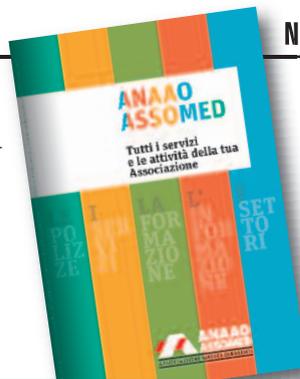


# dmm

### NUMERO SPECIALE 23° CONGRESSO

- La relazione di Troise
- La mozione finale
- Il nuovo Esecutivo
- Parlano i segretari regionali, le donne e i giovani



### IN ALLEGATO

L'opuscolo con tutti i servizi e le attività della tua Associazione

# dirigenzamedica



## CONCLUSO IL CONGRESSO NAZIONALE

**Costantino Troise**  
 confermato Segretario Nazionale.  
**Domenico Iscaro**  
 Presidente  
**e Carlo Palermo**  
 Vicesegretario Nazionale Vicario

# SIAMO NOI IL MOTORE DEL SISTEMA



# La relazione del Segretario Nazionale al 23° Congresso Nazionale Anaaao Assomed



di **Costantino Troise** **Care Colleghe e cari colleghi, gentili ospiti,**

una strana congiuntura accompagna i nostri congressi. Il Congresso di Silvi Marina, nel giugno 2010, si svolse a ridosso dell'approvazione del DL 78, che poi diventerà la famigerata L.122/2010, che inaugurò la stagione dei blocchi, di contratti, nazionali ed aziendali, e del turnover e dei tagli, ai fondi contrattuali ed al finanziamento della sanità pubblica. E si chiuse con la nostra protesta che culminò nello Sciopero Nazionale di 24 ore del 19 luglio.

Sono passati 4 anni, e 3 Ministri della Salute si sono avvicendati, ma nessuno dei problemi aperti da quella logica emergenziale si è risolto. Anzi. Sono stati ulteriormente prorogati i blocchi contrattuali al 2014, e poi a tempo indeterminato, continua l'abuso incontrollato di contratti atipici per i quali un decreto propagandato come risolutivo si è rivelato un flop, la crisi della formazione medica è assurta a vera emergenza nazionale, avanzano, sotto la spinta di Governo e Regioni, nuove professioni sanitarie all'insegna di mirabolanti risparmi, e più certi ritorni elettorali, si susseguono allarmanti avvisaglie di una strategia complessiva di ridimensionamento dell'intervento pubblico. E siamo alle prese con una riforma della pubblica amministrazione che ci porta il taglio lineare della agibilità sindacale, la mobilità coatta, a guisa di pacchi postali pronti alla partenza, la rottamazione generalizzata, a prescindere dalla età anagrafica, vale a dire incarichi e carriere a disposizione della politica. Ed anche questa estate si preannuncia calda.

Tra i due Congressi abbiamo avuto altri due giorni di sciopero nazionale, una marea di comunicati e documenti, convegni, assemblee, dentro e fuori gli ospedali fino alla grande manifestazione del 27 ottobre 2012, per la quale non finirò mai di ringraziare tutte le OOSS, ed in particolare l'Anaaao, per una partecipazione straordinaria, che ha messo in piazza il disagio di una professione e lanciato, inascoltata, l'allarme sul tracollo del sistema di welfare. 4 anni intensi, ricchi di fatti e di parole, in cui non siamo stati immobili, afasici o rassegnati, ma in prima linea, impegnati ad arginare attacchi incessanti per evitare il peggio. Il tentativo di rendere mute le nostre voci è fallito. Almeno quello. Non ho bisogno di slides per illustrare a voi i de-

terminanti della tempesta perfetta che ha colpito duramente la tenuta del Servizio sanitario Nazionale, sottoponendolo ad erosioni strutturali, premesse per un suo sfaldamento, ed ipotecendo anche pezzi importanti della nostra vita professionale:

- la crisi economica, che ha fatto irrompere prepotentemente sulla scena il tema della sostenibilità, ancorchè spesso usata come alibi per operazioni politiche, malamente travestite da opzioni tecniche, di apertura alla intermediazione finanziaria ed assicurativa;
- lo spostamento dell'asse della politica sanitaria verso le Regioni, con il corteo di conflitti istituzionali, piani di rientro e commissariamenti, che ormai interessano quasi la metà della popolazione, LEA non garantiti ma eventuali in molte aree, disuguaglianze nella esigibilità del diritto alla salute, migrazione sanitaria;
- il dissolversi dei partiti tradizionali, in preda ad una colossale crisi di fiducia e consenso, che hanno cancellato la sanità dalla loro agenda ed abdicato al ruolo di paladini del SSN, anche se la Commissione Affari sociali della Camera ha di recente riconosciuto che "il SSN è un valore insostituibile";
- la confusione conflittuale di identità professionali, vecchie e nuove;
- la perdita di valore del lavoro nel sistema sanitario, con CCNL mutilati e bloccati sine die per via legislativa, e del lavoro pubblico in genere, assimilato tout court a spesa improduttiva e parassitaria;
- il collasso del sistema della formazione medica chiuso in un cul de sac che lo trasforma in una fabbrica di disoccupati e priva la sanità del necessario turnover e della possibilità di trasmettere competenze professionali essenziali;
- la crescita del contenzioso legale che toglie serenità al sistema delle cure;

Il nostro sistema sanitario sta perdendo pezzi di accessibilità, equità e qualità, e quindi di consenso tra i cittadini, come dimostrano i rapporti annuali che puntualmente segnalano anche la crescita numerica delle fasce di popolazione a rischio povertà per impreviste



spese sanitarie e di quelle che non accedono alle cure per difficoltà economiche (11 milioni di cittadini). Il come ed il perché è riassumibile in tre parole: defianziamento, decentramento e decapitalizzazione.

**1) IL DE FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA**, che la Corte dei Conti quantifica in 31 miliardi dal 2010 al 2014, complessivamente più della Grecia, della Spagna, dell'Irlanda, nonostante il nostro quadro macroeconomico decisamente migliore produce un progressivo processo di asfissia che sfibra il sistema, riduce i servizi ai cittadini e porta al taglio di tutto quello che costa, compresi i diritti, anzi proprio a partire dai diritti, dei cittadini e del lavoro. Il servizio sanitario cambia volto e pelle avviandosi a diventare un sistema povero per i poveri, il più grande ammortizzatore sociale esistente. Non vogliono perdere una buona occasione quelli che si oppongono allo stato sociale. Si taglia dove è più facile, non riuscendo a farlo dove è più utile. "Contenendo la spesa per ogni singolo fattore produttivo e contraendo gli investimenti in tecnologie e rinnovo delle infrastrutture, la sanità pubblica migliora i conti nel breve periodo ma a discapito della performance presente e futura tanto che in alcune regioni si fa concreto il rischio dell'undertreatment" (OASI, 2013). Oggi solo 10 Regioni garantiscono i LEA, la forma normativa della garanzia della eguaglianza del cittadino di fronte al diritto alla salute che è diritto della persona, altre sono in difficoltà, da cui tentano di uscire con la solita formula delle 3T, più tasse, più ticket, più tagli. Essere curati secondo i bisogni costituisce un limite etico, civile e sociale oggi fortemente minacciato e, da qualche parte, già travalicato.

Continua a prevalere una visione della sanità come pura voce di costo nei bilanci pubblici, malgrado una spesa per cittadino inferiore del 40% a quella dei nostri

vicini europei, bersaglio preferito di tutte le manovre economiche, vero bancomat dello Stato, facile da usare come una volta la benzina, cui attingere prioritariamente nelle crisi della finanza pubblica, a dispetto della sua capacità di garantire equità e coesione sociale, soprattutto nei periodi di crisi economica.

Si dimentica troppo spesso che welfare vuol dire scuola pubblica, sanità pubblica, assistenza, previdenza ed anche sostegno alle imprese e al lavoro nei passaggi più critici dei cicli economici. E che nei Paesi nei quali i servizi sanitari e l'istruzione sono privati, il costo per i cittadini è molto più elevato e per molti strati sociali insostenibile. I sacrifici ci hanno evitato un default finanziario, ma i milioni di disoccupati costituiti da giovani alla ricerca di prima occupazione (circa il 46%, con discriminazioni di genere) e da cinquantenni espulsi dal lavoro, lo scivolamento verso le soglie di povertà di oltre 8 milioni di cittadini (dati ISTAT 2012), le fughe all'estero di competenze ed intelligenze, la consunzione di servizi sanitari ed assistenziali, ci dicono che una parte rilevante della nostra società sta ancora vicino al baratro. Questi fenomeni, insieme con la coartazione del perimetro dei diritti in campo sanitario ed il cedimento del sistema di tutele, rappresentano un mix tale da mettere a rischio la coesione sociale e la solidarietà tra ceti e generazioni, rendendo altissima, quasi parossistica, come gli umori variabili del corpo elettorale dimostrano, la sfiducia dei cittadini nella democrazia rappresentativa e nelle istituzioni che la interpretano.

Nella sanità italiana il tema della insostenibilità economica è accompagnato da un diffuso convincimento, vicino al calcolo politico, della incontrollabilità della dinamica della spesa e da un malcelato auspicio di una netta apertura ai mercati assicurativi, data la impossibilità di un aggravio della pressione fiscale. Da tempo, segnali premonitori, movimenti carsici e messaggi politici, più o meno espliciti, parlano di costruire, sull'abbandono della solidarietà fiscale, la sanità per i ricchi, prefigurando lo smantellamento del sistema universalistico o, la versione soft, di un universalismo selettivo. La sanità italiana non è, però, il pozzo nero e senza fondo che molti si ostinano a descrivere. Lo dicono innanzitutto i dati. L'Italia è il Paese dell'OECD dove la tutela della salute assorbe la minore spesa globale, sia pro capite che in relazione al PIL, associata a risultati di salute non inferiori, ed in diversi aspetti anche migliori, un paradosso di cui dovremmo essere orgogliosi. Questo si chiama fare le nozze con i fichi secchi! Occorre respingere al mittente la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi, il che tra l'altro è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra ticket giunti al 3% della spesa totale ed impennate di addizionali IRPEF. Nessun settore pubblico o privato ha costi pari a 7 punti di PIL ed un valore della filiera della salute pari a 12, rappresentando inoltre il più grande insediamento di culture ed innovazioni tecnico-professionali. Non un lusso che non possiamo permetterci, come molti vorrebbero far credere, mentre possiamo spendere miliardi in armi da guerra in assenza di guerra, e ogni anno 7 miliardi in più della Germania per l'esercito e 7 corpi di polizia, ma uno strumento di tutela di un bene fondamentale ed anche un volano per la ripresa economica. Un euro investito in sanità ne attiva 3 nei settori collegati.

La lotta agli sprechi, che certo non mancano ma che se la ridono di tagli lineari, deve servire a garantire i necessari investimenti per mantenere i livelli quali-quantitativi raggiunti e non "entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema" (tutela della salute)", come affermato dalla stessa Corte dei Conti.

Il defianziamento ha colpito pesantemente soprattutto il sistema ospedaliero. Gli ospedali sono diventati delle quinte teatrali per categorie impoverite, anche numericamente, fino a livelli organizzativi che non

riescono a fare di un ospedale un ospedale. Restringere la rete concentrando le competenze e le tecnologie in modo da assicurare la migliore risposta in un definito ambito territoriale è una operazione che non basterà se nello stesso tempo non cambia la organizzazione del lavoro dentro e fuori l'ospedale, anche per rispondere alla transizione demografica ed epidemiologica. Occorre delineare chiaramente il percorso politico, organizzativo e culturale capace di individuare il necessario equilibrio ospedale-territorio, attraverso strategie chiare per una efficace messa a sistema di diverse modalità assistenziali. Ripensando il ruolo e la organizzazione delle strutture per acuti in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con quella delle cure primarie, in una logica di rete, capace di spostare l'attenzione dalla singola prestazione al percorso di cura e di assicurare la presa in carico del paziente, facilitando la relazione tra le diverse famiglie professionali. "Sincronizzando la riorganizzazione degli ospedali con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie" (Cartabellotta), nonché la definizione di regole e contenuti dei rapporti di lavoro.

Gli ospedali hanno perso in 10 anni oltre 70.000 posti letto, con conseguente crollo del rapporto con gli abitanti sotto la media europea, un disastro annunciato per le liste di attesa, per i Pronto Soccorso trasformati in veri reparti di ricovero inappropriati, insicuri e spesso non dignitosi, per i cittadini la cui domanda di salute è destinata a rimanere elusa. La mancanza di un contestuale e coerente investimento in assistenza residenziale o domiciliare e di una riforma organica delle cure primarie, da tutti promessa e da nessuno realizzata, mutila il sistema sanitario di parti essenziali. Ma a determinare le condizioni di sovrappienezza dei PS, la sindrome da forno manzoniano, è la prevalenza di cittadini con età media molto avanzata e polipatologie, insieme con la carenza di posti letto per il ricovero che provocano il fenomeno degli ingorghi di barelle, e non solo, per lo "stazionamento" dei pazienti nelle aeree destinate al trattamento delle urgenze. Per "salvare il PS", occorre ridefinire i percorsi assistenziali ma anche investire sugli ospedali. La politica di soli tagli, particolarmente grave nelle regioni sottoposte a piani di rientro, ma non estranea alle altre regioni, rappresenta la prima causa delle criticità dei PS, come sottolineato anche dalla Commissione Sanità del Senato. Senza dimenticare il drammatico problema delle carenze di organico, medico ed infermieristico, ed il dilagare del precariato. L'ospedale è diventato un luogo dove è difficile entrare ma ancora più difficile uscire.

