissuta da generazioni diverse di medici e dirigenti sanitari, che ha attraversato l'evoluzione della sanità in Italia e lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale e dei suoi principi fondanti: l'universalità dei destinatari delle cure, l'equità nell'accesso ai servizi, la solidarietà nei criteri di finanziamento. Valori che tuttavia, ha osservato Palermo, "oggi sono messi in crisi". Ed è contro questa deriva che l'Anaa intende lottare. Per confermare la sua missione e la sua storia. Quello dell'Anaa, ha infatti detto Palermo, "è il racconto di una passione civile capace di tenere insieme il diritto alla cura con quello di curare, la rappresentanza e la difesa dei legittimi interessi di una categoria con la esigibilità per i cittadini dell'articolo 32 della Costituzione, questioni sindacali mai separate da ideali e sensibilità etiche. Questa è l'essenza dell'Anaa, il principio che ci ha sempre guidato, tramandato da tutti coloro che mi hanno preceduto alla Segreteria dell'Associazione, i quali con il loro appassionato impegno l'hanno resa grande". In Italia, ha spiegato il segretario Anaa, "abbiamo assistito negli ultimi 10 anni all'assalto dei principi fondanti del nostro SSN, che ha prodotto pesanti conseguenze sulla possibilità di accesso alle cure da parte dei cittadini. Ma a differenza di quello che è avvenuto in Inghilterra, Spagna e Francia, nel nostro paese l'assalto neo liberista non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente. In Italia l'assalto c'è stato, ma è stato condotto sottotraccia. I politici di turno, in particolare in alcune regioni (Veneto, Piemonte) hanno detto e non detto, spesso si sono contraddetti, hanno promesso e smentito, hanno gettato cortine fumogene per coprire la volontà di trasferire al privato una percentuale sempre più alta di attività sanitarie".

La crisi economico-finanziaria successiva al 2008, insomma, è stata utilizzata, secondo Palermo, "per distruggere i sistemi di welfare universalistici, come il National Health Service e altri servizi sanitari nazionali come quello spagnolo. Recentemente, il 14 novembre, anche in Francia ci sono state proteste e scioperi in difesa del sistema ospedaliero sottoposto a forti attacchi per la riduzione dei finanziamenti, il controllo



ferreo dei costi, la riduzione del personale e dei posti letto. Condizioni che in Italia conosciamo molto bene”.

Sotto il profilo finanziario, il periodo che va dal 2010 e arriva ai giorni nostri è stato, a detta di Palermo, “terribile per il SSN”. A causa della crisi economica, il finanziamento è stato progressivamente ridotto. “In due anni addirittura in termini assoluti rispetto all’anno precedente: 2013 con il Governo Monti e il 2015 con il Governo Renzi. Solo con il Governo Letta nel 2014 si è avuta una crescita superiore al tasso inflattivo medio (+ 2,9 mld: + 2,7% rispetto al 2013). Per il resto, il finanziamento è cresciuto di circa un miliardo all’anno, insufficiente a coprire anche il differenziale inflattivo con conseguente perdita di valore in termini reali del FSN. Secondo Gimbe il de-finanziamento “coatto” del SSN nell’ultimo decennio è calcolabile in 37 mld di €. Solo nel 2020 e 2021 avremo una ripresa del finanziamento al di sopra del tasso di inflazione media, risultato ottenuto prima dall’ex Ministro Grillo e confermato nella Legge di Bilancio 2020 dal Ministro Speranza”.

Questo ha voluto dire anche limitazione della spesa per il personale sanitario, introdotta con la Legge n. 296 del 2006 e ripresa dalla Legge Finanziaria per il 2010, e che, ha spiegato il segretario Anaa, «associata alle politiche dei piani di rientro per le Regioni in deficit di bilancio, ha determinato nel 2017, come si deduce dai dati del CAT, una carenza nelle dotazioni organiche di circa 8 mila medici, 2 mila dirigenti sanitari e 36 mila tra infermieri, fisioterapisti e tecnici sanitari rispetto ai dati del 2010”.

In pratica, secondo Palermo, «Regioni e Aziende per raggiungere l’equilibrio dei conti economici hanno risparmiato tagliando sul personale, un Bancomat che è stato ferocemente sfruttato. E non si è trattato solo di blocco del turnover, ma anche di gravidanze o di assenze per malattie prolungate mai sostituite”.

Stessa sorte per i posti letto, che “negli ultimi 20 anni hanno subito una vera e pro-

pria falciatura, portando l’Italia in coda alle graduatorie europee nel rapporto PL/1000 abitanti (3,2 per mille in Italia rispetto al 5 per mille medio della UE)”.

In questo contesto, ha osservato Palermo, “le condizioni di lavoro nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, sono rapidamente degradate e l’accesso alle cure per i cittadini è diventato difficile, con il prolungamento delle liste d’attesa misurato in semestri se non in anni, in particolare per visite specialistiche, chirurgia in elezione e diagnostica di secondo livello. Le restrizioni stanno quindi intaccando quel patrimonio di competenze specialistiche e professionalità di cui il nostro Servizio sanitario è stato sempre dotato e su cui si fonda la sua capacità di erogare cure di qualità”.

I vincoli di spesa, peraltro, hanno non solo ridotto il personale dipendente ma ne hanno elevato anche l’età media per il blocco del turn over, “dato preoccupante per organizzazioni come quelle ospedaliere con turni di lavoro sulle 24 ore, delicate funzioni di cura e necessità di trasferimento delle buone pratiche ai più giovani”.

Il segretario Anaa ha evidenziato come siano state imposte condizioni di lavoro “demotivanti, dal blocco decennale contrattuale, che solo nei prossimi giorni verrà interrotto, alle difficoltà connesse alle continue riorganizzazioni gestionali; dalla penuria di risorse per la formazione alla obsolescenza delle tecnologie e alla ridotta manutenzione delle strutture con normative antisismiche e antincendio non sempre rispettate».

Si è cercato di favorire la sostituzione del personale dipendente con personale esterno e precario: “dai gettonisti, ai medici delle cooperative, dai medici pensionati a quelli a partita IVA per arrivare ai neolaureati, ai medici militari e a quelli stranieri (ammesso che accettino di lavorare in Italia) in un tripudio di soluzioni tante fantasiose quanto inconcludenti e pericolose per il totale disprezzo della sicurezza delle cure. E così il personale specializzato è sempre più carente, vuoi per la sostanziale assenza, ormai da anni, di una efficace programmazione dell’offerta formativa vuoi perché i professionisti più qualificati vanno altrove (in pensione, all’estero, presso strutture private) mentre il personale esterno – precario, meno aggiornato e con remunerazioni più modeste – non è in condizione di avvantaggiarsi delle conoscenze dei più esperti e dei progetti di formazione. Viene a mancare quella naturale osmosi tra generazioni professionali diverse che da sempre garantisce la trasmissione dei saperi e delle tecniche nel nostro SSN”.

Insomma, “la mancanza di una seria po-

litica del personale sta mettendo in ginocchio l’intero sistema sanitario” e «i medici e i dirigenti sanitari sono oramai in piena sofferenza, potremmo dire sull’orlo di una crisi di nervi”.

Diversi i motivi: “Lavorano troppo”, e questo va a discapito sia del lavoro che della vita familiare. Anche considerato che “svolgono un lavoro non solo gravoso ma anche molto rischioso con ben quattro livelli di responsabilità: penale, civile, disciplinare, deontologica”.

Tutto questo per essere anche “pagati poco”, e “non tanto rispetto ad una indistinta Europa - ha precisato il segretario dell’Anaa Assomed -, dove troviamo comunque stipendi raddoppiati rispetto a quelli italiani, quanto alla concretezza dei punti precedenti. La recente indagine Fnopi ha evidenziato per i medici del SSN una perdita di oltre 6000 € in termini di potere di acquisto, legata in particolare al blocco della dinamica contrattuale sancito dalla legge 122/2010, governo Berlusconi, Tremonti, Bossi. In realtà, in termini di mancato incasso di quote economiche, il periodo 2011/2015 è stato pesantissimo a causa del blocco delle dinamiche di carriera e le conseguenze le hanno pagate soprattutto i giovani”.

“Sono stati bloccati - ha proseguito Palermo -, con interpretazioni ultra legis da parte delle Aziende, gli scatti di posizione ed esclusività ai 5 anni (- 11.000 € per ogni anno di ritardo) e ai 15 anni (- 6000 € per ogni anno di ritardo). A tutto ciò si è aggiunta la perdita di ogni prospettiva di carriera a causa della vera e propria falciatura di strutture complesse (- 4000) e di strutture semplici (- 7000) seguiti all’applicazione del DM 70”. E in tutto ciò, medici e dirigenti sanitari, secondo Palermo, “contano poco nelle organizzazioni sanitarie, dove tutti possono decidere del loro lavoro tranne gli interessati, non essendo considerati professionisti al servizio dello Stato ma semplici impiegati con funzioni professionali”.