La stessa valorizzazione della prevenzione primaria rischia, per parte sua, di ridursi a puro slogan se non si chiarisce quanto lo Stato è disposto a sacrificare per ridurre i comportamenti a rischio nel doppio ruolo di gabelliere e curante.

Impoverire la sanità pubblica, screditarla, svuotarla di competenze professionali ed innovazioni tecnologiche, significa però condannarla a non reggere la onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, a scapito del grado di civiltà dell'intero Paese. Nessuno come noi vede limiti, difetti, inefficienze e anche clientele e malaffare che inquinano il mondo della sanità." Ma occorre evitare pregiudizi, ideologismi, aneddoti portati a sistema, luoghi comuni strumentalizzati da interessi che vedono la sanità come un mercato, in cui gli utili sono privati, i costi pubblici, i diritti delle persone un optional e il valore del lavoro e della responsabilità una variabile da saldare al massimo ribasso" (Lusenti). La lotta agli sprechi, compresi quelli legati alla corruzione ed alla invadenza pervasiva della politica, su cui i cultori della non sostenibilità semplicemente sorvolano, non può rimanere ai margini di una discussione sulla sanità che, per sua natura, interroga la democrazia.

**2) FEDERALISMO** L'attuale contesto del SSN è ancora

in fase di trasformazione nel rapporto tra Stato e Regioni e tra Regioni ed autonomie locali, ma sono palesi le ambiguità della legislazione concorrente ed il fallimento di un federalismo imperfetto, spesso di abbandono, che aumenta le disuguaglianze tra cittadini di diverse aree geografiche, certo esistenti anche prima, e declina un diritto uno e indivisibile in 21 modi diversi. Il che, tra l'altro, cambia radicalmente lo spazio e le prospettive dei diritti di cittadinanza, che cessano di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale, trasformando la appartenenza locale nella fonte primaria del diritto sulle risorse.

La presenza di più sistemi sanitari a diversa efficacia e sicurezza comporta una perdita complessiva di coesione sociale, un progressivo smantellamento di garanzie formali e sostanziali, una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere, le quali ultime si trovano a scegliere tra sviluppo economico e spesa sanitaria, poste di fronte alla alternativa tra ridurre la assistenza sanitaria o aumentare i tributi propri, in un contesto fortemente sperequato come quello italiano ove il medesimo sforzo fiscale genera un saldo benefici/costi assai diverso. Alla soluzione federalista si associa una accentuazione dei meccanismi competitivi di mercato o quasi mercato, considerando l'interesse delle Regioni a politiche tese a reclutare domanda su aree più ampie di quelle normalmente servite, generando chiare forme di migrazione sanitaria, e/o a mettere dogane sanitarie per impedire forme di reclutamento dei propri cittadini da parte di regioni meglio dotate. Il fenomeno inarrestabile della mobilità sanitaria contribuisce ad aggravare la situazione economica delle Regioni del Sud, la cui sanità non può essere letta solo come patologia del nord. Anzi, Sud e Nord sono diventati così lontani da far ritenere che non c'è una terapia che possa andare bene per entrambe le realtà.

Nel mondo, i Paesi caratterizzati da federalismo politico sondono per la sanità di più rispetto a quelli non federali, al netto del rischio di irresponsabilità della spesa per la vicinanza ai luoghi ove si crea consenso elettorale.

Un prodotto paradossale del federalismo è un neo centralismo regionale, che ha cambiato la geografia istituzionale con la riduzione del numero delle aziende e l'imporsi di un gigantismo istituzionale, che rende sempre più corta, e più stretta, la catena di comando. Complice anche la crisi economica, il federalismo ha favorito l'affermarsi di un modello gerarchico centrato su una diarchia tra Assessore e/o Presidente e Direttori Generali, che concerta la politica sanitaria, e le carriere, tra pochi soggetti, tagliando fuori le autonomie locali, con la vista corta degli appuntamenti elettorali. Per quanto riguarda la organizzazione del lavoro ha preso quota la attrazione fatale verso modelli di derivazione industriale, privi di evidenza di una maggiore efficacia ed efficienza, propri della azienda manifatturiera e non della azienda di servizi. La Toyota ha in Italia più ammiratori della propria organizzazione che acquirenti delle sue auto.

Difficile, quindi, non concordare sulla necessità di "un nuovo equilibrio" che ridefinisca i confini dei ruoli e degli assetti istituzionali, e le oscillazioni del pendolo, tra Stato, Regioni, Aziende e Comuni. Un equilibrio che, però, va trovato anche tra tutti gli attori del sistema, perché il problema è anche "come" i poteri vengono esercitati. Le attuali forme di governo negano ogni genere di partecipazione ed interlocuzione attraverso la esclusione e marginalizzazione delle componenti professionali. Se la complessità del nostro lavoro non tollera unilateralismi decisionali, verticismi, e forme più o meno dissimulate di autoritarismo, la domanda cui rispondere anche con la modifica del titolo V è come si decide e come si governa in sanità. L'idea di un "governo multilivello" permette di distinguere, anche dentro una logica "federale", le competenze ge-

nerali del governo centrale da quelle specifiche e locali del governo regionale, ridefinendo anche il ruolo degli enti intermedi quali i Comuni, o, perché no, le nuove Città metropolitane, in materia di produzione e tutela della salute. Per dare maggiore protezione alla unitarietà del SSN in un contesto federalista e minimizzare i rischi, occorre certo assicurarne la rispondenza ai principi fondamentali di globalità, universalità, accessibilità, ma anche mantenere verticali, nell'ambito di una competenza unitaria, alcuni elementi fondamentali. Non solo la definizione dei LEA, ma lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, la individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, le competenze delle professioni, la garanzia degli accordi contrattuali e convenzionali, sviluppando una politica regionale orientata al miglioramento dei servizi e alla composizione non conflittuale tra le diverse componenti del sistema.

Questo significa rivedere il modello aziendale concepito e organizzato a partecipazione professionale e responsabilità sociale assente, per realizzare un management diffuso, aperto alle domande della società. E pensare a luoghi nuovi rispetto allo stesso Consiglio Superiore di Sanità ormai appaltato ad una istituzione terza, in cui il lavoro, le professioni, l'operatività del SSN abbiano voce nei confronti delle scelte di politica sanitaria, sul modello di un "professional board" oppure di un consiglio sanitario nazionale, già previsto dalla L.833. Lo stesso disegno del governo clinico non potrà compiutamente realizzarsi se non si sviluppa un sistema di sistemi che promuove e verifica ex ante una sorta di Livelli Essenziali di Qualità e Sicurezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie rese ai cittadini, affidato ad una vera e propria cabina di regia nazionale, soggetto terzo, dal punto di vista istituzionale, tra Stato e Regioni.

Attualmente il dibattito sulle implicazioni del federalismo sotto il profilo della equità e della giustizia distributiva ha ancora scarsa rilevanza, e le decisioni emergono da un compromesso in cui il finanziamento è il solo valore in gioco. Ma forti sono i rischi per l'integrazione sociale e la unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute. Le Regioni hanno oggi, e verosimilmente avranno domani, il potere, ma è necessaria una politica per un progetto di servizio sanitario federale ed una idea federale di salute. La questione an-

**L'idea di un "governo multilivello" permette di distinguere, anche dentro una logica "federale", le competenze generali del governo centrale da quelle specifiche e locali del governo regionale, ridefinendo anche il ruolo degli enti intermedi quali i comuni, o, perché no, le nuove città metropolitane, in materia di produzione e tutela della salute**

cora aperta è chi, come, con che cosa si definisce la identità pubblica di un sistema sanitario regionalizzato, il suo governo e le sue politiche rispetto al diritto alla salute, cui restituire una dimensione nazionale.

**3) LA DECAPITALIZZAZIONE** è l'impoverimento, anche numerico, del capitale umano, del capitale professionale, che nei sistemi complessi è la risorsa più costosa ma anche più preziosa. Tanto che i sistemi economici classici continuano a considerarla il fattore principale di sviluppo e produttività, secondo la "la teoria del capitale umano" che meritò un premio Nobel ai suoi autori. Continua a prevalere nelle aziende sanitarie una cultura gestionale dell'efficienza che riduce i medici ed i dirigenti sanitari a macchine esperte ma banali ed anonime, ignorando la solitudine e la sofferenza profes-



sionale, civile e sociale, cui questi sono costretti nel reggere di fronte ai cittadini la forbice tra crescita della domanda di salute e riduzione delle risorse a disposizione. Il costo del personale dipendente è stato il vero prezzo pagato per l'equilibrio dei conti, tanto che l'analisi della spesa per funzioni dimostra dal 2010 al 2012 un suo calo del 3%, con una ulteriore diminuzione dell'1,1% nel 2013, mentre, nello stesso periodo, la spesa per la medicina generale cresceva di 1,9% e quella della specialistica convenzionata del 4,2%. L'attacco al sindacato è stata un effetto collaterale. Non a caso sono stati presi di mira i due strumenti che regolano il rapporto tra datori di lavoro e lavoratori fin dall'800, cioè CCNL e sindacati. A nulla vale ricordare che dietro il successo del Modello Chrysler c'è lo Stato e gli accordi con il sindacato.

La involuzione recessiva della sanità pubblica porta tagli anche a chi opera in nome e per conto dello Stato, tutti i giorni e tutte le notti, a difesa di un bene tutelato dalla Costituzione. Non è solo il blocco di contratti e convenzioni, che inchioda al 2010 il valore nominale degli stipendi e comporta una perdita di potere di acquisto del 20%, maggiore per i giovani medici - che pagano da medici la colpa di essere giovani -, non è solo la mutilazione continua di contratti in vigore, ope-



ni di formazione, lasciando al palo le loro speranze per una occupazione consona al lungo periodo formativo, ma impedisce, in molte parti del Paese, di garantire i LEA. L'invecchiamento delle categorie professionali non è ininfluente sulla efficacia e sulla efficienza. Non è possibile mantenere un sistema di tutela della salute equo, solidale ed universalistico, se le professioni del Servizio Sanitario vengono sconfitte nei loro valori etici e deontologici, marginalizzate a macchina banale nelle organizzazioni sanitarie. Il disagio crescente dei professionisti e la crisi di fiducia dei cittadini nella affidabilità del sistema sanitario rappresentano minacce in grado di erodere uno straordinario patrimonio civile e tecnico professionale del nostro Paese. La sostenibilità del servizio sanitario passa anche per la valorizzazione e la responsabilità dei suoi professionisti.

#### **PATTO PER LA SALUTE**

Il Patto della salute in corso di firma rischia di rappresentare, in tale contesto, una occasione perduta. Se Stato e Regioni non aprono linee di confronto e di credito con i professionisti, i risultati saranno prevedibilmente limitati ad un progetto contabile e rivendicativo di quanto le manovre hanno ingiustamente sottratto al sistema sanitario, chiuso in una visione fideistica dell'attuale modello di governance, magari con il risanamento dei debiti delle aziende a carico delle tasche dei cittadini. Una politica "per" la salute in grado di reggere di fronte alla ambizione dichiarata di costruire la sanità del prossimo decennio, dovrà, prima o poi, affrontare il passaggio per la cruna dell'ago del rapporto con i professionisti. E parlare di livelli essenziali organizzativi delle strutture insieme con la definizione di livelli essenziali di assistenza, essendo ormai evidente

mente privo di una idonea definizione di colpa medica e sanitaria, e che opera in organizzazioni che sempre meno si permettono interventi per garantire al meglio la sicurezza delle strutture, dei processi clinico assistenziali e degli operatori stessi.

Senza un nuovo compromesso sociale tra Stato e medici la sanità pubblica continuerà a rincorrere di manovra in manovra, di patto in patto, le ragioni della propria sopravvivenza acuendo il disagio dei cittadini.

#### **FORMAZIONE MEDICA**

La formazione medica è diventata una vera emergenza nazionale che non si può affrontare senza mettere in discussione il monopolio della Università. Che, in tutte le Regioni - vero filo unificante del Paese -, di qualunque colore politico, si comporta, ed è autorizzata a comportarsi, come variabile indipendente, sostanzialmente al riparo da tagli ed estranea ad ogni progetto di riorganizzazione, priva di limiti e di obblighi sociali, subordinando le necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, fermi restando per il SSN tutti gli obblighi connessi al finanziamento. Alla fine i ruoli istituzionali appaiono confusi e sovrapposti, sotto le pressioni di un mondo che si assegna una alterità assoluta, nella quale intravede il solo modo di sopravvivere, che si ritiene e vuole essere "a parte", sciolto da ogni legge, ordine, regole, confidando sul pensiero debole della politica. Il sistema formativo pre-laurea, nonostante sforzi apprezzabili, sconta ritardi di competenze professionali agibili in un sistema sanitario ed in una società in continua evoluzione, e quello post-laurea va sempre più strutturandosi come un collo di bottiglia nel quale restano prigionieri migliaia di neolaureati in medicina e chirurgia che non avranno accesso



rata da ogni legge, alla faccia della privatizzazione del rapporto di lavoro. Il peggio è la mortificazione del ruolo professionale e l'imbarbarimento delle condizioni di lavoro, che sono molto peggiorate nell'ultimo decennio. Milioni di ore di lavoro non pagate, ritmi e carichi di lavoro che mettono a rischio la sicurezza delle cure, ignorati da riforme delle pensioni che non considerano la diversa fatica dei differenti lavori, costringendo le donne della sanità, impegnate in turni notturni e festivi, ad andare in quiescenza dopo rispetto a donne impegnate in settori privati con lavori meno stressanti, un abuso di contratti atipici diventati ormai sacche di precariato stabile. Fino al punto di chiederci di lavorare di più senza retribuzione e senza riconoscimento di ruolo. Qui nasce il dilagare della medicina difensiva, la riduzione degli spazi di umanizzazione, la compressione dei tempi di relazione che sono tempi di cura, una caduta dei livelli di sicurezza delle cure per operatori e cittadini. La austerità del blocco retributivo è peggio anche dei tagli lineari perché, comunicando che le possibilità di crescita economica sono solo al di fuori del sistema pubblico, produce disincentivi che lo impoveriscono. Il blocco del turnover, assoluto e lineare, non solo chiude le porte ad una intera generazione di giovani, respinta o precarizzata dopo 11-12 an-

la asimmetria tra ciò che si deve fare e ciò che si può fare. La medicina ospedaliera aspetta dai tempi di Mariotti e Donat Cattin parametri organizzativi capaci di garantire efficacia e sicurezza delle cure in coerenza con le risorse economiche, tecnologiche ed umane disponibili. In una ottica di sistema che sia capace di guardare insieme e raccordare quello che accade prima, durante e dopo l'ospedale.