Il segretario nazionale dell’Anaa Assomed ha quindi evidenziato come, peraltro, tutte queste misure che hanno penalizzato i professionisti non abbiano avuto ripercussioni positive in termini di miglioramento dell’accesso alle cure da parte dei cittadini. “L’ultimo rapporto Censis sta a dimostrare il contrario. La tendenza è oramai un grande trasferimento di attività verso il privato, convenzionato o meno”.

“Questi fatti concreti - ha proseguito Palermo -, alcuni dimostrati dai nostri studi, hanno determinato lentamente negli ultimi 10 anni profonde modifiche culturali e sociologiche nella categoria medica, potremmo dire antropologiche. Lavorare nel pubblico non è più la scelta prioritaria per i neo laureati che am-

Posti letto

Italia

3,2/1.000

Europa

5/1.000



Il personale del Ssn: un patrimonio di competenze e professionalità da difendere.

bisognano a specializzazioni spendibili sul mercato privato (cardiologia, dermatologia, pediatria, endocrinologia, oculistica, chirurgia plastica...). Impressionante è il dato rilevato recentemente in Piemonte: il 6% della dotazione organica si è licenziata tra il gennaio 2018 e il giugno 2019 prima di arrivare alla pensione. Ma «non si tratta solo di uscire da una vita personale fatta di incertezze, impossibilità di programmare il proprio futuro e di sviluppare una serena vita familiare e sociale», ha messo in guardia Palermo. «La precarietà – ha evidenziato – ha profonde ripercussioni sulla qualità della erogazione dei servizi sanitari. Le équipes hanno bisogno di lavoro stabile, di stati giuridici non frammentati per poter fare investimenti in termini di crescita delle capacità professionali e tecniche dei singoli operatori. Solo in questo modo è possibile garantire nel tempo la crescita in termini qualitativa e di sicurezza delle prestazioni sanitarie ai cittadini. È per questo che diciamo basta alla assunzione di medici neolaureati, di pensionati, di gettonisti o di medici delle cooperative, in cui nemmeno si riesce a verificare il possesso del titolo di specialista o le specifiche competenze per il lavoro che sono chiamati a svolgere. Noi vogliamo coniugare la stabilità e la soddisfazione per il lavoro svolto con la qualità del servizio offerto». Allo stato attuale, però, continua a farsi strada la sanità privata e integrativa. Quest'ultima caratterizzata da un profondo equivoco, secondo Palermo, perché «è illusorio pensare che fondi sanitari, assicurazioni e welfare aziendale costino meno e siano più efficaci». «Possono svolgere un ruolo – ha proseguito – ma solo nel rispetto dei principi generali di tutela della salute che valgono per tutte le persone». Allo stato attuale, invece, «sono fonte di disuguaglianze» e «legittimano l'idea che di fronte alla malattia i cittadini non siano tutti uguali».

Per il segretario dell'Anaa, se si vuole dare spazio alla sanità integrativa, è necessaria «una sostanziale revisione», definendone l'ambito di azione «in modo da renderla effettivamente integrativa (e non sostitutiva)». L'obiettivo, dunque, è «lasciare in eredità alle future generazioni un welfare rinnovato ma non

“**La precarietà ha profonde ripercussioni sulla qualità della erogazione dei servizi sanitari. Le équipes hanno bisogno di lavoro stabile, di stati giuridici non frammentati per poter fare investimenti in termini di crescita delle capacità professionali e tecniche dei singoli operatori. Solo in questo modo è possibile garantire nel tempo la crescita in termini qualitativa e di sicurezza delle prestazioni sanitarie ai cittadini**”

“**L'offerta di prestazioni è in larga parte duplicativa di quelle offerte dal Ssn e promuove consumi superflui o inappropriati con forti incentivi a indirizzare la domanda verso fornitori privati**”

Anaa Assomed
1959 – 2019

60 anni
per i medici
e per la sanità
pubblica

snaturato». E se l'abbattimento di disuguaglianze deve restare un obiettivo, per l'Anaa questo significa dire no all'attuale progetto di autonomia differenziata di alcune Regioni, «le cui conseguenze sulla salute, e più in generale sul sistema paese, sono ampiamente sottovalutate», ha detto di Palermo, secondo il quale le criticità legate alle disuguaglianze tra nord e sud del Paese, per Palermo, «non possono essere accantonate riconoscendo alle regioni ricche l'allentamento dei doveri di solidarietà nei confronti delle popolazioni in difficoltà». «Al contrario – ha detto Palermo – deve essere rafforzato il ruolo concreto dello Stato quale garante della coesione sociale e dell'unità giuridica ed economica del Paese».

Come investire la rotta? Per Palermo «è importante sicuramente dare seguito alle promesse avanzate da parte di esponenti dell'attuale maggioranza governativa per la salvaguardia del SSN. Avere per almeno un arco temporale, che potrebbe essere un quinquennio, la certezza di un incremento annuale del FSN intorno ai 2 mld può rappresentare il primo passo verso la salvezza, il livello minimo di finanziamento per affrontare le criticità emergenti. Serve anche per avviare un grande piano assunzionale il cui costo è valutabile, per i soli medici e dirigenti sanitari, in circa un miliardo di euro». Il segretario dell'Anaa considera «molto importante avere previsto nel Patto per la Salute e nella prossima Legge di Bilancio il superamento del limite posto con l'articolo 11 del DL «Calabria» relativo alle risorse destinate all'incremento delle dotazioni organiche rispetto al 2018. Senza, le Regioni in piano di rientro impiegherebbero decenni per recuperare il personale perso dal 2009 in avanti. La proposta del Governo e delle Regioni è di portare la disponibilità economica dal 5% attuale al 15% dell'incremento del finanziamento del fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente. Per essere efficace tale incremento deve essere mantenuto nel tempo».

In presenza di uno sblocco largo delle assunzioni, per far fronte alla carenza attuale e futura di specialisti, secondo Palermo «deve essere rapidamente emanato il regolamento interministeriale attuativo della norma contenuta nell'articolo 12 del DL «Calabria», voluta dall'ex Ministro Grillo insieme a noi, che permette l'assunzione a tempo determinato degli specializzandi del 4° e 5° anno con un contratto di lavoro a tempo parziale collegato a quello dell'Area della Dirigenza sanitaria. Ad oggi sono circa 9.000 i medici in formazione interessati, e rappresentano, insieme con i circa 15.000 specializzati degli ultimi tre

anni, una platea adeguata per tamponare la prima ondata pensionistica che avremo entro il 2022».

Il risparmio sui contratti di specializzazione, conseguente all'assunzione degli specializzandi da parte delle Regioni, associato comunque ad un ulteriore finanziamento statale, permetterebbe peraltro, ha evidenziato Palermo, «di incrementarne il numero ad iniziare dall'anno accademico 2020/2021 ad almeno 11.000/11.500, di cui 10.000/10.500 statali e 1000 regionali. Innescando tale circolo virtuoso si comincerebbe a rispondere alle attese dei medici intrappolati nell'imbutto formativo, destinati altrimenti ad aumentare nei prossimi anni per l'arrivo alla laurea degli studenti iscritti dalla magistratura amministrativa, senza contare che l'incremento degli specializzandi e del numero dei futuri specialisti permetterebbe di affrontare la seconda ondata di pensionamenti dal 2023 in avanti».

Palermo si è quindi soffermato sulla Legge di Bilancio, in discussione al momento delle celebrazioni del 60° anniversario Anaa, ed ha illustrato quello che i dirigenti medici e sanitari attendono sia approvato: il superamento del comma 2 art 23 del D.lgs 75/2017, visto che le Dirigenze dell'Area Sanità hanno già ottenuto nel CCNL 2016-2018, e gratis, a quanto richiesto al comma 1 dello stesso articolo, cioè la «progressiva armonizzazione» dei fondi accessori. Chiediamo pertanto la possibilità di utilizzare le risorse derivanti dalla RIA, che rappresentano un patrimonio storico della categoria e appartengono già ai loro fondi contrattuali, per poter completare l'armonizzazione, premiare il merito e remunerare il disagio.

La defiscalizzazione, già concessa al lavoro privato e agli insegnanti pubblici, della produttività aggiuntiva che metterebbe al servizio dell'abbattimento delle liste di attesa milioni di prestazioni in più. Certe e non aleatorie.

Un aumento delle ore lavorate, nel sistema 118 e negli ospedali, attraverso il passaggio del personale convenzionato che occupa posti ospedalieri alla dipendenza. Una modifica dei termini temporali previsti dalla Legge «Madia» per permettere la stabilizzazione del precariato ancora presente.