Né l'agenda del Patto può affrontare le problematiche del personale, che del SSN rappresenta la principale, e più costosa risorsa, nel vuoto di uno spazio contrattuale che sia strumento di cambiamento e di riconciliazione della dimensione organizzativa con quella del lavoro. I medici italiani stanno pagando un contributo economico non indifferente alla crisi economico-finanziaria del Paese, con retribuzioni e sviluppi di carriere bloccate, riduzioni massicce del turn over e conseguente aumento dei carichi di lavoro, ed alla stessa sostenibilità del Servizio Sanitario pubblico in questi tempi aridi. Basti pensare alla difficoltà di reggere riorganizzazioni a getto continuo, che spesso inseguono il risparmio contingente richiesto dalla manovra di turno senza configurare assetti affidabili per un arco ragionevole di tempo, ed al rischio civile, penale e patrimoniale insito in un esercizio professionale colpevol-

alla formazione specialistica e a quella di medicina generale, requisiti legislativi per operare in conto e per conto del SSN: confinati quindi ai margini della quasi totalità del mercato del lavoro. In una sorta di riserva indiana a bassa qualificazione professionale nella quale pescheranno soggetti interessati a sviluppare attività sanitarie concorrenziali con il pubblico a costi più bassi, anche dilatando le offerte della cosiddetta medicina dei desideri. La previsione del titolo di specializzazione come requisito per l'accesso al SSN ha allungato enormemente il periodo formativo, ritardando l'accesso al lavoro dei medici con tutte le conseguenze, previdenziali e di carriera, del caso. La eccessiva lunghezza di tale percorso, nella quasi totalità lontano anche dal garantire gli obiettivi professionalizzanti previsti dalla UE, rende inutilmente penalizzante per i medici che completano la propria formazione in Italia, il mantenimento dell'obbligo della specializzazione per accedere alla dirigenza medica del SSN. Una alternativa alla possibilità di inserimento immediato del neolaureato nei posti vacanti del SSN, laddove è, dai vigenti contratti, considerato come "medico in formazione" per i primi 5 anni, potrebbe essere rappresentata dal considerare il secondo triennio come contratto di formazione lavoro da svolgere nelle

strutture del SSN con compiti e retribuzione, diretta ed indiretta, contrattualizzati.

### CRISI PROFESSIONALE

In questo difficile contesto i medici si trovano nel punto, forse, di maggiore crisi professionale ed identitaria della loro storia. Non più assolutizzati, come fino agli inizi del secolo scorso, sospesi tra una formazione infinita ed una sempre più incerta collocazione, non godono come categoria di buona salute, tra immagini caricaturali, divisioni interne, ed atteggiamenti da nobiltà decaduta in una realtà cambiata a passi da gigante. Crisi, più che di un ruolo, di un lavoro, che comunque, anche se cambiano i tempi - e le economie -, mantiene intatta la sua complessità. Vicino come è a temi cruciali dell'esistenza: la vita, la morte, la malattia e la sofferenza, la responsabilità, elementi che già di per sé rendono questa professione per molti versi unica ed insostituibile, a dispetto di tentativi di ridimensionamento, prossima alle persone, nelle corsie degli ospedali, negli ambulatori, nelle case dove vivono, nei luoghi dove lavorano.

Alla base di questa crisi c'è, forse, uno sfuocamento di un mestiere che conserva tutta la sua bellezza, oggetto ancora di timore, talvolta di invidia, se tanti non medici parlano e scrivono di quello che dovremmo fare, dettandoci tempi e agende. Mentre, da parte nostra, facciamo fatica a capire come e quanto sia cambiato un lavoro che permea tutta la nostra esistenza, e soprattutto come cambierà ancora, anche grazie alla rimozione che noi stessi abbiamo compiuto in questi decenni delle sue ragioni e della sua natura.

Oggi, a differenza che nelle generazioni precedenti, non è il progresso tecnologico a comandare il gioco, ma sono i luoghi delle cure a trasformarsi fino a scomparire, lasciando sullo sfondo i curanti (e, ancor peggio, i curati). Una moltitudine di protagonisti mutati da altri mondi, economia, scienze ingegneristiche, politica continuano a parlarsi di tagli con linguaggi estranei alla nostra quotidianità usando parole anglosassoni che hanno smarrito ogni contenuto. Fino a dettarci l'imperativo "adapt or die". Non c'è spazio per le sofferenze che siamo chiamati a vedere, diagnosticare, compatire, talvolta guarire.

### RIPARTIRE DAL LAVORO

Dovremo ripartire dal lavoro che, per dirla con Ivan Cavicchi, "come fattore di cambiamento è stato completamente dimenticato ed è diventato il vero nemico da abbattere (tagli lineari, blocco contrattazione, peggioramento delle condizioni economiche e organizzative)", messo in secondo piano rispetto al contenitore (organizzazione, salario, contratti, ecc). E ripensarlo, ricostruendo la autonomia perduta nel leggere e decidere le necessità del paziente "Al netto di tutto, dell'orario, del salario, della carriera". Come Anna Rosa Buttarelli ci ricorda, "Deve mantenere l'autorità sul lavoro chi il lavoro lo fa, non chi campa sul lavoro altrui. Chi svolge il lavoro conosce la qualità, il valore, le competenze e le esperienze che servono per svolgerlo al meglio".

Il sapere di chi il lavoro lo fa è superiore a tutto, e ridefinisce anche la rappresentanza. Dobbiamo, noi che facciamo, far sentire tutta l'autorevolezza e il peso dei corpi pensanti che lo compiono. Vite spese a prendersi cura di corpi ed emozioni non sono paragonabili a tanti altri lavori.

Oggi non è difficile cogliere la lacerazione del rapporto tra professionisti ed istituzioni sanitarie, sempre più arroccati in due universi, diversi e distinti, di valori e di vocazioni che una cultura aziendalista di matrice manifatturiera, importata in sanità, non è riuscita a saldare o quantomeno a far convergere in modo efficace. Questo profondo disagio del lavoro medico e sanitario, privo di risposte efficaci, definisce un contesto che rende più difficile affrontare la spinta delle innovazioni culturali, organizzative e gestionali che hanno una loro ragione non eludibile e una loro forza non

comprimibile: questi cambiamenti, per loro natura, aggiungono ulteriori incertezze. Eppure, bisogna ritornare, dopo decenni, a ridiscutere il fondamento di quest'arte che è modernamente andato perso, e con esso la relazione, e con questa la rappresentanza. Sembra paradossale in questo momento storico, ma è di questo che bisogna tornare a parlare tra noi, vecchi e giovani, uomini e donne: di formazione, di complessità, di incertezza (i tre viatici di Edgar Morin: il pensare bene, la strategia, la scommessa, che suonano estremamente attuali e pertinenti) per riprendere il cammino che ci possa condurre alla ragione dell'identità e del futuro della più antica professione di cura.

Ed il nostro lavoro reclama un diverso valore, anche salariale, come contropartita di un cambiamento, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

I LEA siamo noi, e le nostre abilità e competenze, che spesso fanno la differenza tra vita e morte, tra malattia e salute, sono un pre-requisito del rilancio del Servizio Sanitario pubblico e nazionale e del suo incremento di efficacia ed efficienza, anche contro la logica anti ospedaliera imperante. Una logica che sta dominando da tempo programmi e strategie politiche, istituzionali, professionali e accademiche, rispetto alla quale manteniamo un atteggiamento a metà tra il fastidio e il fatalismo. Quasi assuefatti all'idea che tutto il bene risieda ormai fuori dalle mura ospedaliere e tutto il male all'interno, abbiamo subito progressive operazioni di smantellamento o ridimensionamento della rete nosocomiale, sempre in fiduciosa attesa di una parallela costruzione di una rete alternativa e complementare. Il che non è avvenuto, anche perché è più facile trasferire risorse che funzioni.

Il Congresso è la occasione per analizzare e discutere (e decidere), con la mente libera di ri-pensare con audacia, il nostro ruolo sindacale, giuridico-contrattuale e professionale.



### UNO STATO GIURIDICO ADEGUATO AI PROFESSIONISTI

Indubbiamente, dopo il processo di aziendalizzazione, medici e dirigenti sanitari, all'interno delle Aziende sanitarie, si sentono poco amati, controllati, vincolati alle norme che disciplinano l'organizzazione e ne fissano i livelli di subordinazione, limitando, non di rado, la stessa autonomia clinica. Si è rafforzata la tentazione di chiamarsi fuori per dedicarsi alla purezza della professione, lasciando che sia qualcun altro a pensare alla gestione. Di qui la insofferenza per una qualifica dirigenziale vissuta come etichetta priva di contenuti, di qui l'inseguimento di una netta separazione di percorsi di carriera tra professionali e gestionali, di qui la sottovalutazione della vera posta in gioco rispetto alle nuove professioni sanitarie.

Nella società moderna, però, per avere un peso occorre imparare a gestire ed accettare un ruolo, anche di ordinatore della spesa, perché la stessa autonomia professionale oggi è minacciata dalla crescita di altre professioni che aspirano a propri Ordini e, curiosamente,



a quel ruolo dirigenziale che molti fra noi vorrebbero abbandonare. Il guaio è che siamo chiamati ad impersonare un profilo di dirigente, cui è collegata una dimensione professionale ed una di responsabilità nella gestione delle risorse, senza forme di partecipazione ai modelli organizzativi ed operativi aziendali. Tramontata la attesa quasi messianica di un provvedimento legislativo che risolvesse questa contraddizione, creando le premesse per l'affermarsi del governo clinico, il problema che abbiamo ancora di fronte è in sostanza quello di progettare un nuovo sistema che ricostruendo i valori di appartenenza alla professione privilegi le risorse sociali nei confronti dei valori economici, superando la dicotomia tra sviluppo dei temi professionali e l'attuale modello organizzativo nel quale il professionista è spinto ad identificarsi se vuole progredire nella carriera.

Lo stato giuridico del medico ospedaliero, e del dirigente sanitario per le diverse peculiarità professionali, costituisce un ossimoro peculiare: dipendente, per



collocazione all'interno del pubblico impiego, e dirigente, sia per la natura intrinseca di interprete dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà nella gestione di risorse anche ingenti. In tutti, sia pure con grado e intensità differenti, sono presenti i due ruoli, essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto per la valenza delle risorse impiegate e comportando ogni scelta clinica una decisione etica ed economica di cui il medico è responsabile. Non per ignorare le ragioni della spesa e della economia ma per affrontarle in modo non subalterno e non subordinato.

Nella morsa della crisi e dell'attacco ai sindacati ed al CCNL, l'ossimoro disegnato dal dlgs 229/99 mostra tutti i suoi limiti, ed occorre avviare una riflessione. Il punto da cui partire per chiederci se il rapporto di lavoro pubblico dipendente può essere il modello per una azienda di servizi, è il fatto che ci troviamo sempre più stretti nel contenitore del pubblico impiego, che penalizza i medici ed i dirigenti sanitari e non è coerente con la loro natura professionale, la specificità e la delicatezza dell'attività che essi svolgono all'interno delle strutture sanitarie. In un vicolo cieco, senza prospettive ed uscita di sicurezza. All'interno del SSN siamo considerati essenzialmente dei dipendenti, al massimo dei quadri, cui è affidato un incarico professionale, piuttosto che professionisti che lavorano per lo Stato. Occorre una riscrittura del lavoro medico e sanitario che ridisegni modelli di organizzazione e gestione all'interno dei quali recuperare un ruolo professionale che risponda coerentemente a tutte le specifiche caratteristiche della professione e del suo compito primario, che è la tutela della salute dei cittadini. Oggi si riscontra una forte disaffezione nei confronti del proprio posto di lavoro. Manca uno spirito di ap-



partenza ed una condivisione di valori, complice anche la incertezza cognitiva sui percorsi strategici, la scarsa trasparenza nella gestione delle risorse, la irrilevanza cui le categorie professionali sono tenute dalla prosopopea di una certa cultura aziendalista che pensa di potere costruire maxi aziende con mini professionisti. Ed anche la invadenza pervasiva della politica in cerca di occasioni per le proprie sorti elettorali. Occorre riflettere su questa situazione senza illudersi sulla esistenza di scorciatoie, quale potrebbe apparire la semplice separazione dei percorsi di carriera. La riflessione, certo, è ancora acerba e sappiamo, con certezza, solo ciò che non vogliamo.