La proroga della validità delle graduatorie fondamentale per far fronte all'elevato turn over che dovremo affrontare nei prossimi anni.

«In sostanza – ha concluso Palermo – misure per migliorare il lavoro negli ospedali e nel SSN per renderlo attrattivo per i giovani ed i meno giovani, riducendone la precarizzazione e migliorandone la qualità e i suoi contenuti economici. Ridare valore al lavoro».

Speranza Ministro della Salute Sindacati: un contributo alla democrazia. Anaao esempio di capacità di tenere insieme tutela della categoria e interessi del Paese

Nel tracciare le linee del suo ministero, nel suo intervento alle celebrazioni per i 60 anni dell'Anaao Assomed, Speranza ha detto di "rifiutare l'idea che prima viene il vincolo di bilancio e poi il diritto di salute. Si deve definitivamente chiudere la stagione dei tagli alla spesa sanitaria". Ha quindi evidenziato come questo si sia già tradotto nei "due miliardi in più

sul Fsn, due mld in più per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico; l'abolizione del superticket". Ai medici il ministro ha espresso il proprio grazie un importante ruolo non solo in qualità di professionisti della salute, ma anche come interlocutore politico, assicurando il proprio impegno per lo sblocco della Ria e per l'incremento delle borse di specializzazione



"Questo è un Governo che fa bene al Paese, come stiamo dimostrando per il comparto salute. Credo che da molto tempo il Ssn non veniva difeso come lo stiamo difendendo noi in questi mesi". Lo ha affermato il ministro della Salute, **Roberto Speranza**, a margine del suo intervento, oggi a Roma, alle celebrazioni per il 60° anniversario dell'Anaao Assomed.

Un intervento concluso con gli applausi dell'assemblea dei dirigenti medici, a cui il ministro ha riconosciuto un importante ruolo non solo in qualità di professionisti della salute, ma anche come interlocutore politico. Da una sollecitazione dell'Anaao Giovani, ha infatti voluto evidenziare il ministro, nasce l'emendamento alla manovra che ha allargato a tutto il 2019 la possibilità di stabilizzazione dei precari che rispondono ai criteri della Madia (prima fissata a fine giugno).

Per il ministro, i sindacati "sono un contributo alla vita democratica di un Paese", ma "è decisiva" ed "è un punto fondamentale della vostra storia - ha detto il ministro rivolto all'assemblea dell'Anaao - la capacità di tenere insieme la rappresentanza di una categoria, come

è normale che sia per un sindacato, con una visione di interesse generale per il paese".

Speranza ha quindi descritto le linee direttrici del suo mandato sostenendo il proprio "rifiuto dell'idea che prima viene il vincolo di bilancio e poi il diritto di salute". "Il mio faro - ha detto il ministro - è l'articolo 32 della Costituzione" e "l'universalità del Ssn non è negoziabile". **"Il mondo, però, cambia alla velocità della luce** - ha precisato Speranza -. Se quindi ci sono valori irrinunciabili, c'è però anche bisogno di trovare nuovi modi per realizzarli". Il ministro ha parlato della necessità di "un nuovo grande Patto Paese interno al sistema salute" per "trasportare i valori del passato nei tempi nuovi". I protagonisti di questo Patto, per Speranza, non possono però essere solo "il ministro, il Governo e le Regioni. C'è bisogno dei sindacati, degli Ordini, delle associazioni e anche delle aziende del settore".

Per il ministro c'è poi un presupposto per questo Patto: "Si deve definitivamente chiudere la stagione dei tagli alla spesa sanitaria. C'è una discussione interna al Governo, che è anche comprensibile, ma io rifiuto l'idea che ven-

ga prima il vincolo di bilancio e poi il diritto di salute di una persona". Per il ministro si tratta di fare un salto culturale e riconoscere che «i soldi che si mettono sul comparto salute non sono mera spesa pubblica, bensì il più grande investimento che si può fare sulle persone e sul Paese». **Il ministro ha quindi voluto sottolineare l'impegno profuso** in questi primi mesi di governo per il comparto Salute. "Si può fare sempre meglio, ma qualche segnale lo abbiamo dato". E ha citato i "2 miliardi in più sul Fsn", i "2 mld in più sull'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico", nonché l'abolizione del superticket che "è un segnale importante verso il cittadino. Il governo gli sta dicendo: 'Noi vogliamo che ti curi'. Ma oltre che come messaggio, vale anche 560 mln di euro di soldi risparmiati per i cittadini".

Per il futuro il ministro ha sostenuto la necessità di "cambiare il modello di programmazione della spesa in sanità", a partire dalla spesa sul personale. "Ma anche qui qualcosa iniziamo a fare", e ha spiegato: "Se fino al 2019 il tetto alla spesa per il personale poteva crescere del 5% rispetto alla quota incrementale del fondo sanitario, oggi con l'emendamento approvato nel decreto fiscale si sale fino al 15%, che sui 2 miliardi in più previsti dalla manovra, significa che le risorse che si potranno usare nel 2020 per combattere la carenza di personale sono sei volte in più rispetto al 2019".

Il ministro ha poi ricordato l'emendamento approvato la scorsa notte alla manovra che autorizza, "solo per la sanità", lo scorrimento delle graduatorie vigenti degli idonei. E poi l'allargamento, "derivante da una proposta Anaao Giovani", delle maglie della Madia permettendo la stabilizzazione anche ai precari in possesso dei criteri a tutto il 2019.

Incalzato dai giornalisti sull'incremento delle borse di studio, Speranza non ha dato anticipazioni su eventuali misure, ma ha assicurato che "stiamo lavorando".

Ai medici Anaao ha poi assicurato il proprio impegno sulla questione Ria, "che è sul tavolo e su cui vorrei provare a fare il possibile in tempi dignitosi".

A margine del suo intervento il ministro, rispondendo ai giornalisti, ha parlato della necessità di "rimettere mano ai tetti della spesa farmaceutica", perché "così non funziona. Penso che sia ragionevole lavorare al riequilibrio dei tetti". Quanto alle modalità, ovvero se inserire la modifica in manovra o nel nuovo Patto per la Salute, Speranza ha detto che "sarebbe necessaria una norma specifica".



Tavola rotonda Lavoro, welfare e sindacato nella società 4.0

La crisi del lavoro e la perdita di identità professionale al centro della tavola rotonda condotta dal presidente Anaa Costantino Troise, con Alberto Oliveti, presidente Enpam; Michele Vannini, Segretario Fp Cgil Politiche sanitarie; Ketty Vaccaro, responsabile Area Welfare e Salute del Censis; e Domenico Carrieri, professore Ordinario di Sociologia economica e del lavoro a La Sapienza di Roma. Tutti d'accordo nel ritenere che, in Italia, «bisogna ripartire dal ridare valore al lavoro»

Anaa Assomed
1959 - 2019

60 anni
per i medici
e per la sanità
pubblica

“Il lavoro è cambiato. È un dato innegabile. Il vecchio mondo è stato destrutturato e con esso quell'alveo all'interno del quale era cresciuta la professione. Oggi c'è un lavoro flessibile, un lavoro a contratto, lavoro a termine, un lavoro somministrato, un lavoro a cottimo, un lavoro con falsa partita iva e un lavoretto. In questo contesto è diventato più complesso il ruolo del sindacato di tutela e rappresentanza delle categoria”. È partendo da questo contesto che il presidente nazionale Anaa Assomed, Costantino Troise, ha lanciato agli interlocutori della tavola rotonda la sfida di tracciare il profilo di un nuovo sindacato in grado di ridare dignità al lavoro e ai lavoratori.

A parlarne con Troise c'erano Domenico Carrieri - Professore Ordinario di Sociologia economica e del lavoro, Dipartimento DISSE, Università di Roma La Sapienza; Alberto Oliveti, presidente Enpam, Michele Vannini, Segretario Fp Cgil Politiche sanitarie; e Ketty Vaccaro, responsabile Area Welfare e Salute del Censis.

Riprendendo dalle parole di Troise, Vaccaro ha affermato come la realtà attuale sia descrivibile attraverso un paradosso: “Abbiamo assistito alla stabilizzazione della precarizzazione. E a farne le spese sono stati i più giovani”, un terzo dei quali lavora, ha detto la ricercatrice del Cen-

sis, con un contratto atipico. “Li chiamano contratti flessibili, ma nei fatti è lavoro precario”, ha detto Vaccaro evidenziando come questa situazione abbia conseguenze molto ampie: «In queste condizioni non è possibile pensare al futuro. Abbiamo costretto i giovani a rimandare o a rinunciare a tante tappe della vita”. Ma non solo. La crisi del lavoro ha condotto molte persone, secondo Vaccaro, a una crisi di identità. “In passato l'identità era fondamentalmente centrata sul lavoro. C'era il medico, il prete, il farmacista e il maresciallo. Ora non è più così. Per questo la destabilizzazione nella società è tanto profonda, perché colpisce l'io dell'individuo”

La ricercatrice del Censis ha quindi evidenziato come il risanamento del bilancio pubblico sia “merito di chi ha continuato a lavorare”, ma poggia anche le basi sul fatto che “i cittadini si sono ritrovati con un sistema universalistico sulla carta, ma molto meno accessibile. Un universalismo di facciata”.

Questo, ha spiegato Vaccaro, vale ancora di più per le Regioni del Sud. Perché, secondo la ricercatrice del Censis, «se è vero che in alcune Regioni c'era bisogno di misure forti per rimettere a posto i conti, tuttavia non si è riflettuto abbastanza sulle conseguenze di certe misure, che sono state pesantissime”.

Vaccaro ha quindi illustrato alcuni dati inerenti la riduzione del personale del Ssn: “Dal 2009 al 2017 abbiamo assistito a una riduzione complessiva del 6,2% (-1% del personale, -6,3% se parliamo di medici in senso stretto). Ma la riduzione del personale non è stata la stessa nei diversi territori: si va da -1,5% del Nord al -11,1% del sud e isole, passando per il -7,9% del centro. E nessuno si è preoccupato che questo intervento determinasse un allargamento della forbice rispetto a differenza alla quantità e alla qualità di assistenza tra le regioni italiane».

Anche Carrieri ha illustrato alcuni dati a dimostrazione della crisi vissuta dai lavoratori: “Solo il 10% circa si sente ‘sicuro’. Un malessere che è nato una decina di anni fa ma che non è mai finito. Il nostro è un paese che non ha superato la recessione economica e non cresce”.

A preoccupare i lavoratori, ha spiegato Carrieri, è in oltre il 40% dei casi il timore di non avere pensione adeguata per una vecchiaia serena, cifra che sale al 44% per i lavoratori autonomi. La seconda preoccupazione, per oltre il 20% dei lavoratori, riguarda il rischio di non avere continuità di lavoro e di reddito. “I lavoratori si sentono minacciati e ritengono che le riforme fatte abbiano inde-

Segue a pagina 16



Siamo pronti ad imparare dal passato.
Siamo pronti ad affrontare il presente.
Per poter guidare il futuro.



Parliamo di idee..

Tutto è nato da un'idea.

Ma quale idea è vincente senza un'idea che la guidi?

Ognuno di voi ha in mente o aveva in mente un tipo di lavoro ideale quando si iscrisse a medicina.

Ognuno di voi aveva in mente un'idea di medico.

Che fosse il medico in Africa o stile Grey's Anatomy, nessuno certamente avrebbe immaginato di dover lottare per curare.

Eppure oggi è così.

Ma se pensiamo solo all'etimologia di sindacato ci rendiamo conto che siamo degli eletti.

E se sindacato vuol dire salvaguardare insieme la giustizia, se sindacato vuol dire protettore bene l'Anaao svolge in pieno il proprio compito.

Parlavamo di idee.

Se quel giorno in cui si pensò a creare un settore per il futuro, se l'idea era quella di assicurare non solo una protezione ai lavoratori di oggi e di domani, ma anche di rendere consapevoli dei propri diritti sempre più medici.. allora l'idea è stata vincente.. anche se considerassimo solo il lato puramente matematico del termine. Il settore infatti ha triplicato i suoi iscritti al soft sei quota 3000.

Ma non siamo qui per dare numeri... almeno si spera... ma per dare un'im-

PIERINO DI SILVERIO
Responsabile Nazionale Settore Anaao Giovani

Anaao Assomed
1959 - 2019
60 anni
per i medici
e per la sanità
pubblica

magine di quanto sia moderno un sindacato che sceglie di investire nel futuro...

Di quanto possa essere giovane, nonostante i sessant'anni compiuti, un sindacato che sceglie di investire in un'idea, di perseguire un'idea, dando vita ad un laboratorio, di persone, di valori condivisi..inserendo nuove forze negli organismi statutari.. perché sul campo si forgiavano i migliori guerrieri. Un sindacato che sceglie di fare esattamente quello che è deputato a fare far sviluppare e crescere per rendere sicuri i medici non solo di oggi ma anche di domani.

Un sindacato che impara a modificare il proprio linguaggio per avvicinarsi ai nuovi medici senza modificare la qualità dei contenuti.

Un sindacato che sceglie di fare cultura. L'Anaao ha scelto di dar vita ad una cantera dalla quale forgia una classe dirigente...nuova di zecca .. e non un prodotto grezzo, come quello che vediamo uscire fuori dalle università moderne, ma un prodotto finito, un prodotto di lusso che mette a disposizione per tutti i medici che devono far valere i propri diritti.

Ne ha fatte tante la cantera, ne ha dette tante, grazie alla lungimiranza della classe dirigente è cresciuta, imparando dai propri errori e godendo dei succes-

si una squadra.

Studi sui fabbisogni, incontri con i ministri, comunicati stampa, audizioni... manifestazioni.

L'idea del laboratorio insomma è stata contagiosa perché il laboratorio stesso ha iniziato produrre idee e contenuti. Si è formata e continua a farlo quotidianamente la nuova classe dirigente, ma soprattutto impara a confrontarsi con i problemi dei tanti medici che oggi vivono in una condizione di insopportabile pressione giovani e meno giovani.

La cantera ha imparato a farsi carico dei problemi e cercare soluzioni.

Oggi finalmente, dopo 10 anni, nonostante la giovane età, nonostante errori ed incomprensioni, grazie alla fiducia continua, possiamo dire che siamo pronti.

Possiamo dire che quell'innesco di cui tanto si è parlato e che sembrava in alcuni momenti arduo, è riuscito. Ora occorrerà coltivare i frutti e soprattutto raccogliarli.

Possiamo dire che:

Siamo pronti ad imparare da passato.
Siamo pronti ad affrontare il presente.
Per poter guidare il futuro.



60 anni di Anaa Assomed

10 anni in Anaa della dirigenza sanitaria nel suo quarantennale: la storia della sanità pubblica in Italia

La celebrazione dei 60 anni di vita di Anaa Assomed costituisce in qualche modo una vera e propria riepilogazione dei sessanta anni del servizio sanitario pubblico nel nostro Paese, iniziato con la Riforma Mariotti nel 1969, dedicata al sistema ospedaliero, proseguito nel 1978 con la Legge 833, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale in attuazione delle disposizioni della Costituzione repubblicana, cui hanno fatto seguito le modificazioni intervenute con il D.Lgs 502/92, e quindi con le relative modifiche successive (D.Lgs 517/93 e 229/99): una storia sindacale che è autenticamente la storia della sanità italiana, che nasce sulla spinta dell'avvio della funzione ospedaliera in Italia e sulla contestuale necessità di dare dignità alla figura del medico nello stabilimento ospedaliero, e che poi si sviluppa a sostegno della costruzione di un sistema salute ed al suo adeguamento costante all'evoluzione socio-economica del Paese ed all'incessante sviluppo tecnico-scientifico. Un movimento sindacale quello di Anaa, che si diffuse subito capillarmente nel territorio, che pone le proprie fondamenta sulla proposizione di un modello di autonomia professionale del medico, che critica e combatte sin dall'origine il modello verticistico delle carriere (assistente-aiuto-primario) verso una visione proiettata al paziente posto da Anaa, fin dall'inizio, al centro del sistema. Fu quel modello di sindacato che collaborò con le istituzioni e stimolò fortemente la nascita del Servizio Sanitario Nazionale, avvenuta con la Legge 833, sino alla sua ulteriore Riforma del 1992. Fin dalle origini l'Anaa si carat-

ALBERTO SPANÒ
Responsabile Nazionale Settore Dirigenza Sanitaria

terizzò come forza sindacale maggioritaria aperta al confronto con tutte le forze sociali, e con le altre categorie professionali della sanità pubblica, a partire proprio dalle categorie che poi confluirono con i medici nella dirigenza sanitaria. Fu infatti nel 1978 che nacque parallelamente la rappresentanza sindacale maggioritaria dei biologi, chimici, fisici, psicologi e farmacisti, che si configurò successivamente nel sindacato Sds Snabi, e che sin da allora iniziò la collaborazione con Anaa, che progressivamente si tradusse in momenti di studio e di analisi comuni, ed in numerose ipotesi di riforma evolutiva del sistema sanitario e dello scenario delle professioni che sostenevano il sistema nel suo complesso.