La questione dello stato giuridico di Medici e dirigenti sanitari dipendenti è collegata alla necessità di ripensare l'attuale modello di governance, di fatto un potere monocratico su cose e persone, e quindi i rapporti tra contenuto e contenitore. Sapendo che chi non rivendica responsabilità ed autonomia nell'esercizio di un ruolo accetta di essere gestito, senza alcun potere negoziale nei confronti del management e senza for-

me di partecipazione ai modelli organizzativi ed operativi aziendali. Occorre cominciare dai meccanismi di progressione di carriera per realizzare una ri-collocazione all'interno della organizzazione che ci faccia riconoscere non come parte del "problema" quanto della soluzione. Inutile, perciò, adattarci alle necessità aziendali tirandoci fuori dai codici etici e deontologici.

La categoria speciale inseguita vanamente nel passato non è l'unica via di uscita, ammesso che sia possibile porre altri 114.000 professionisti come categoria speciale, ed accettabile la rinuncia ad organizzazioni, strumenti, prerogative di carattere sindacale a fronte di benefici incerti.

Altra soluzione potrebbe essere quella di professionisti che lavorano per il Pubblico in un rapporto di convenzione. Anche qui, c'è un problema di numeri ma soprattutto di come conciliare uno status di libero professionista con l'affidamento di risorse umane, tecnologiche, economiche anche ingenti.

Una soluzione più realistica potrebbe essere insistere e rivisitare, su presupposti diversi e più coerenti con la natura peculiare del sistema di tutela della salute dei cittadini, il carattere di "dirigenza speciale" delineato dall'art.15 del vituperato Dlgs 229/99. Si tratta allora di rivedere ed accentuare fortemente il carattere "speciale" della dirigenza del SSN, rafforzandone in termini certi l'autonomia sia nel profilo professionale che gestionale che rendono peculiare la "funzione" sanitaria, dando contenuti e riconoscimenti alle singole posizioni e certezza alle azioni professionali specifiche, anche attraverso il supporto di modifiche legislative. Le categorie dei medici dipendenti e della dirigenza sanitaria oggi sono unite nel denunciare un diffuso disagio ed una crescente insofferenza verso il modello aziendale che ha mostrato e mostra costantemente la sua assoluta inadeguatezza.

#### **RUOLO PROFESSIONALE**

Uno spettro si aggira da anni nella sanità italiana, la "questione medica", esorcizzata ma non risolta, malgrado il tentativo di normalizzare la categoria con un attacco massiccio a tutto campo. Il disagio professionale è reale e richiede risposte, perché va progressivamente accentuandosi con il rischio di degenerare in un processo di delegittimazione. La discussione sul disagio medico e sulla crisi della identità professionale sembra, però, giunta nelle secche. Forse dovremmo smettere di chiedere alle scienze umane risposte che attendono alla politica, che riguardano l'essere e fare il medico, ammesso che esista ancora il medico e non i medici come fenotipi della stessa malattia, in cerca del lettino dello psicoanalista dove raccontare ed ascoltare di quanto eravamo forti e di come siamo caduti in basso. La questione non è nuova, se di "disagio della professione medica" parla il rapporto dell'alto commissario per la sanità pubblica del 1947 e di "crisi della identità professionale" Cesare Frugoni nel 1957, ma oggi esasperata da diversi fattori convergenti:

**1) La solitudine del medico** a decidere del destino dei malati, abbandonato da una politica che riduce le risorse ma non dice cosa fare, in prima linea a mettere la faccia per reggere una domanda crescente e complessa con risorse decrescenti, facilmente esposti alla delegittimazione sociale ed alla crescita del contenzioso civile e penale.

Con l'atto medico reso più fragile, costretto tra codici diversi e non di rado conflittuali, senza che sia chiaro il primato di ciascuno e le relazioni tra di loro, come il caso Stamina dimostra.

**2) La crescita del contenzioso**, legata al cambiamento della società ed alle sue ripercussioni nel mondo sanitario. La trasformazione del "paziente" in "mostro esigente" e diffidente, la perdita del ruolo sociale del medico insieme con la crisi della dominanza professionale, hanno portato alla fine della "libertà medica" intesa come potere, quasi sacrale, di assumere ogni deci-

sione in solitudine per il bene del paziente. Il terreno dell'errore medico è diventato così l'oggetto principale di periodiche cadute di immagine del SSN e di consenso verso i suoi professionisti. Ridotta ai minimi termini la fiducia dei pazienti, in grande risalto ed in prima pagina gli eventi avversi, scarsi i riconoscimenti sociali, la professione si scopre indifesa di fronte alla diffusa convinzione che il progresso scientifico-tecnologico garantisca sicurezza di guarigione o azzeramento dei rischi, che rimangono spesso non prevedibili e non prevenibili, e che tutto sia riducibile ad errore. Ed esposta ad una disinvolta pressione mediatica che fa passare il medico da indagato a imputato a condannato, prima che il processo si sia aperto. Con gravi conseguenze: l'inquinamento della relazione medico-paziente, l'adozione di procedure difensive da parte di professionisti, la crescita dei costi diretti ed indiretti. Ma nella pagina excel delle riforme al mese non è dato vedere il mese della legge sulla responsabilità professionale.

Oggi è mutata anche la natura dei possibili errori e dei relativi profili di responsabilità con l'emergere di errori spesso latenti ove il fattore umano rappresenta l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema.



fessionali, senza individuare una figura cui ricondurre la responsabilità unitaria del percorso ed il compito di risolvere l'eventuale conflitto tra le autonomie. In questa complessità, da più parti si pensa che possa costituire una efficace barriera la definizione per via legislativa dell'atto medico, ricondotto alla mera declaratoria delle competenze tecnico operative oggetto di esercizio esclusivo. Ma "Esso è più compiutamente definito da quell'insieme complesso di ruoli, funzioni e responsabilità, comunque rilevanti e centrali nelle mutevoli transazioni tra medicina e società, che in sanità da tempo sono chiamate a corrispondere ai nuovi paradigmi della malattia, della salute, della cronicità, della equità, della qualità, della sicurezza, della sostenibilità etica ed economica della rivoluzione tecnologica e scientifica, della soddisfazione dei bisogni dei cittadini nel rispetto della loro autonomia" (Bianco). L'atto medico non è assorbibile in un atto sanitario per la sua specificità, fondata su conoscenze e competenze acquisite in una formazione universitaria di base e specialistica che complessivamente varia dai 10 ai 13 anni, ed il suo essere funzionale, non per una vetusta lettura gerarchica e piramidale dei processi clinico assistenziali, a garantire una governance unitaria, efficiente



Servono nuovi strumenti legislativi, quali il passaggio ad un sistema assicurativo no fault, sul modello francese e scandinavo, svincolato dalla necessità di provare le responsabilità; un diverso inquadramento penale della responsabilità medica, riscrivendo le norme sulla colpa, considerato che l'Italia, insieme al Messico e alla Polonia, pone l'errore medico nell'ambito penale, senza distinguere tra un atto medico ed un'aggressione, il riconoscimento dell'innegabile peculiarità della professione medica e delle caratteristiche di specificità ed interesse sociale dell'atto medico, nonché delle crescenti difficoltà del contesto in cui esso oggi si realizza, la visione del fenomeno come parte costitutiva dei LEA la cui responsabilità ricade in capo agli stessi soggetti cui la Costituzione pone l'obbligo di garantirli a tutti i cittadini del Paese.

**3) L'avanzare delle nuove professioni sanitarie** che erodono i tradizionali ambiti di esercizio della professione medica e di modelli organizzativi derivati dalla industria automobilistica ed adottati anche se privi di evidenze di una maggiore efficienza o efficacia. Il task shifting risponde alla tentazione forte di un uso opportunistico delle competenze per una prospettiva di sanità low cost, usata contro di noi. Il bisogno di ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza attraverso lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità delle professioni sanitarie non può essere un'operazione a senso unico, realizzata fuggendo trasparenti percorsi legislativi, uno dei frutti del federalismo che balcanizza anche le competenze professionali, essendo necessario un chiaro rapporto di ruoli e di responsabilità di tutti gli operatori che assicurano la erogazione dei LEA. Nè può essere sottovalutato il pericolo di vedere nel processo clinico assistenziale finalizzato al bene-essere del malato solo una sommatoria di autonomie pro-

ed efficace della loro complessità multiprofessionale e multidisciplinare ed il conseguimento della loro finalità. Ma non è dai contenuti amministrativi che si possono fare derivare le professioni che non possono essere indipendenti dalle capacità cognitive dell'operatore per cui è preferibile spostare l'attenzione e la discussione dall'atto (compiti burocratici, profili, mansioni) all'agente, "colui che lavora e che è definito da contesti, che garantirà che tutto quello che lo ha definito sarà in ogni atto che compie".

#### 4) Il conflitto tra organizzazione e professione

Diversi osservatori ritengono che la malattia principale del nostro SSN si chiami governance. La cornice legislativa degli assetti gestionali del SSN (Dlgs 502/92-Dlgs 229/99, L. 3/2001), non ha, in questi anni, né scoraggiato né impedito la possibilità per i decisori politici di invadere la sfera gestionale della sanità. La cascata delle responsabilità nel governo della sanità si è spesso tradotta in una rigida catena di comando che ha piegato alle esigenze della politica quelle della gestione. A partire dalle procedure di individuazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e di selezione dei Direttori di struttura complessa, che hanno reso possibile il ramificarsi di interessi clientelari e spartitori nei confronti del management tecnico professionale, ai quali è stato subordinato il riconoscimento del merito e delle competenze professionali, in una inquietante solitudine e fragilità verso il potere politico che sceglie e valuta con totale discrezionalità, cui certo non potrà rimedio un albo nazionale, ancorché costituito con criteri selettivi.

Oggi la mission principale, se non unica, delle Aziende sanitarie, è il governo dei costi di produzione attraverso un puro meccanismo di controllo dei fattori di produzione, medici e dirigenti sanitari compresi, sen-



za, peraltro, essere riuscite, come il disastro dei conti dimostra, neanche a raggiungere l'obiettivo principale per il quale erano nate. La complessità del mondo sanitario non può, però, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio, cosa che in verità è accaduta raramente. Una politica di efficienza e ottimizzazione dei costi richiede modifiche delle procedure cliniche e quindi del comportamento professionale, che non possono essere affidate ai puri meccanismi di efficienza gestionale. Occorre valorizzare la applicazione di conoscenze e valori professionali di diretta derivazione clinica, abbandonando la invadenza e la prosopopea di una certa cultura manageriale che tutto riduce a fattore produttivo, per non eludere il nodo del reclutamento di saperi e competenze professionali sul



vero obiettivo di “promuovere, mantenere e recuperare la salute fisica e psichica della popolazione”. Alla idea di governo clinico, che riconosce la centralità del ruolo delle professioni all’interno delle Aziende Sanitarie, è possibile affidare quanto la tradizionale cultura aziendalista ha dimostrato di non poter compiutamente provvedere, e cioè la garanzia delle finalità etiche, civili e tecnico-professionali del servizio, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, reclutando tutti i professionisti, medici e non, all’obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale e della contestuale crescita dei costi. Il riconoscimento e il rispetto di una sfera decisionale fondata su una loro sostanziale autonomia tecnico professionale deve tradursi nella individuazione di organismi professionali che orientino e supportino il ma-

nagement aziendale nelle scelte tecniche, e di procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali ed autoritarie, alleggerendo l’insopportabile deriva burocratica verso la quale è oggi sospinta la pratica dell’appropriatezza clinica. Un diverso equilibrio, o meglio l’integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie, quello politico, quello manageriale e quello tecnico professionale è oggi questione centrale e soprattutto cruciale nel vincere (o perdere) le due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario e cioè quella del consenso dei cittadini e quella della sua sostenibilità economica nella salvaguardia dell’universalismo e dell’equità.

Non basteranno a vincere queste sfide pur necessarie iniezioni di meritocrazia o la messa in discussione del mitico rapporto fiduciario. Le aziende sanitarie sono diventate OGM e la malattia di cui soffrono è genetica. Il management, per allineare le prestazioni alle risorse sempre più limitate, interpreta e governa i processi clinico-assistenziali secondo l’unica cultura di cui dispone, quella dell’ottimizzazione dei costi diretti ed indiretti dei fattori di produzione. Esso programma le attività in ragione dei minori costi preventivabili, riconduce i processi clinico assistenziali ad una sequenza di atti e procedure, nei quali i professionisti vengo-

**La complessità del mondo sanitario non può, però, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio, cosa che in verità è accaduta raramente. Una politica di efficienza e ottimizzazione dei costi richiede modifiche delle procedure cliniche e quindi del comportamento professionale, che non possono essere affidate ai puri meccanismi di efficienza gestionale**

no assunti quali meri fattori produttivi; orienta la valutazione degli esiti prioritariamente sulla misura del consumo delle risorse, rendendo flessibili e trasferibili funzioni e competenze, delimita gli ambiti di autonomia e discrezionalità nelle scelte dei professionisti. Questa logica poggia su una visione della governance delle organizzazioni sanitarie in cui le Regioni, strette da vincoli economici, non intendono modificare la catena di comando delle decisioni, comprese quelle che entrano nel core delle pratiche professionali e della selezione del merito e delle competenze. La discrezionalità connessa al principio del rapporto fiduciario, la natura monocratica del management aziendale, la subalternità dell’autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica che esse rivendicano, è il paradigma unico e immutabile, quasi un valore indisponibile. Questo pensiero unico, fortemente strutturato, è tenacemente protetto nella architettura normativa dell’azienda sanitaria, e della Regione divenuta quasi una corporation. Ed è questo il punto da mettere in discussione, non certo con la sola costituzione di albi, che peraltro esistono già in alcune Regioni, sia pure formati per titoli e colloquio, ma recuperando l’idea del governo clinico che mantiene le sue buone ragioni anche se ha perso forza, agibilità e concretezza, in una inerzia legislativa che ha indebolito potenzialità e deluso speranze. Rimane per noi evidente la necessità di un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e sociale che, a garanzia di un servizio sanitario universalistico, equo, efficace e solidale, definisca un nuovo Patto con la professione medica in una nuova cornice culturale, giuridica, amministrativa, civile e sociale.