Fu una collaborazione che divenne intensa nella fase in cui i medici riproposero con forza la loro indiscutibile peculiarità e centralità, da ricondurre in un contratto specifico, e quando la necessità di una contrattazione separata fu fortemente collegata con la ricerca di un nuovo stato giuridico ricercato allora e con forza nella "categoria speciale". Furono tempi di confronto serrato e duro con i partiti e con le forze sindacali generali, fautrici della "unicità" contrattuale quale soluzione "terrapiantista" delle diversità intrinseche ai diversi contenuti professionali tipici del sistema sanitario. E fu proprio dal confronto laico, promosso e sostenuto da Anaa, che un gruppo ristretto ed intercategoriale, partecipato da Sds Snabi, progettò e presentò l'ipotesi della nuova area della dirigenza del ruolo sanitario, in cui collocare medici, veterinari e le altre figure sanitarie. Fu una intuizione geniale, quella cioè di una "dirigenza speciale", che integrava al mas-

simo livello il ruolo professionale con quello gestionale, una dirigenza dotata di una separata e specifica contrattazione, una dirigenza che si caratterizzava nella logica della clinical governance, cioè di una dirigenza orientata alla tutela della salute, alla qualità dell'assistenza, alla centralità clinico-assistenziale, al governo orientato delle risorse. L'art. 15 del D.Lgs 502, scritto da quel gruppo di lavoro, fu una grande conquista, sostenuta da Anaa Assomed e sviluppata in collaborazione con Sds Snabi, con ciò gettando le basi per avviare successivamente una sempre più stretta integrazione sindacale, che portò, dopo il trentennale di Sds Snabi nel dicembre 2008, alla confluenza della sigla più rappresentativa dell'area Spta, in Anaa Assomed, come Settore della Dirigenza Sanitaria, di cui nel 2019 celebriamo il primo decennale, coincidente con i 60 anni di Anaa Assomed. Anaa Assomed è oggi il più forte e rappresentativo sindacato italiano sia della dirigenza medica che di quella sanitaria, divenuto sempre più laboratorio attivo di sperimentazione avanzata di ipotesi e modelli orientati alla garanzia del sistema salute per tutti i cittadini di questo Paese. Le categorie della dirigenza non medica, riduci da un lungo periodo di sofferenza legata alla permanente crisi finanziaria nazionale ed internazionale, che le ha colpite profondamente e più delle altre componenti professionali, sono sempre più coinvolte negli scenari dell'evoluzione tecnico-scientifica, e responsabilizzate in posizioni strategiche per il SSN, in quasi tutti i settori deputati alla tutela della salute e dell'ambiente. I 60 anni di questo grande Sindacato Anaa rappresentano perciò un grande bagaglio storico di conquiste sociali, e configurano ancora una volta anche un nuovo e qualificato punto di partenza per andare a ridisegnare e rilanciare un sistema salute adeguato alle grandi attese di questo millennio.

Anaa Assomed
1959 - 2019
60 anni
per i medici
e per la sanità
pubblica

L'impegno, la capacità e la passione targati Anaao, è finalmente premiata: nel corso dell'ultima assemblea generale a Berlino, le delegazioni della European Junior Doctors Association hanno eletto un candidato italiano come membro del Board nel ruolo di Administration Officer

Anaao ed Ejd: una storia che viene da lontano

Negli archivi fotografici dell'Anaao c'è una foto, in bianco e nero, datata 1976. Ritrae alcuni giovani medici, provenienti da tutta Europa, intenti a confrontarsi sulle diverse realtà della formazione specialistica in medicina. È la prima riunione della European Junior Doctors Association – Ejd-, dopo la sua fondazione nel Maggio del 1976; all'epoca è chiamata PWG (Permanent Working Group) e nulla si sa sui nomi dei protagonisti dello scatto o sugli argomenti trattati. Sappiamo però che, a presenziare per l'Italia, c'è un giovane Pietro Paci, già segretario nazionale dell'Anaao.

In quegli anni, l'Italia si prepara a costruire il futuro sistema sanitario nazionale (1978) e probabilmente Pietro Paci già comprende l'inscindibile legame che unisce l'attività ospedaliera e la tutela dei suoi operatori con la formazione dei futuri specialisti.

In quel momento storico, la PWG era un nascente gruppo di lavoro che però sarebbe divenuto, negli anni a venire, la seconda più grande associazione di medici europei, con 23 Nazioni associate con la titolarità di rappresentare oltre 300000 medici in formazione specialistica.

Passano gli anni e la storia dell'Anaao si incrocia nuovamente con il percorso della Ejd nel 2013: il nostro sindacato è sempre più attento ai giovani medici ed è in prima linea per quanto riguarda la lotta all'imbuto formativo e l'equiparamento degli specializzandi italiani alle condizioni di lavoro dei loro pari in Europa.

L'Anaao è già presente in Europa nella Fems ma è chiara la necessità di essere parte attiva in una associazione maggiormente dedicata agli specializzandi quale la European Junior Doctors Association. A Maggio del 2013, a Praga, nel corso della assemblea generale della Ejd, Alessandra Spedicato presenta



Roma, Istituto Regina Elena, 14-17 ottobre 1976

Working group of Wuropean Junior Doctors



ALESSANDRA SPEDICATO
Capo Delegazione EJD

alle varie delegazioni europee l'attività dell'Anaao Assomed, i suoi obiettivi e progetti e chiede che la nostra associazione possa entrare a far parte di un gruppo di lavoro tanto importante e prestigioso.

Purtroppo lo statuto è molto rigido: stabilisce che per ogni nazione possa essere presente una unica associazione e che questa sia la più rappresentativa per gli specializzandi nel paese di riferimento. Per rendere l'idea, tutte le delegazioni hanno esponenti provenienti dagli Ordini dei Medici, con l'unica eccezione della delegazione tedesca che vede schierati rappresentanti del Marburger Bund (il gigantesco sindacato generale della Germania).

Da quel momento, affinché l'obiettivo si realizzi, è un susseguirsi di incontri, studio, presentazione di progetti, impegno che vedono finalmente l'Anaao nell'ottobre del 2016 ad Oporto, divenire membro effettivo della Ejd e rappresentante degli specializzandi italiani in Europa. Ma l'avventura non finisce qui. In aggiunta alla partecipazione ordinaria, a Settembre 2017 la de-

legazione italiana si incontra per un meeting bilaterale con la delegazione norvegese (all'epoca titolari della vice presidenza nel Board della Ejd) per approfondire le criticità dei due paesi; a Settembre 2018, l'Anaao ospita a Napoli il Board della Ejd. Si organizza un meeting con i segretari regionali Anaao Giovani e ci si confronta su idee e soluzioni per risolvere le difficoltà e le anomalie del percorso formativo italiano, rispetto agli standard europei. L'impegno, la capacità e la passione targati Anaao, è finalmente premiata: nel corso dell'ultima assemblea generale a Berlino, le delegazioni della European Junior Doctors Association hanno eletto un candidato italiano, Giuseppe Esposito, specializzando di Cagliari, come membro del Board nel ruolo di Administration Officer.

È un grande risultato per la nostra associazione, a testimonianza che il lavoro fatto dal nostro sindacato, è apprezzato anche oltre confine. Sempre più orgogliosi di essere in Europa, sempre orgogliosi di essere Anaao.



A cura della
Delegazione
Anao Assomed
all'EJD



REPORT

European Junior Doctors Autumn Meeting 2019 – Berlin

Il meeting è iniziato con una presentazione storica del Maburger Bund (sindacato tedesco) il quale è stato istituito nel 1947 ed è costituito da 14 associazioni regionali e altre associazioni federali. Agisce sulla politica sanitaria regionale, nazionale ed europea: in particolare sulle riforme dell'assistenza sanitaria, finanziamenti per gli ospedali, direttive sull'orario di lavoro. Sono, inoltre, responsabili del percorso post-specializzazione e l'aggiornamento continuo medico. Hanno un ufficio internazionale per fornire assistenza ai medici stranieri che vogliono lavorare in Germania, ai membri che vogliono studiare o lavorare all'estero. Rappresentano, infine, gli interessi dei membri nelle associazioni europee ed internazionali. Presentazione del nuovo CCL, che prevede 40 ore settimanali + reperibilità fino a raggiungere un max di 56 ore settimanali. 30 giorni di ferie.