#### RUOLO SINDACALE

In queste settimane la Associazione è stata impegnata in una nuova fase congressuale, in cui con la sostanziale tenuta degli iscritti, rispetto al 2010, ad onta di una incipiente gobba demografica e di una crisi

della rappresentanza comune a tutte le organizzazioni, ed alle famiglie politiche, nasce un nuovo soggetto sindacale che con la storica sigla Anaa Assomed mira a rappresentare, mediante l’adozione di politiche inclusive e multiprofessionali, diversi soggetti professionali che vivono la stessa organizzazione del lavoro negli stessi spazi fisici e con le stesse regole, a prescindere dalla qualifica e dallo stato giuridico. Sia per meglio rispondere alle nuove norme che regolano la contrattazione nel pubblico impiego sia per accettare la sfida e la responsabilità di rappresentare il lavoro in sanità in tutte le forme in cui oggi viene declinato, per continuare ad essere il più forte sindacato anche nelle nuove aree contrattuali disegnate dalla L.150/2010.

Questa trasformazione, anche in presenza di parametri vitali ancora soddisfacenti, è stata resa necessaria dai cambiamenti degli ultimi anni perché quando cambia il contesto, per le organizzazioni, cambiare non è più una scelta, ma una necessità. Spendendosi dal lato delle soluzioni piuttosto che indulgere alle nostalgie dei tempi passati.

Credo nessuno dubiti della profondità delle trasformazioni che investono le categorie professionali che vogliamo rappresentare ed il Servizio Sanitario Nazionale in cui viviamo, e gli stessi luoghi fisici del nostro lavoro.

Oggi le nuove forme di aggregazione professionale e sociale, l’esplosione dei contratti atipici così diversi dal rassicurante tempo indeterminato cui eravamo abituati, il collasso del sistema formativo con 25.000 medici allo sbando, la nuova composizione dei tavoli contrattuali richiedono una svolta coraggiosa per riallineare la nostra organizzazione ai mutamenti in atto. Per di più, appare interrotta la stessa linearità del percorso studio-lavoro che ha caratterizzato le generazioni precedenti. L’ospedale non è più la meta agognata né il punto di arrivo di una storia naturale del “fare il medico”, di un lungo percorso formativo. Complici il peggioramento delle condizioni di lavoro, e delle retribuzioni, nonché il fallimento della programmazione dei fabbisogni formativi specialistici, in alcune discipline cominciano a diffondersi forme di lavoro anche di tipo collegiale, nelle quali i medici rifuggono lo status di dipendente per muoversi come autonomi cottimisti di lusso.

Non esistono più le rendite di posizione, e non è più considerata scontata la effettiva capacità delle organizzazioni sindacali di rappresentare in maniera adeguata il lavoro nelle molteplici forme in cui viene declinato.

L’onda lunga della crisi di consenso e di fiducia verso le Istituzioni ha ormai raggiunto anche il sindacato e la sua capacità di rappresentanza. Sparare contro il sindacato è diventato una moda, una variante della retorica anti-casta, terreno di consensi a buon mercato. Anzi, grazie al fatto che è in caduta libera in tutti i sondaggi, al penultimo posto nel gradimento degli italiani con il 19,5 % di fiducia, sembra diventato la causa di tutti i guai del Paese, accusato di rappresentare, male, solo gli interessi dei propri iscritti e di non tutelare gli outsiders. In molte aziende medici divisi dalla età e da diverse forme contrattuali svolgono mansioni sostanzialmente identiche con disparità di retribuzione e di diritti. Lavorano fianco a fianco divisi da barriere invisibili, ed il sindacato sembra stare da un solo lato. Il gioco al ribasso sui diritti e sulle tutele è, però, un rischio da evitare perché è la forza della organizzazione e degli organizzati che permette di includere gli esclusi. La delegittimazione delle rappresentanze sociali è funzionale al mantenimento delle politiche recessive, in suo nome si faranno altri passi indietro, anche se li chiameranno riforme strutturali. Oggi qualsiasi rappresentanza, compresa la nostra, è messa in discussione dai cambiamenti che esprimono poteri permeati da una logica autoritaria che, in quanto tale, va al di sopra della rappresentanza, obbligandola a ridefinirsi e rein-

ventarsi se vuole sopravvivere ed evitare la eclissi del tempo di mezzo. Ma la rappresentanza non è attribuzione stabilita per legge o gentile concessione di spazio concertativo da parte della politica. Essa è combinazione di interessi, conflitti e partecipazione che esprime orgoglio e coraggio.

Orgoglio di essere il telaio di qualunque società che intenda definirsi come nazione, una componente indispensabile nella gestione delle società complesse, che non funzionano senza processi di rappresentanza né nella quotidiana fisiologia né nel dialogo con la politica, coraggio di riprendere le fila delle proprie origini di movimento collettivo e di ritornare alla sorgente della propria forza, gli interessi concreti e gli umori della gente che vogliamo rappresentare. Nelle forme di libera autoorganizzazione, i cui spazi sono stati fortemente limitati con il taglio del 50% dei permessi sindacali. Rifiutiamo il mondo che molti leader politici, di destra e di sinistra vorrebbero, in cui il sindacato semplicemente non esiste, superato dai tempi che corrono scartando chi non sta al passo. In cui non esiste nessun cuscinetto tra lavoratore e padrone e tutto si riduce a questione privata, guerra personale, solitudine di fronte allo Stato ed alla arroganza del potere. Il lavoro al tempo del colera. Non ci sentiamo orfani della concertazione, o sconcertati, ma protagonisti che continuano ad avere un ruolo ed un senso se esprimono solidarietà, comunità, partecipazione, anche andando oltre la rappresentanza e gli interessi dei soli lavoratori stabili (insider). Paradossalmente, l'acuirsi di incertezze e criticità nel mondo del lavoro oggi fa ritenere antiquata l'idea associativa, nata dai grandi partiti e movimenti del secolo breve, come forma organizzata di tutela delle aspettative e dei legittimi interessi, individuali e generali. O illusoria la solidarietà professionale che fa assumere i problemi di uno come problemi di tutti. "An injury to one is an injury to all", il motto di un sindacato americano del primo Novecento. Nessuno rimanga solo con i propri problemi. Ma dobbiamo cominciare a chiederci fino a che punto i nostri iscritti si sentono adeguatamente rappresentati nelle loro aspettative e tutelati nei loro legittimi interessi. E se le donne-medico ed i giovani medici riescono a percepirci come compagni della stessa ed unica battaglia professionale e sindacale, capace di esprimere in logiche unitarie questioni di genere e di età, istanze di carriera e retributive che possono essere legittimamente differenti. Senza fare finta di non vedere le ragioni di una progressiva disaffezione alle nostre assemblee, che spesso faticano a riempire le sale in cui sono ospitate, ed alle iniziative di lotta e protesta, specie se comportano un qualche onere.

Un sindacato che voglia opporsi alle derive in atto ed al tempo stesso progettare il futuro, deve confrontarsi con la capacità di coinvolgere donne e giovani per promuovere e governare un ricambio di genere e di età, essendo il tempo ed i numeri i più potenti fattori di entropia.

I giovani ricordano un po' la generazione Omega di "I figli degli uomini" di P.D. James, unici superstiti in un mondo vecchio e distrutto, in cui da un paio di decenni non nascono più esseri umani, e in cui la convivenza tra generazioni, con i reciproci patrimoni, sembra non poter più esistere. Alle prese con problemi ormai vecchi, quali un lunghissimo periodo formativo, una insufficiente expertise professionale, un futuro previdenziale reso drammatico dalla rottura del patto intergenerazionale, una stagione di precariato che sembra eterna, producendo effetti negativi anche su reddito e carriera.

Stride con questo scenario la presenza e l'estendersi di una sfiducia, profonda e generalizzata, verso tutti e tutto. Compreso il sindacato. La difficoltà a coinvolgere i giovani alimenta fratture che la crisi economica ha amplificato fino a fare considerare i sindacati partecipi di un complotto contro i giovani ed addirittura cor-



responsabili dello stato di cose. Le contraddizioni introdotte all'interno del nostro mondo possono essere governate solo da una forte assunzione di responsabilità verso le nuove leve, per evitare un bipolarismo anagrafico. Stiamo già assistendo ai guasti sociali di categorie di lavoro dipendente, comprese le nostre, viste come privilegiate (le pensioni di argento e d'oro, il sistema retributivo, i livelli economici) contro le quali si aizza un livore che trova in associazioni parasindacali gialle un veicolo pericoloso.

Per questi motivi abbiamo dato vita ad "Anaaio Giovani", un laboratorio di under 40 chiamato ad agire sul campo con proprie iniziative e proposte, per esprimere il proprio punto di vista nella lettura del mondo sanitario con occhi diversi da chi conta i giorni alla alba. Provvisto della necessaria autonomia, anche nella scelta di un proprio gruppo di coordinamento, per essere uno dei luoghi dove ripensare e ridefinire il sindacato dei prossimi anni e mettere in campo una nuova generazione per trovare lo schema di gioco più utile alla squadra. Non un puro rinnovamento anagrafico, omaggio alla moda giovanilista del tempo, ma la consapevolezza di dover cambiare il modo di essere sindacato, a cominciare dalla immagine e dalla percezione che del sindacato hanno troppi colleghi giovani. L'offerta sindacale oggi, polverizzata in una miriade di sigle, è caratterizzata spesso da profili di "medici arrivati", quasi una controparte o comunque una parte che ha lasciato ai giovani debiti individuali e contraddizioni di sistema. Le stesse modalità della attività sindacale paiono poco adatte alla nuova democrazia rappresentativa e partecipativa, dei blog, di facebook o twitter. E le donne medico già reclamano una nuova organizzazione del lavoro, capace di conciliarlo con i tempi di vita, senza passi indietro sul terreno dei diritti. Tra qualche anno ci sarà un cambio di maggioranza di cui non è possibile non tenere conto. Nella nostra Associazione le donne rappresentano già circa il 40% degli iscritti. Il sorpasso di genere che si profila non riesce ancora ad esprimere, nei fatti, una diffusa consapevolezza della necessità di un soggetto sindacale coerente col disagio femminile. Un soggetto capace di un'elaborazione finalizzata a rappresentanza e protagonismo, non solo verso modelli di lavoro life balanced, ma anche verso la costruzione di modelli di cura attraversati dal

**Abbiamo bisogno di parole d'ordine e bandiere dietro le quali marciare: contratto subito, legge sulla responsabilità professionale, giovani, lotta al precariato e cambio di paradigma del sistema formativo, valorizzazione del lavoro**

pensiero e dall'espressione della differenza. Un sindacato come l'Anaaio Assomed non può non tenere conto del fatto che "La differenza di genere non è solo un sistema arbitrario di soprusi ma è semplicemente una forma di antieconomia in tutti i sensi al pari di tutte le forme di anacronismo che riguardano i modelli organizzativi, la gestione finanziaria e le pratiche professionali ecc."

I temi che abbiamo avuto il coraggio di assumere all'interno delle nostre linee sindacali in questi anni hanno oggi una compiuta rappresentanza all'interno degli organismi statutari, centrali e regionali. Anche grazie a politiche positive di quote di rappresentanza, che ci hanno portato, in questo stesso congresso, ad interrogarci sulla diversa natura, - forme e crisi - della rappresentanza stessa. Nei loro confronti si possono avere legittimi punti di vista divergenti, ma crediamo che esse possono agire da catalizzatori di processi subliminali. La età media dei nostri iscritti è aumentata di 1 anno dal 2010 al 2013, ma non intendiamo rinchiuderci nella logica manichea del vecchio-cattivo e giovane-buono. Anche perché in sanità vecchio e nuovo appartengono alla stessa realtà e quindi sono interconnessi e contigui inevitabilmente. E in nessun settore il ricambio avviene immediatamente sotto il segno della equivalenza delle competenze.

Lo scenario che abbiamo in mente disegna le condizioni per un processo realizzato con impegno e senso di responsabilità di tutti, uno sguardo lungo e non limitato al proprio ombelico, anche a costo di mettere in discussione la consuetudine a trasformare l'Anaaio Assomed, ed i suoi organismi, quasi in una seconda casa dove crescere ed invecchiare. Per evitare che l'occupazione vitalizia di ruoli e funzioni ed incarichi possa trasformarsi in un ostacolo verso nuove leve. La funzione dei dirigenti sindacali è a termine per forza di cose, e la capacità di farsi da parte richiesta a tutti è un

fattore essenziale per la crescita del sindacato ed il suo allineamento continuo con il mondo del lavoro che vuole rappresentare. Un rinnovamento come valore competitivo, se condotto all'insegna della capacità di valorizzare i più capaci, a prescindere dalle simpatie e dalle cordate, territoriali o ideologiche, che possono crearsi in tutte le organizzazioni.

In fondo noi abbiamo cominciato a cambiare già dal Congresso di Silvi Marina nel 2010, dove abbiamo preso atto del matrimonio celebrato con il sindacato più rappresentativo dell'area della dirigenza sanitaria, matrimonio di interesse certo, ma non privo di solide basi di visioni ed intenti comuni e che oggi traduciamo nel dettato statutario. Ed abbiamo inserito i limiti di mandato e di quiescenza per le figure apicali.

Viviamo in un periodo di pensiero debole ed identità professionali confuse e fragili, in una crisi del sociale, e della politica, che alimenta un neoindividualismo competitivo e autosufficiente. Anche per questo crediamo necessaria una rappresentanza sindacale più forte, capace di rilanciare un nuovo professionalismo che recuperi, in una piattaforma professionale, le linee di frattura, la frantumazione e lo smarrimento della identità professionale, per far valere le ragioni della professione. E mettere fine a una diaspora infinita di sigle che restano bizantine nelle differenze. Tutto cambia, ma i sindacati dei medici rimangono uguali a se stessi, con conflitti orizzontali a bassa intensità, ma ostinati a rimanere sparpagliati, facile vittima del potere di turno. Non sono stati fatti né piccoli passi avanti né grandi balzi, per scarso coraggio e fantasia, anche nostra, o miopia, in prove tecniche di unità, con il fine di farsi rispettare ed ascoltare. Eppure nel Paese la voglia di cambiamento avanza impetuosa, anche se con elementi contraddittori.

L'intersindacale, di cui siamo stati anima e corpo, ha avuto il grande merito di riempire il periodo di fermo biologico con slancio e capacità di iniziativa, dai comunicati alle assemblee, dai sit in alle lettere alle Istituzioni, dalle petizioni on line agli scioperi fino alla grande manifestazione del 27 ottobre 2012. Oggi cominciamo a cogliere scricchiolii e vedere crepe, piccoli tatticismi che rischiano di perdere il senso della unità come valore. Comunque, una sostanziale inadeguatezza rispetto alle necessità. Se un nuovo soggetto sindacale potrà nascere, speriamo in tempi non biblici, solo per gametogenesi, occorre pensare presto a forme nuove che semplifichino la capacità e le modalità della rappresentanza sindacale, a cominciare dal mondo della dipendenza, amplificandone la massa critica. Questi obiettivi richiedono lo sforzo congiunto di tutte le rappresentanze storiche della Professione senza stancarci di costruire confronto, dialogo, iniziative e progetti perché nei vuoti determinati da protagonismi identitari esasperati, poco dialoganti, si incuneano culture e forze dirompenti che vogliono imporre scelte e soluzioni che ci dividono, ci indeboliscono e ci danneggiano. Non usciremo dalla crisi uguali a come ci siamo entrati. Anzi, non usciremo dalla crisi se rimarremo uguali a come ci siamo entrati. Nei nuovi scenari la crisi di identità della professione e la estrema frammentazione della sua rappresentanza costituiscono fattori strutturali di debolezza, che non dobbiamo accettare con fatalismo. Dobbiamo interpretare e gestire la natura e la complessità dei fenomeni che negli ultimi decenni hanno coinvolto, e spesso travolto, le tradizionali linee di esercizio professionale, e che hanno sollecitato lo sviluppo di comportamenti difensivi, di paure, di sospetti e talora di rassegnate soluzioni individualistiche volte ad una mera riduzione del danno. Senza la mortificazione dei legittimi orgogli di storie e culture associative differenti, né la sovrapposizione di funzioni e compiti, ma con la straordinaria responsabilità di mettere quelle diversità al servizio di una visione comune della professione che, nel servire il Paese, legittima e rafforza il prestigio dei suoi ruoli socia-

li, civili e tecnico professionali. Troppi frammenti senza collante, coriandoli di diversa grandezza, caratterizzano una parcellizzazione estrema della rappresentanza degli interessi in cui ognuno si vive come autonomo ordine. I numeri della sindacalizzazione medica, i più alti del mondo del lavoro, rimarranno figura numericamente astratta se non riusciremo a trasformare la aritmetica in politica. Anche Al Fatah ed Hamas hanno compreso l'importanza di un governo insieme. Magari ci vorrà del tempo perché certi meccanismi producano risultati ma alla fine lo faranno. Bisogna, però, fare presto ad uscire dalle ridotte ove rischiamo di finire come i topi, sia pure tenendo alto ciascuno il proprio vessillo, perché forte è il rischio che le famiglie professionali si trasformino in etnie. E gli spazi politici possono essere riempiti facendo politica e la politica si fa guardando più avanti del futuro immediato. Il sindacato è anche capacità di assumere rischi, senza la quale nessuna innovazione è possibile. E' difficile? Certo ma, per dirla con Seneca, "non è perché le cose sono difficili che noi non osiamo, è perché non osiamo che sono difficili".

Per quello che riguarda l'Anaa Assomed, vogliamo offrire a tutti gli iscritti, ma soprattutto a giovani e donne, che sono non il nostro futuro, ma il nostro presente, una organizzazione convincente ed attrattiva per assicurarci una storia ancora più gloriosa di quella vissuta nei primi 50 anni. Un sindacato più forte, capace di farsi portatore di istanze diverse e di tutelare interessi legittimamente differenti, includere letture differenti del mondo sanitario perché fatte da occhi diversi. Per cambiare le parole ed i paradigmi della professione, a partire dalla formazione, e (ri)cominciare dal valore del lavoro e della salute. Per essere protagonisti, responsabili e creativi, del cambiamento della sanità italiana, nel quale i medici non possono essere espulsi da ruoli organizzativi e gestionali per essere confinati nella cittadella delle competenze cliniche, per la verità affollata da una moltitudine di strangers.

Per intanto un compito cui non possiamo sottrarci è dare al cambiamento un contenuto ed un progetto, un programma convincente e dirigenti credibili, per suscitare aspettative che contengono dosi di speranza e fiducia che non hanno solo un valore etico ma anche di appartenenza.

#### IL FUTURO

La stagione di coloro che pensarono, alla fine degli anni 50, ad un nuovo sindacato medico autonomo e quella di coloro che lo fecero grande e protagonista della nascita del Servizio Sanitario Nazionale, si avvia alla conclusione. Ciò che rimane di quelle generazioni si trova a governare un cambio, forse non solo di giocatori ma anche di moduli di gioco, alle prese con nuove modalità di comunicazione che ancora non padroneggiamo. Abbiamo bisogno di parole d'ordine e bandiere dietro le quali marciare: contratto subito, legge sulla responsabilità professionale, giovani, lotta al precariato e cambio di paradigma del sistema formativo, valorizzazione del lavoro calate in una nuova sceneggiatura per vecchi e nuovi interpreti. E di un Ministero che avverta la responsabilità del grande patrimonio professionale che gli viene affidato, valorizzandolo e difendendolo tutto, senza cordate o simpatie politiche, come ha fatto e fa il Ministro degli interni con il comparto sicurezza o il Miur con il comparto scuola. Il cambiamento necessario passa per il lavoro, e per il contratto come strumento di innovazione e terreno di scambio. Chi tiene aperti i cancelli della fabbrica senza fare serrate, malgrado il peggioramento delle condizioni retributive e di lavoro, siamo noi, noi che abbiamo il reale ed effettivo possesso dei mezzi capaci di risolvere la domanda di salute. Da questa leadership sociale vogliamo ripartire, per tornare a credere in noi stessi, per la assunzione diretta di responsabilità individuali e collettive in una civile e forte difesa del Servizio Sanitario Nazionale e della no-

stra professione, della sua autonomia e dei suoi legittimi interessi. Noi non siamo palle da biliardo che si muovono sul tappeto assecondando i movimenti di chi muove la stecca o, peggio ancora, operatori invisibili. Siamo una risorsa preziosa alla ricerca di un ruolo che renda la giusta evidenza della nostra utilità, che va oltre le conoscenze riferite ai corpi, perché nemmeno il medico può essere refrattario alle discontinuità del contesto sociale cui appartiene e da cui ritiene, a torto, di essere autonomo. "Un'artista non è mai povera" faceva dire Karen Blixen a Babette quando raccontò di aver speso tutto il patrimonio vinto alla lotteria nella preparazione del bellissimo pranzo. Dopo anni in cui molto è andato perso, ma è anche stato sperperato, non solo posizioni, ma anche fiducia, dignità, quel che resta ancora di quell'arte non è poco.

Chi lotta può perdere ma chi si rassegna ha già perso. E perde ogni giorno. Ma ogni giorno noi vogliamo riconquistare un ruolo sociale e politico, appannato dalle troppe divisioni e dalla scarsa presenza sulla scena, per recuperare la forza necessaria per affrontare i prossimi appuntamenti legislativi, contrattuali e progettuali. Sconfiggendo un disfattismo nichilista o la abulia depressiva di quelli che "non facciamo niente perché non serve a niente".

Solo l'apertura di una nuova stagione da parte di tutte le forze che hanno a cuore il patrimonio e la sorte del SSN potrà salvarlo. E' ora che i numeri non occupino l'intero spazio mentale e materiale ed in scena facciano irruzione i diritti dei cittadini ed il valore del lavoro professionale. Come diceva Norberto Bobbio l'età dei numeri non può sostituire la età dei diritti. Non si tratta solo del nostro destino o di quello della sanità pubblica. Si tratta anche della stessa idea di società, di comunità, di democrazia e libertà di tutte le persone.

Take home message. Il sindacato medico e della dirigenza del SSN non è morto, il che non è poco di questi tempi, e vuole farsi carico della difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale, provando, ancora una volta, a tenere insieme legittimi interessi delle categorie e diritti dei cittadini. Diritto alla cura e diritto a curare in autonomia e responsabilità si salvano insieme o insieme periranno.

La sfida è per tutti: cittadini, Istituzioni, partiti. Noi faremo la nostra parte con l'orgoglio di quello che siamo, nonostante tutto.

La sanità è un tema centrale nella vita e nei valori di un Paese civile, ma la Politica, che è chiamata a garantire che il punto di caduta di questi fenomeni sia sempre all'interno della cornice di garanzie costituzionali dell'articolo 32, deve attrezzarsi a un nuovo pensiero sull'organizzazione della sanità pubblica. Partiti, vecchi e nuovi, e movimenti, devono declinare politiche sanitarie ed una loro idea nazionale alla altezza delle sfide di oggi. Il rischio è che lascino il testimone della difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale solo nelle mani dei medici ed il grido di dolore per lo scenario prossimo venturo solo sulle loro bocche. Non basta ripetere il mantra "cambiare verso" se non si sa se in meglio o in peggio.

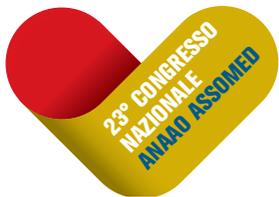
Per quanto mi riguarda, avverto il peso della grande responsabilità che, non prevista e non cercata, mi avete affidato e di quella che, eventualmente, vorrete affidarmi. Con poche certezze e molte incertezze, intendo iniziare, insieme a voi il viaggio nei nostri ideali, ma soprattutto nei doveri e nelle responsabilità che ci siamo assunti verso la nostra professione e verso i cittadini del nostro Paese. Anche il futuro come la salute ha un cuore antico che raggiungeremo con la passione, l'impegno, l'orgoglio del nostro lavoro.

Non esiste la supernocciolina di superpippo ma alla fine andrà tutto bene.

E se non andrà bene vorrà dire che non siamo ancora alla fine.

## La mozione finale del Congresso nazionale

# “Basta con gli attacchi al personale sanitario. Siamo noi il motore del sistema”



**La piattaforma di iniziativa per i prossimi quattro anni prevede 5 obiettivi: contratto subito, legge sulla responsabilità professionale, lotta al precariato e al blocco del turn over, cambio del sistema formativo recuperando il ruolo professionale del SSN, valorizzazione del lavoro di medici e sanitari.**

Ecco il testo completo della Mozione approvata al termine del 23° Congresso nazionale dell'Anaa Assomed:

### “Il Congresso Nazionale

Anaa Assomed tenutosi ad Abano dal 17 al 21 giugno 2014 si riconosce nella relazione del Segretario Nazionale dott. Costantino Troise e negli interventi dei delegati che, nel loro insieme, han-

no evidenziato le criticità della sanità pubblica che aggravano le condizioni di lavoro dei professionisti e minacciano i principi fondamentali di uguaglianza, solidarietà ed universalismo del SSN.

**In un Paese nel quale** si contano oltre 8 milioni di cittadini sulla soglia di povertà e milioni di giovani alla ricerca di prima occupazione (46%), la sanità pubblica, nonostante che la spesa sanitaria sia cresciuta negli ultimi anni al di sotto della media europea e che la spesa per la non autosufficienza ed invalidità per anziani disabili sia la metà della spesa pro capite di Regno Unito e Francia, continua a svolgere una inestimabile funzione di ammortizzatore sociale e di coesione sociale. Il defianziamento del sistema e la sostenibilità economica, declinato nella unica ed esclusiva forma del contenimento della spesa, hanno determinato tagli lineari e vuoti assistenziali, al punto che oggi solo dieci Regioni garantiscono i LEA. La crisi ha accentuato gli squilibri tra Regioni più ricche e Regioni più po-



vere, ha prodotta forme di migrazione sanitaria, ha frantumato la rete dei diritti al punto che il diritto della salute diventa una variabile del luogo di residenza.