National Oral Interim Report

Olanda

Problema principale è il "Green deal". L'assistenza sanitaria consuma molte energie che determinano l'emissione di CO₂ in notevoli quantità (>5%). Gli obiettivi che si sono posti sono: riduzione del 49% dell'emissione di CO₂ per il 2030, puntare su un modello circolare di economia, sulla disponibilità della wastewater medicine, su un ambiente che promuove la salute. www.greendeals.nl

Svezia

Un importante problema coinvolge gli studenti di medicina, in particolare l'università dovrebbe incrementare il numero delle ore di studio in medicina, perché non sono in linea con le norme europee. Ci sono molti studenti che studiano fuori e per loro è difficile completare il numero di ore. Da luglio 2020 si applicherà una nuova legge che prevede di implementare a foundation year prima di iniziare la specializzazione (riforma della scuola di medicina perché secondo la direttiva europea non ci sono abbastanza ore di teoria/pratica). La riforma

ma si applicherà completamente dopo che chi inizia medicina nel 2021 si sarà laureato, ma nel mentre chi è andato a studiare fuori per tornare dovrà comunque iniziare ad implementare il foundation year. Il problema è che al momento non ci sono abbastanza strutture che offrono posti, sono circa 60 in tutto il paese. Non c'è accordo sul programma. Nel paese ci sono 3 regioni che stanno erogando programmi diversi, le altre non si sono ancora espresse perché attendono direttive nazionali. Vi è un'importante carenza di infermieri, per cui spesso assumono studenti medici o neolaureati per svolgere le funzioni infermieristiche. Ci sono troppi medici, ma loro possono lavorare anche solo con il diploma e manca un registro nazionale. Al momento la carenza di infermieri viene colmata assumendo medici neoabilitati con compiti misti medico/infermieristici (dal prescrivere a rifare i letti).

Lettonia

Nel 2019 è iniziata la joint application, ovvero i giovani medici possono avere la possibilità di scegliere l'ospedale e la specializzazione. Si possono fare fino a 2 specialità. Al momento il concorso di specializzazione funziona come da noi, c'è una graduatoria nazionale, si può concorrere per 2 specializzazioni. I punti a concorso sono 35% curriculum, 9% tesi ed esame di laurea, 24% attività scientifica e 32% colloquio (intervista



con 17 domande standardizzate per la valutazione di fattori fisici e mentali). Quando terminano la specializzazione non sono liberi di poter andare all'estero, ma devono lavorare nel loro paese per almeno 3 anni, altrimenti devono restituire i soldi della specializzazione. C'è attualmente una mediazione in corso con il ministero ed è previsto un incontro a breve in merito a tale questione e sono stati supportati dall'Ejd. Al momento lo stipendio di partenza di un junior doctor è 950 euro.

L'anno scorso a dicembre il governo ha approvato una manovra per aumentare i salari minimi, e quest'anno a giugno hanno cambiato idea e gliela stanno negando.

Hanno fatto uno studio di confronto con altri paesi europei e al momento sono in trattativa con il ministero anche per questo e stanno organizzando molte manifestazioni nazionali e scioperi (su 1.8k interessati 800 scioperano la settimana prossima). Chiedono una mozione di supporto da parte dell'Ejd (che è stata firmata alla fine della assemblea generale), poiché il 14 novembre verrà approvato il budget per il prossimo anno. Hanno tentato ricorsi nazionali e li hanno persi tutti. C'è in programma, qualora dovesse fallire la trattativa sul tavolo con la ministra della salute, di ricorrere alla corte europea ma temono che la Corte si possa esprimere in modo negativo sancendo che, per motivi di stabilità pubblica, i medici non possano migrare all'estero (**ndr: questa situazione non è poi così distante dalla nostra, se ricordiamo la minaccia di abbandono di pubblico servizio che, un paio di anni fa, una azienda ospedaliera aveva rivolto a due pediatre che volevano licenziarsi per andare a lavorare in un altro ospedale**)

Irlanda

Carenza di specialisti: liste di attesa anche di 4 anni per patologia benigna. Un quarto degli specialisti peraltro è over 50 e si pensionerà nei prossimi 10-15 an-

ni. Il 75% dei medici lascerà il Medical Council Register 201-2018 e circa il 70% dei medici di 40 anni andrà in altri stati a lavorare. La Irish Medical Organization intraprenderà un'azione legale se il governo non proporrà una risoluzione per la crisi dei medici. I neo specialisti se ne vanno per via delle condizioni di lavoro scadenti, negli ultimi anni in particolare hanno ridotto di molto i salari di partenza per i neospecialisti. Orario di lavoro: vengono riportate ufficialmente le ore previste dalla direttiva europea, ma tutti sfiorano in realtà. Ufficialmente il governo riporta che il 90% degli ospedali applica la direttiva, ma quando si va a fare il sondaggio tra medici sono d'accordo circa il 50%. L'eventuale Brexit influenzerà sia sulla formazione medica che sulla forza lavoro dei medici

Repubblica Ceca

Hanno fatto una survey 2017 in cui le condizioni lavorative sono molto eterogenee, da cui è nato il "Fair Workplace Project" che raccoglie le esperienze degli specializzandi dei singoli centri per orientare chi deve scegliere la specializzazione. Al momento hanno raccolto circa 1300 recensioni (su circa 8000 specializzandi) sulla valutazione delle condizioni in ospedale o altri luoghi medici, salario e tipologia di specializzazione. C'è una mappa in cui sono indicati i vari luoghi per la specializzazione, i contatti mail per chiedere info, etc. Il progetto costa circa 10.000 euro è una piattaforma per giovani medici con feedback degli ospedali. La loro formazione si articola di 2 anni di tronco comune a cui seguono anni di specializzazione vera e propria. Ci saranno nuove responsabilità per i giovani medici. Sarà legale che gli specializzandi dovranno fare i turni di guardia di notte da soli senza strutturato, mentre prima era possibile chiamare il reperibile che entro 20 minuti doveva essere lì. Il salario è di 1300 euro lordi per specializzando.

Francia

Esistono rapporti tra specializzazioni ed enti privati. Orari di lavoro: media 55 ore settimanali (fino a >80) e non sono previsti smonti. Rispetto alla survey di 4 anni fa le cose non sono migliorate ma forse peggiorate.

United Kingdom

La British Medical Association si schiera contro brexit. Stanno lavorando per mettere a punto degli agreements con i paesi europei per assicurarsi che le qualifiche professionali mediche ottenute in UK siano equiparate a quelle europee.

Dopo tanti anni di trattativa sono riusciti a trovare un accordo con il governo per quanto riguarda il contratto lavorativo dei giovani medici, che riguarda sia il salario che le condizioni lavorative. Questa conquista si deve anche al lavoro fatto da associazioni internazionali come Ejd.

Finlandia

hanno organizzato il convegno annuale autumn training a sostegno dei giovani medici.

Germania

Il cambiamento climatico è un problema importante, esiste un gruppo climate change and health, il marburger ha scritto delle linee guida per la sostenibilità per trasmettere il segno dell'educazione civica a riguardo, sia per i medici che per i pazienti.

Elezioni del board dell'Ejd

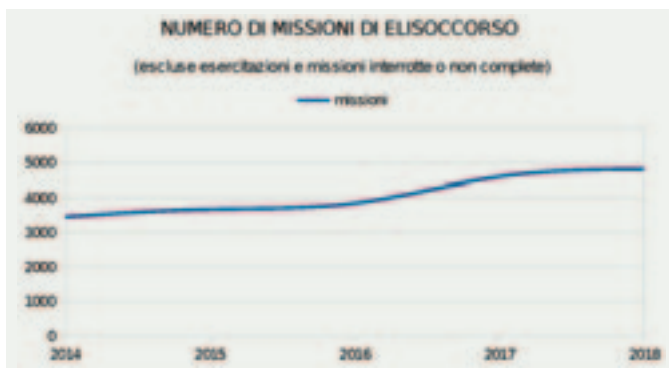
Durante l'assemblea si è anche rinnovato il Board dell'Ejd, l'organo direttivo che ha la responsabilità di coordinare ed eseguire il mandato dell'assemblea generale. L'Italia è rappresentata nel Board da Giuseppe Esposito, specializzando di Chirurgia Generale dell'Università di Cagliari, che ha assunto la carica di Administration Officer. Le altre cariche sono così rappresentate: Presidenza- Germania, Vice-Presidenza – Lituania, Tesoriere- Portogallo, Relazioni con UE-EEA Finlandia, PGT Committee Chairperson – Norvegia, Medical Workforce Committee - UK

Brexit

Si è, inoltre, discusso dei cambiamenti relativi allo statuto in vista della questione della Brexit. Vi è stato un consenso generale nel rimandare ulteriormente tale decisione a quando la questione della Brexit si sarà maggiormente chiarita.