**In questo contesto** l'abbattimento del costo del personale dipendente (-3% nel 2010-2012, ulteriore -1,1% nel 2013) diventa il principale obiettivo delle politiche sanitarie. Nella governance delle aziende sanitarie i medici ed i dirigenti sanitari perdono l'identità di professionisti per essere assimilati a fattori produttivi da utilizzare in base a pure logiche economicistiche. Le risorse umane diventano un costo da abbattere, un numero complessivo di unità da ridurre, trasferendo competenze verso figure professionali a minor costo o prefigurando soluzioni programmatiche e legislative che, negando il ruolo di dirigente, riportano indietro nel tempo i medici ed i dirigenti sanitari verso contratti a minor costo oggi non più praticabili e tollerabili.

**La questione medica** rimane ancora oggi un problema irrisolto, sostenuto da un disagio profes-

sionale figlio di un continuo processo di delegittimazione che vede i medici ed i sanitari sempre più marginalizzati e costretti in matrici organizzative che il più delle volte trascurano le competenze e mortificano la passione. Cresce il contenzioso medico-legale alimentato da comportamenti opportunistici e da falsi miti, aggravato dal ritardo di provvedimenti legislativi che riscrivono le norme sulla colpa necessarie ad un diverso inquadramento giuridico della responsabilità medica. Servono nuove soluzioni, quali il passaggio ad un sistema assicurativo no fault, svincolato dalla necessità di provare le responsabilità, una innovativa visione del problema che ponga il tema degli eventi avversi come parte costitutiva dei LEA, la cui responsabilità è ricondotta agli stessi soggetti cui la costituzione pone l'obbligo di garantirli a tutti i cittadini.

**Il blocco del turn-over** ha prodotto vuoti nelle dotazioni organiche, costringendo i medici e i dirigenti sanitari a ritmi e turni di lavoro il più delle volte insostenibili, con grave pregiudizio della qualità e sicurezza delle cure, obbligandoli a milioni di ore aggiuntive, quasi sempre non retribuite e non recuperabili, a mancati riposi ed a ferie non godute. Come effetto collaterale si è andato ampliando il numero di medici e sanitari disoccupati e precari, una intera generazione di giovani respinta o relegata dopo 11-12 anni di formazione in contratti di lavoro atipici che negano i diritti fondamentali del lavoro. Non è pensabile una riorganizzazione del sistema sanitario senza la premessa della fine del precariato, ed è questo il nostro punto di partenza.

**Il blocco del contratto**, che dura ormai da cinque anni senza nessuna prospettiva di rinnovo a breve, ha comportato una riduzione del potere di acquisto delle retribuzioni pari al 20%. La si-

stematica negazione della normativa contrattuale perseguita dalle amministrazioni regionali ed aziendali, ha contribuito ad aggravare le condizioni di lavoro creando un clima di sfiducia e di rabbia nella categoria. E' indispensabile ritrovare certezze nel rispetto delle norme, a partire dal meccanismo di progressione di carriera che deve essere liberato dalle ingerenze della politica e che deve essere centrato esclusivamente sul merito. E' necessario arrivare al più presto alla definizione delle aree contrattuali ed aprire una nuova stagione contrattuale che consenta una diversa configurazione del mondo del lavoro sanitario, aggiornando norme ed organizzazione, creando le premesse indispensabili al cambiamento.

**I ritardi della politica sanitaria** si misurano principalmente nei ritardi di organizzazione della rete ospedaliera e territoriale. L'unico obiettivo costantemente perseguito come filo conduttore di programmazione e spending-review è stato l'abbattimento della dotazione dei posti letto. Gli ospedali hanno perso in 10 anni oltre 70.000 posti letto, raggiungendo un rapporto per abitante che si pone ben al di sotto della media europea. L'allungamento delle liste di attesa ed il sovraffollamento dei PS, principali conseguenze di questa politica recessiva, sono diventati un dramma quotidiano che famiglie e medici devono affrontare in assoluta solitudine, il più delle volte su fronti opposti, tra incomprensioni che alimentano il contenzioso medico-legale ed incrinano il rapporto medico-paziente. Il trasferimento delle risorse dall'ospedale al territorio, intesa generalmente come la unica forma di programmazione e di riorganizzazione delle cure in risposta alle transizioni demografiche ed epidemiologiche, trascura che gli anziani sono prevalentemente polipatologici e soggetti a facili instabilità cliniche che il più delle volte rendono necessario il ricorso all'ospedale.

**I ripetuti interventi legislativi** che a partire dal 2010 hanno interessato la Pubblica Amministrazione (blocco delle retribuzioni, blocco del turnover, riforma delle pensioni ecc.) hanno colpito indiscriminatamente anche la Dirigenza medica e sanitaria, disconoscendo la sua natura di dirigenza specificatamente tecnico-professionale. Una dirigenza con una identità giuridica caratterizzata da un duplice profilo, da un lato quello di dipendente per la sua collocazione nel pubblico impiego e dall'altro quello di dirigente per le sue specifiche funzioni di gestore ed ordinatore di spesa. La frustrazione prodotta dal mancato riconoscimento del valore e del significato della Dirigenza medica e sanitaria non deve tradursi in un chiamarsi fuori per dedicarsi alla purezza della professione, lasciando ad altri la responsabilità della gestione. Nell'attesa di indi-

viduare diverse collocazioni giuridiche (categoria speciale, rapporto di convenzione) è preferibile rivisitare, con presupposti più coerenti con la natura peculiare del sistema salute, il carattere di dirigenza speciale delineato dall'art. 15 del Dlgs 502/92 e sm. rafforzandone tutti quei caratteri di autonomia che rendono peculiare la funzione sanitaria sia nel profilo professionale che gestionale.

**La formazione medica** è diventata una vera emergenza nazionale che non può essere affrontata senza mettere in discussione il ruolo della Università che continua a considerarsi una variabile indipendente del sistema, estranea ad ogni progetto di riorganizzazione. Il sistema formativo pre-laurea sconta ritardi di competenze professionali e quello post-laurea è condannato al "collo di bottiglia" nel quale restano prigionieri migliaia di neolaureati che non avranno accesso alla formazione specialistica e a quella della medicina generale, requisiti legislativi necessari per l'accesso al lavoro nel SSN. Una formazione post-laurea che è sottratta agli ospedali, a differenza di quanto accade nel resto di Europa, finalizzata agli interessi della Università piuttosto che a quella del futuro medico specialista, sganciata da una rigorosa programmazione dei bisogni formativi. E' indispensabile accorciare il tempo della formazione post-laurea per favorire un ingresso precoce nel mondo del lavoro assicurando in questo modo un dignitoso futuro previdenziale ai giovani medici. Ma è assolutamente inaccettabile che tale soluzione si accompagni ad un loro inquadramento contrattuale nell'area del comparto trasformando i medici in maxi infermieri, una riserva indiana di lavoro flessibile ed a basso costo.

**Il XXIII Congresso Nazionale Anaa Assomed** mette al centro delle proprie rivendicazioni il lavoro ed il valore intrinseco del sapere e del saper fare. Il lavoro arricchito dall'autonomia professionale e dalla responsabilità. Il lavoro come diritto a difesa di altri diritti, in una congiunzione che lo trasformi nel più grande e potente fattore di cambiamento della storia.

I LEA sono i professionisti che rivendicano dignità e diritti. I LEA siamo noi, siamo noi che facciamo la differenza tra la vita e la morte, tra malattia e salute e senza di noi non è possibile il rilancio del SSN.

**Il XXIII Congresso Nazionale Anaa Assomed** chiama i medici ed i dirigenti sanitari italiani a mobilitarsi intorno a parole d'ordine che diano senso e forza alle nostre future battaglie:

- 1) Contratto subito come strumento di governo.
- 2) Legge sulla responsabilità professionale.
- 3) Lotta al precariato ed al blocco del turnover.
- 4) Cambio del sistema formativo recuperando il ruolo professionale del SSN.
- 5) Valorizzazione del lavoro di medici e sanitari che danno contenuti professionali ai riferimenti normativi del diritto alla salute.

**Il XXIII Congresso Nazionale Anaa Assomed** impegna i gruppi dirigenti eletti a tutti i livelli nel perseguire questi obiettivi continuando a reclutare energie ed intelligenze di giovani e donne cui affidare il compito di coltivare la nostra passione civile in difesa dei cittadini e delle nostre professioni".

## IL NUOVO ESECUTIVO

**Costantino Troise è stato confermato alla guida dell'Anaa Assomed fino al 2018 dal 23° Congresso Nazionale che si è concluso ad Abano Terme.**

Nato ad Avellino 63 anni fa è Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Allergologia Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino di Genova.

Il suo programma - sottolinea una nota del sindacato - è racchiuso in alcune parole d'ordine in cui si concentra l'attività futura dell'Associazione: contratto subito, legge sulla responsabilità professionale, giovani, lotta al precariato e cambio di paradigma del sistema formativo, valorizzazione del lavoro dei medici e dirigenti sanitari, revisione dell'offerta sindacale.

È un progetto ambizioso - sottolinea il Segretario Nazionale Anaa - che però non ci scoraggia, nonostante la sordità della politica e delle Istituzioni ai continui richiami delle professioni e dei cittadini ad una maggiore attenzione allo spazio dei diritti che non possono essere cancellati dalle ragioni dell'economia, vere o presunte. Ripartiremo dal lavoro - esorta Troise - per reclamare un diverso valore, anche salariale, come contropartita di un cambiamento, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

### LE ALTRE NOMINE AL VERTICE DELL'ANAAO ASSOMED

Domenico Iscaro  
Presidente  
Carlo Melchionna  
Vice Presidente

### IL NUOVO ESECUTIVO

Costantino Troise  
Segretario Nazionale  
Carlo Palermo  
Vice segretario nazionale Vicario  
Giorgio Cavallero  
Mario Lavecchia  
Giuseppe Montante  
Giuseppe Ricucci  
Cosimo Nocera  
Claudio Aurigemma Auriemma  
Gabriele Gallone  
Domenico Montemurro  
Alberto Spanò  
Eleonora Albanese  
Maria Parmeggiani

## Dentro il Congresso

Adriano Benazzato  
Segretario Regionale Anaa Veneto

### “Cambiare strategia, diventare più aggressivi e coinvolgere i cittadini nella tutela della sanità e della salute”

Dottor Benazzato quali sono le principali criticità nella sua Regione?

La criticità più grande è legata al fatto che ci stiamo domandando, sia in Veneto che nel Paese, se possiamo continuare a permetterci un Ssn di tipo universalistico. Le cose stanno precipitando. Noi siamo assolutamente favorevoli e vogliamo lottare perché il Ssn resti universalistico, ma da anni si sta verificando, in modo silenzioso, non percepito dal cittadino, una tendenza alla privatizzazione con una sanità per i meno abbienti che sarà gestita dal Ssn e una sanità per i benestanti che sarà gestita da privati. Questo l'abbiamo percepito in modo chiaro.

Come pensa di superare queste criticità?

Come Anaa Veneto stiamo cercando di informare la cittadinanza per renderla consapevole del rischio che si corre. Stiamo pensando di agire con una serie di azioni. Come sindacato dobbiamo sensibilizzare la cittadinanza, perché il politico è poco sensibile alle nostre istanze e a questo punto è necessario creare le condizioni per metterlo sotto pressione.

Se invece dovesse indicare delle urgenze?

Gli obiettivi e le azioni che ho detto rappresentano delle urgenze e sono assolutamente prioritari. Se dovessi individuare altre criticità direi l'ammmodernamento delle reti ospedaliere. È necessario costruire nuovi ospedali ma senza ricorrere al project financing. Attezzare il territorio per fare da filtro e ridurre il carico degli ospedali, altro problema è il blocco del turn over.



# La parola ai segretari regionali

Criticità e proposte per superarle nelle realtà sanitarie del Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Lazio, Campania e Puglia

Infine le sue parole d'ordine per i prossimi quattro anni.

Movimentismo, movimentismo e ancora movimentismo per le ragioni che ho appena illustrato. Occorre cambiare registro e strategia e diventare decisamente più aggressivi coinvolgendo anche molti colleghi su queste azioni per tutelare la sanità e la salute dei nostri famigliari e non solo dei cittadini che usufruiscono di un servizio di cui forse non si rendono conto perché oggi è gratuito e questa è una grandissima ricchezza a cui non possiamo rinunciare.

Mario Vitale  
Segretario Regionale Anaa Piemonte

### “La professionalità del medico resta centrale nella vita sanitaria”



Dottor Vitale, quali sono le principali criticità del Piemonte?

Direi le stesse che si vivono a livello nazionale. Impoverimento progressivo del Servizio sanitario con spostamenti progressivi delle risorse a favore della sanità privata, le strutture pubbliche, quindi gli ospedali che stanno invecchiando, e la sanità pubblica viene emarginata. Abbiamo perso molti posti letto e registriamo una quantità di risorse destinate al sistema decisamente inferiore rispetto a quanto avveniva prima. Altra criticità è la mancanza di ricambio generazionale medico. I giovani medici o non trovano lavoro o sono assunti con contratti a termine, preca-

ri, provvisori.