Mozione 5 stelle su tutto il sistema emergenza territoriale

La mozione dei 5 Stelle, presentata di recente in Senato, mette in vetrina un sistema con le sue punte di Diamante e con i suoi talloni d'Achille. Analisi di un punto della mozione: 118 vs 112: possono coesistere parallelamente in un'Italia sempre più europeizzata? L'esempio della Lombardia



BRUNO NICORA
Anaa Assomed Lombardia

BIBLIOGRAFIA

112 Italia: la sfida del cambiamento
112 Emergencies
Dicembre 2018

Where the streets have no name
A.R.E.U.
Lombardia 2019

Il 4 agosto 2015 la legge della Repubblica Italiana conosciuta come legge Madia stabilisce «l'istituzione del numero unico europeo 112 su tutto il territorio nazionale con centrali operative da realizzare in ambito regionale secondo le modalità definite con i protocolli di Intesa adottate ai sensi dell'articolo 75 bis comma 3 del decreto legislativo numero 259 del 2003». La mozione presentata dal partito 5 Stelle si articola su più punti e meritano un approfondimento. Pensare all'emergenza come a una situazione che interessa il singolo porterebbe a trovare facile soluzione nel sistema di risposta di una centrale operativa 118 parallela al sistema di raccolta delle richieste di soccorso generale del 112: es «sono a casa improvvisamente avverto un dolore al torace e chiamo il 118 perché voglio subito parlare con un operatore sanitario che mi invii l'equipe medica in tempi rapidissimi». Tuttavia l'emergenza è un evento che può richiedere tipologie diverse di soccorso che devono essere coordinate immediatamente senza il flusso di informazioni venga «rimbalzato» più volte tra operatori. Es» un'auto uscita di strada prende fuoco gli occupanti escono e chiamano il 112 immediatamente vengono attivati soccorsi sanitari tecnici e di pubblica sicurezza (aspetto da non sottovalutare per garantire la sicurezza dell'equipe medica in relazione alle sempre più frequenti aggressioni a carico del personale sanitario). Quindi, a seconda del tipo di richiesta un sistema è più o meno competitivo dell'altro. Tuttavia avere un numero unico (standard in un'Europa dove ogni giorno si incrementano gli spostamenti individuali da una nazione all'altra) da comporre in caso di emergenza permette a chiunque di rivolgersi ad un apparato in grado di comunicare la sua con la sua lingua e di filtrare le reali necessità per

fornire gli adeguati supporti. Si aggiunge che la nozione «112=emergenza» è ormai radicata in ogni cittadino europeo tanto quanto negli Stati Uniti dove il concetto del «911=emergenza» viene insegnato ai bambini da tempo, e se ci pensiamo bene anche in Italia il 112 è ancorato all'arma dei Carabinieri, ma sempre equivalente, nella nostra quotidianità, a uno strumento di soccorso. Il 112 è quindi un'estrema razionalizzazione di tutte le risorse umane necessarie, per fornire una primissima risposta emerge però che il tallone d'Achille di questo sistema è la tempistica con cui le informazioni passano dal 112 alla centrale operativa di secondo livello. La partita dell'emergenza si gioca proprio sull'attivazione reale ed effettiva del mezzo successivamente alla chiamata di soccorso. Non esiste il «sempre e ovunque» però alcuni sistemi di emergenza territoriale stanno dimostrando un apprezzabile gestione di questo sistema con miglioramento della performance.

Oggi tutti noi abbiamo in tasca un telefono cellulare (anche due) e quindi siamo in grado di chiedere aiuto.....ma chi c'è dall'altra parte del 112? Risponde la centrale unica di risposta (C.U.R.) e nella fattispecie un operatore laico appositamente selezionato e formato per svolgere i compiti specifici di questo servizio. Una volta aperta la «scheda di contatto» un flusso di dati e voce corre (su autostrade informatiche velocissime) fino alla centrale di secondo livello che eroga il servizio specifico per quella chiamata. In Italia attualmente sono attivi le seguenti C.U.R.:

Emergenza territoriale

Lombardia: Milano, Varese, Brescia, Lazio: Roma capitale, Piemonte: Cuneo e Torino, Valle d'Aosta, Liguria: Genova, Friuli Venezia Giulia: Palmanova, Provincia autonoma di Trento con postazione anche a Bolzano, Sicilia orientale: Catania. Oggi le C.U.R. garantiscono la copertura del 42% della popolazione italiana. L'ESEMPIO LOMBARDO: a Milano gli operatori del 112 rispondono in media entro uno squillo, e rispondono sempre, (da dati A.R.E.U LOMBARDIA) e se il chiamante interrompe la comunicazione viene ricontattato dal servizio 112 per accertarsi della reale necessità di soccorsi. Per migliorare la comprensione dei meccanismi che regolano la chiamata utilizzeremo come indicatore l'arresto cardiaco con riferimento al territorio dell'area metropolitana di Milano su 4178 casi nel 2012 e 4963 casi nel 2017. 26 secondi in un evento del genere sono pro-

Segue a pagina 16

Segue da pagina 9

bolito ulteriormente il loro senso di sicurezza”, ha spigato Carreri, che ha evidenziato come il lavoro, in Italia, sia caratterizzato anche da salari bassi: “La media è intorno ai 1.500 euro ma cresce in modo preoccupante la quota di persone con salari bassi e bassissimi: circa un quinto di tutti i lavori guadagnano meno di 800 euro. Non sono quindi sono lavoratori precari, ma anche malpagati”.

E il futuro non promette bene, secondo il professore: “Ci aspettiamo un peggioramento della quantità e della qualità del posto di lavoro; in particolare, sarà richiesto lavoro più qualificato ma in piccola quantità. Atteso anche il rafforzamento del potere manageriale e, di conseguenza, della vulnerabilità sociale”. Ai sindacati il compito, secondo Carreri, di intervenire per sollecitare il risanamento di questa situazione.

Un aspetto importante, e secondo Vannini non trascurabile vista anche la forte presenza, nel comparto sanitario, delle donne, sarà “la conciliazione di vita e lavoro”. Ma anche quello della “diseguaglianza salariale”. La priorità, secondo il sindacalista della Cgil, è però quella di “tutelare le condizioni di lavoro generali”. “Le diverse misure messe in atto detto politica negli anni - ha infatti evidenziato Vannini - non hanno solo portato a un abbassamento retribuzioni, ma anche reso insostenibile il lavoro di chi è rimasto in campo. C'è un carico di lavoro, una pressione e un malessere che riguarda tutti i professionisti della sanità, senza distinzione tra giovani e meno giovani, uomini o donne, strutturati o precari. Ed è questo che i sindacati devono affrontare come prima cosa”.

Quanto al welfare aziendale, per Vannini si tratta di “una opportunità” che, però, “rischia di diventare, e in parte lo è già, un problema molto significativo, perché se non governato, il welfare aziendale è un produttore potenziale di disuguaglianze”.

Per il presidente dell'Enpam, Alberto Oliveti, la sfida che devono affrontare i medici va oltre le questioni contrattuali: “La nostra è una professione intellettuale, il lavoro si sostanzia nella competenza e nella conoscenza, chiamata giorno dopo giorno ad adeguarsi alle innovazioni. La nostra è anche una professione che consuma. Non solo nel rapporto con la malattia, ma perché se il Ssn ha tenuto, ci è riuscito per il sacrificio dei professionisti sanitari. Questo sacrificio i medici lo hanno pagato in termini di stress e di conseguenze su stile di vita”.

La tecnologia, per Oliveti, va considerata “una grande sfida per amplificare le nostre capacità” e anche “l'intelligenza artificiale, se correttamente usata, può offrire molte chance”. Ma, ha evidenziato il presidente dell'Enpam, “i medici han-

no un ruolo etico. Dunque, siamo chiamati a cogliere la sfida dell'innovazione guidandola in senso etico”, perché “l'innovazione non è necessariamente sviluppo e lo sviluppo non è necessariamente crescita”.

“Il lavoro - ha concluso il presidente l'Enpam intervenendo sul tema del Welfare - ha un senso anche per la rilevanza sociale che garantisce”. E il lavoro medico, per Oliveti, «deve ricominciare ad essere questa leva sociale». Per Oliveti, in conclusione, i medici devono “avere la capacità di reagire e disegnare la rotta”.

I medici, certo. Ma anche i sindacati e gli ordini professionali, che rappresentano la categoria nel suo insieme.

Per Vaccaro, però, i sindacati hanno davanti a loro una sfida in più: “L'immagine dei sindacati ancora diffusa in Italia è spesso quella di una realtà forte che tutela i forti. Se volete adempiere alla vostra missione, dovete guardare la componente più debole della categoria e della popolazione in generale. Tenuto conto che oggi c'è anche bisogno di recuperare terreno su aspetti del lavoro che fino a qualche anno fa erano considerati acquisiti e dati per scontato. Allo stato attuale, invece, anche le forme di lavoro vicine allo sfruttamento sono così diffuse da sembrare normali”.

Di “contrattazione difensiva” ha parlato Vannini. “Questa contrattazione difensiva ci ha impedito di guardare a questioni specifiche, come al lavoro femminile e non solo. Anche per questo i giovani precari oggi scelgono raramente di entrare a far parte del mondo sindacale. In loro non c'è neanche un senso di rivalsa, perché è prevalso e continua a prevalere un atteggiamento di ricattabilità nei confronti dei lavoratori. Dobbiamo far emergere quello che accade. Dobbiamo denunciare certe condizioni di lavoro. Dobbiamo ripartire da questo per formare le nuove leve di sindacalisti”.

Ripartire dal lavoro è anche la parola d'ordine di Oliveti: “E' alla base di tutto, della previdenza, welfare, del ruolo del medico in termini coesione sociale e difesa dei diritti. Per questo - ha detto il presidente dell'Enpam - ritengo che più che ragionare sugli enti si debba ragionare sulle relazioni tra enti”. Il sindacato, per Oliveti, rappresenta “il corpo intermedio” di questo sistema, di cui fanno parte anche “Ordine professionale, società scientifiche ed enti di previdenza. Ciascuno ha un ruolo, ma insieme dobbiamo fare squadra ricordando che il primo modo di tutelare le persone che rappresentiamo è difendendo il loro lavoro, secondo una logica circolare. Perché, soprattutto quando si parla di previdenza, chi lavora aiuta chi ha lavorato. Ma aiuta anche a creare le condizioni migliori per chi entrare nel mondo del lavoro”.

Segue da pagina 15

gnosticamente favorevoli e sono significativi se pensiamo che sono tempi medi da quando si allerta il 112, in qualsiasi punto uno si trovi all'interno dell'area Metropolitana di Milano, a quando si ha il mezzo e l'equipaggio idoneo. Nel 2019 l'evoluzione organizzativa e tecnologica ha portato il sistema di emergenza sanitaria lombardo ad essere ancora più performante: esempio di ciò è l'elisoccorso (servizio nato per trasportare in maniera rapida pazienti da ospedali periferici a ospedali centrali e per eseguire nel più breve tempo possibile soccorsi sulla strada»). La Lombardia ha 5 basi: Bergamo, Brescia, Como, Milano e Sondrio. Dal 2014 al 2018 il servizio di elisoccorso è stato impiegato in maniera esponenziale aumentando progressivamente il numero di missioni cioè il numero di volte in cui l'elicottero si alza in volo e porta soccorso. Dal 2014 al 2018 le missioni sono aumentate del 28,14% (da 3462 a 4818). A.R.E.U. Lombardia ha perfezionato un percorso formativo del personale che, a prova della sua efficacia ed efficienza, è stato inserito nel

**Emergenza
territoriale**

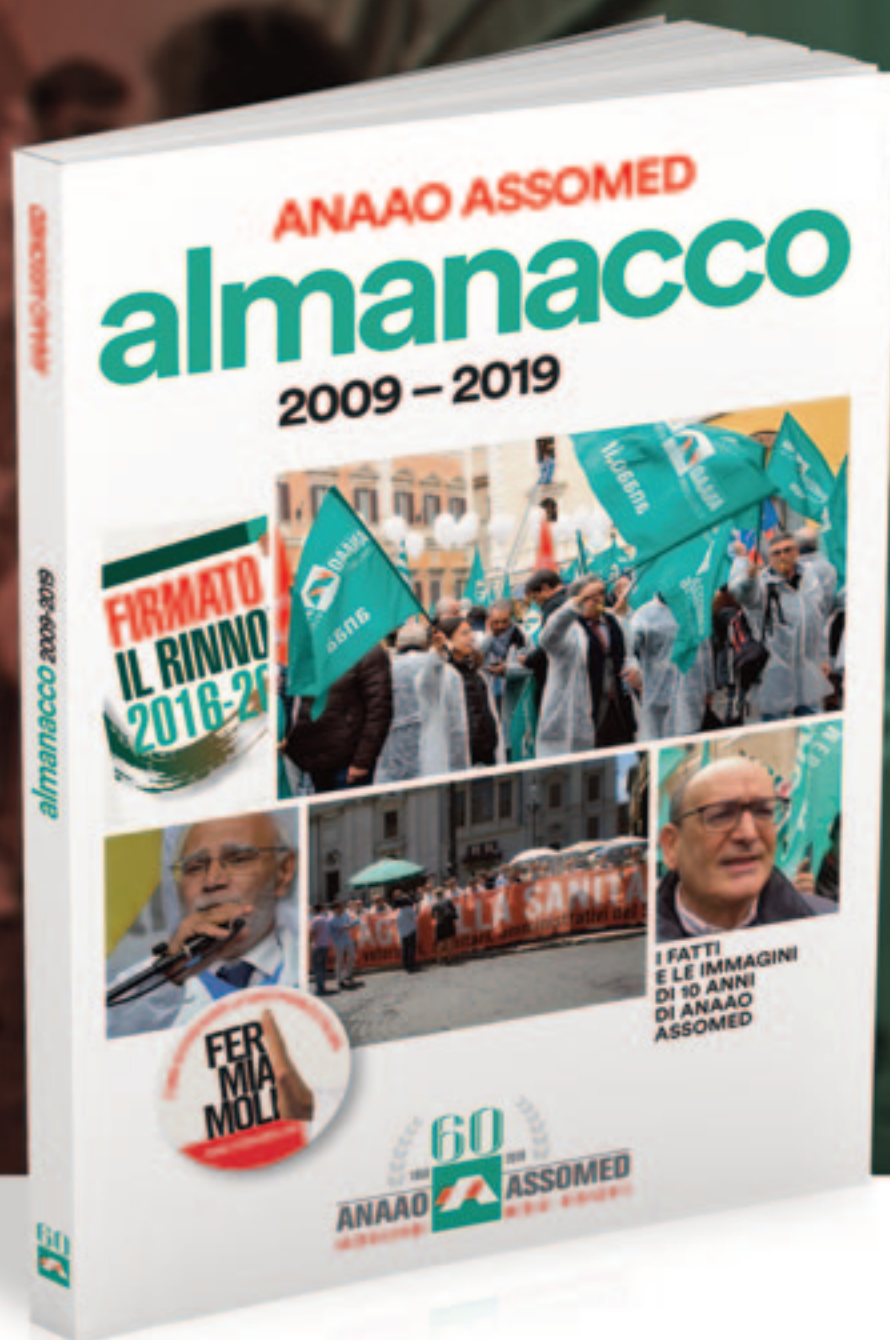
progetto di avvio del servizio di elisoccorso in Sardegna. (Nel 2018 le basi di Cagliari, Olbia e Alghero hanno visto il loro personale effettuare training anche in Lombardia). Le 5 basi coprono l'intero territorio regionale e le zone confinanti, di giorno... e di notte. Dal 2014 2 basi (Sondrio e Brescia) permettono il decollo notturno e dal 2016 il personale a bordo è dotato “occhiali speciali” che permettono di vedere al buio riuscendo così a compiere missioni che fino a qualche anno fa non erano possibili effettuare. Dal 2014 al 2018 l'incremento delle missioni notturne è stato del 75,3% (da 141 a 571). Un aspetto più lontano dalla clinica ma di “peso sociale” è il costo del servizio. Il numero delle missioni aumentando, determina un decremento del costo medio per volo. Nel 2014 una missione costava 5730 euro ed il costo orario era 10187 euro mentre nel 2018 una missione è costata 4705 euro (con un abbattimento del 17,88%) e il costo orario è diminuito a 7087 euro (con un abbattimento del 30,43%).

Domani? Il futuro prossimo prevede droni che si alzano in volo per ricercare persone disperse o coinvolte in incidenti e ulteriori servizi di tipo medico a bordo dell'elicottero come la possibilità di effettuare in volo trasfusioni di sangue: progetto pilota «blood on board». Rimarrà sempre una persona che ha bisogno e un sistema sanitario che risponderà in tempi e modi dettati da un'evoluzione tecno-organizzativa che corre, a volte, più veloce di quanto non pensiamo.

FIRMATO IL RINNOVO DEL CCNL 2016-2018

**Una ripartenza
e un ritorno
alla normalità
dopo 10 anni
di blocchi
e di tagli.**

- È ripartito l'orologio
- Nessuno prende di meno
- Qualcosa di più su disagio
- Riparte la carriera per tutti
- Recuperata l'anzianità perduta
- Il contratto investe sui giovani neoassunti e con meno di cinque anni
- Il contratto investe anche sui meno giovani con più voci fisse in stipendio e maggiori benefici sulla pensione e sulla liquidazione
- Nuove tutele (maternità, ferie, assenze per visite specialistiche, terapie salvavita e motivi familiari)
- Ripresa della contrattazione decentrata
- Nessun arretramento sulla parte normativa
- Difesa la libera professione intramoenia
- Aumentata la massa salariale, base degli aumenti del prossimo CCNL
- Difeso il diritto al riposo
- Recuperati tutti i periodi lavorativi effettuati per ricostruire l'anzianità di servizio
- Valorizzazione della contrattazione decentrata



**La foto story dei
nostri ultimi dieci anni.**
Se vuoi leggerlo
inquadra il Qrcode