Quali sono le sue proposte per superarle?

Importante è mettere al centro della vita sanitaria il lavoro dei medici. La professionalità del medico è un concetto che vogliamo ribadire. C'è la necessità di rispettare il lavoro e chi lo fa. Ormai da tanto tempo i medici si sentono considerati come dei semplici datori di lavoro, dei semplici prestatori d'opera e non come dei professionisti in grado di decidere in maniera autonoma la finalità del loro lavoro. Un aumento degli investimenti in sanità pubblica a questo punto è importante e doveroso”.

Quali invece le sue emergenze?

Se devo individuarne una sicuramente è la situazione del pronto soccorso, dunque l'emergenza urgenza, il 118. I Pronto soccorso sono diventati, sicuramente anche per la crisi economica, il primo punto di riferimento sanitario per il cittadino che in questo modo cerca di aggirare le liste d'attesa che sono diventate molto lunghe, anche a causa della diminuzione del personale. Questo però rischia di generare prestazioni improprie.

Le sue parole d'ordine?

Difesa della sanità pubblica, che per noi dell'Anaa è al primo posto; professionalità medica che viene sempre più trascurata; solidarietà sociale come fine ultimo del Ssn e come ultima cosa, investimento nella formazione dei giovani medici che sono trascurati e non si fa tesoro di quello che sarà il loro futuro come professionisti.

Sandro Macchia  
Segretario Regionale Anaa Emilia Romagna

### “I medici devono partecipare ai processi decisionali, ma serve l'unità sindacale”

Dottor Macchia quali sono le principali criticità dell'Emilia Romagna? Sono le stesse palesate a livello nazionale. Noi però abbiamo il vantaggio di

stare in una Regione virtuosa, in pareggio di bilancio e di condizione generale del Ssn abbastanza compenetrato nel tessuto sociale. Direi quindi un passo avanti rispetto ad altre realtà. Detto questo se dovessi indicare una criticità direi l'incapacità della classe medica di partecipare ai processi decisionali e strutturali della Sanità. Noi non siamo chiamati e dunque non abbiamo la possibilità di sederci nei tavoli dove questo avviene per decidere.

Qual è la sua proposta per superare questa situazione?

In due modi. Il primo è dialogare cercando di portare ad unità di intenti le varie sigle mediche che collaborano all'interno della Regione. Il secondo rendere noto ai cittadini quello che stiamo facendo, dunque non soltanto la difesa corporativista di un contratto di lavoro e quindi di un fattore economico, ma la difesa della sanità pubblica che passa attraverso la difesa dei profes-



nisti che ci lavorano dentro.

Quali sono invece le urgenze?

Portare la voce nazionale a livello periferico, cercare di arrivare anche nel più piccolo laboratorio cercando di tirare fuori le problematiche attraverso un discorso unitario, coerente e nazionale. A noi i tagli economici indiscriminati non vanno bene, non siamo un salvadanaio. Lavoriamo insieme sull'adeguatezza, tagliamo dove c'è surplus e allochiamo le risorse dove c'è necessità. Qui in gioco non c'è una categoria medica ma tutta la professione sanitaria. Infine quattro parole d'ordine: Condivisione, partecipazione, lotta e lealtà verso il cittadino.

**Guido Coen Tirelli**

**Segretario Regionale Anaaio Lazio**

## “Senza l'accordo con i medici la sanità potrà andare solo peggio”

**Dottor Coen, quali sono le principali criticità nel Lazio?**

Le relazioni sindacali. Il mio obiettivo è portare il Lazio, dal punto di vista dell'Anaaio, ad una trattativa con la Regione più corretta rispetto a quella che è stata fino ad adesso perché finora le relazioni sindacali non ci sono state, e spero che gli attuali gestori della sanità regionali inizino a parlare con chi deve dare salute. Nostro obiettivo è far capire che senza l'accordo con i medici la sanità potrà andare solo peggio. C'è poi il ruolo del medico si sta perdendo, da centro dell'azione sanitaria è diventato un numero che viene gestito dal altre figure che nulla sanno di sanità. Dobbiamo riappropriarci del governo clinico della sanità perché da questo punto di vista nel Lazio si è persa ogni logica.

**Quali le sue proposte per risolvere i problemi?**

Per quanto riguarda il primo punto, le relazioni sindacali, ci si mette intorno ad un tavolo e ognuno svolge il proprio ruolo. Sul governo clinico, l'esecutivo e la regione insistono sul territorio perché per loro è più facile parlare con i medici di famiglia che sono una sola associazione però non verificano quello che i medici di famiglia fanno per il cittadino. Si danno tanti soldi al territorio senza andare a verificare ciò che queste figure danno al paziente. Noi non siamo contrari al territorio, ma va controllato e gestito come si fa con l'ospedale dove ci sono indicatori chiari che dicono cosa funziona e cosa no, con il territorio non ci sono indicatori. Io voglio il rispetto delle regole.

**Le sue urgenze invece?**

Il riequilibrio economico. Noi con gli stipendi siamo fermi da anni e l'urgenza è rivedere il modo di fare il contratto. Essendo in regime di isorisorse il contratto non può essere rifatto sulla base di quello che abbiamo fatto anni fa. Vanno cercate forme di premio, di pagamento di prestazioni per quello che viene fatto al di fuori della base per pre-

miare chi lavora e da di più rispetto all'assistenza. Se continuiamo a pagare in base a quante ore si fanno non si va da nessuna parte. Viceversa bisogna cambiare l'ottica, dando un fisso e riconoscimenti economici in base a quello che viene fatto. E' evidente che vanno trovate le formule per fare questo, ma in un mondo in cui le risorse sono limitate, bisogna pagare chi fa bene il proprio lavoro. Oggi le verifiche sono una farsa.

**Quali le sue parole d'ordine?**

Non c'è ne sono. Ho piuttosto degli obiettivi che sono quelli di stabilire rapporti corretti con le altre figure professionali. Perché non possiamo più assistere a situazioni per cui altre figure professionali vogliono appropriarsi delle nostre competenze. Nella mia azione ci sarà anche il tentativo di spiegare ai cittadini quello che si è fatto contro di loro. I pazienti nel Lazio sono assistiti solo grazie all'abnegazione di medici e infermieri che lavorano dentro le strutture e fanno più di quello che devono per i pazienti.

**Cosimo Lodeserto**

**Segretario Regionale Anaaio Puglia**

## “Occupazione giovanile, razionalizzazione delle risorse, coinvolgimento dei cittadini”

**Dottor Lodeserto, quali sono le principali criticità della sua Regione?**

Sicuramente il superamento del piano di rientro che ha colpito gran parte delle Regioni italiane. Non so se tutto quello che non è stato fatto in sanità in Puglia è da attribuirsi a questo o per necessità di risparmiare, fatto sta che stiamo rischiando di non assicurare i Lea. Abbiamo avuto una riduzione delle strutture complesse e semplici, con demotivazione dei colleghi, ma la cosa che mi sta più a cuore è che questa riduzione è stata finta, una sorta di gioco delle tre carte. Hanno declassato soltanto i primari senza toccare nient'altro perché la politica, a livello locale, predica bene e razzola male. Non hanno chiuso le strutture perché per i politici locali questi rappresentano il proprio orticello che difendono, ma hanno toccato soltanto i primari creando crisi del personale, di cui le strutture hanno biso-

gno, e aumentando il rischio sia per il paziente che per il personale che è sempre più investito da carichi di lavoro e quindi a rischio di denunce per errori.

**Quali sono le sue proposte per superare le criticità?**

Non c'è dubbio che la crisi globale ha investito anche la sanità, vanno bene i tagli dei piccoli ospedali che non servono, che non garantiscono e sono pericolosi, quindi occorre andare avanti in quel processo di razionalizzazione.

**Le sue urgenze invece?**

Sbloccare il turn over. Se è giusto che chi ha raggiunto una certa anzianità di servizio deve andare a casa, dall'altro lato è altrettanto giusto che queste figure siano sostituite.

La mia paura, e di molti colleghi, è che invece i medici non vengono sostituiti ma, come le ho detto prima, vengano tagliate soltanto le direzioni di struttura complessa. Quindi l'urgenza è il problema del personale.

**Infine le sue quattro parole d'ordine**

Occupazione giovanile, razionalizzazione delle risorse, maggiore coinvolgimento dei cittadini che non devono essere controparte, e che il governo nazionale capisca che il Ssn non può essere sotto finanziato. Oggi la sanità costa tanto perché tecnologicamente è avanzata.

**Bruno Zuccarelli**

**Segretario Regionale Anaaio Campania**

## “Il blocco del turn over penalizza i giovani che vanno all'estero creando un'emorragia di saperi”

**Dottor Zuccarelli quali sono le principali criticità della Campania?**

Il blocco del turn over che ha penalizzato i giovani costringendoli ad andare fuori dalla Regione se non fuori dall'Italia per lavorare. Questo significa un'emorragia dei saperi e quindi significa formare colleghi per poi perderli. Così si cancella il futuro della sanità ed è molto grave. Altro punto negativo è il commissariamento della Regione, si sta cercando di ripianare i debiti e il 2013 si è chiuso con un avanzo di gestione di 6 milioni di euro. Quindi da una parte dovremmo essere soddisfatti. Ma l'opera è stata di razionamento e non di razionalizzazione sfiorando molte volte l'abbassamento dei Lea che spesso sono diventati Livelli “eventuali” di assistenza. In Regione Campania il paziente ha una tassazione molto alta e sicuramente molti cittadini rinunciano all'assistenza sanitaria perché non hanno la disponibilità per ricorrere all'assistenza sanitaria e questo è un allarme molto forte.

**Le sue proposte per superare que-**

**ste criticità?**

Sblocco del turn over che significa non allargare le maglie e quindi cercare di costruire la futura generazione dei medici che lavorano nel Ssr con oculatezza e strategia di programmazione per cercare di dare un futuro. Sicuramente si può fare molto sull'appropriatezza nell'assistenza sanitaria perché lì si può razionalizzare e non razionare perché molte prestazioni sono ancora inappropriate. Un lavoro molto forte di integrazione tra territorio e ospedale che manca perché oggi il cittadino è costretto a rimbalzare tra la struttura ultraspecialistica universitaria, quelle specialistiche ospedaliere, fino a quella territoriale. Deve invece entrare in un circuito virtuoso integrato tra università, ospedale e territorio dove riceve salute e risposte di salute.

**Quali vede come urgenze?**

Sicuramente investire sulle residenze sanitarie assistite perché il futuro è la geriatria, gli hospice per l'assistenza agli ammalati terminali e un lavoro importante sulla riabilitazione. Queste sono le strutture carenti particolarmente in Campania dove è necessario un investimento massiccio. Da noi continuano i ricoveri impropri negli ospedali e c'è l'emergenza barelle perché stiamo riducendo i posti letto senza dare offerte alternative con casi di barelle sottratte alle ambulanze, o ricoveri fatti addirittura sulle sedie il che è molto grave. Ma se andiamo a fare delle verifiche scopriamo che molti ricoveri sono inappropriati.

Primo perché il cittadino chiede alla struttura sanitaria dell'emergenza delle risposte in assistenza sanitaria perché non ha i soldi, cerca di avere prestazioni di diagnostica o altro tramite il pronto soccorso perché non può pagare il ticket. Secondo perché non ci sono strutture alternative.

**Le sue parole d'ordine?**

Giovani, giovani e ancora giovani. Perché non sono il futuro ma il presente. Lo dico non più da medico ma da cittadino e quindi da paziente. Abbiamo la necessità di colleghi che svolgano la professione, non possiamo più permetterci che vadano via per necessità. Se devono andare fuori è per imparare e poi riportare quello che hanno appreso nella nostra Regione, nella nostra terra.



# La voce delle donne e dei giovani

Rosella Zerbi

Direzione nazionale Anaa Assomed

**“Nel futuro l’Anaa potrà contare su molte più donne ma dobbiamo essere più concrete nel portare avanti le nostre proposte”**

Quali sono le principali criticità per le donne?

Io non parlo a titolo personale ma esprimo un sentire comune. Le criticità che riguardano la rappresentatività delle donne sono le stesse che ci sono nel Paese in tutti i settori. Ritengo che sia stato un buon risultato, anche se non tutti l’hanno percepito così, quello di mettere all’interno dell’Anaa una quota minima di rappresentatività di genere a tutela di chi è meno rappresentato. Nel nostro statuto è stato stabilito che questo non deve essere meno del 20%. È ancora poco però, è necessario per dare un segnale e ciò ha permesso ad alcune Regioni di fare uno sforzo per coinvolgere le colleghe. Questo fa sì che nel prossimo quadriennio ci saranno molte più donne non solo negli organismi periferici che le hanno già espresse ma anche negli organismi centrali e nella direzione nazionale. L’Anaa ha espresso nel quadriennio passato, per la prima volta in cinquant’anni, due donne nella Segreteria Nazionale e questo la dice lunga sulla strada che abbiamo da percorrere e sulle difficoltà che incontriamo nella nostra carriera e nell’accesso ai ruoli apicali.

Nella sanità per oltre vent’anni c’è stato un costante incremento di iscritte a medicina e quindi di iscritte all’Ordine dei medici e conseguentemente di ingressi nella professione. Negli ultimi anni però le iscrizioni di donne alla facoltà di medicina hanno registrato un decremento perché l’accesso alla carriera avviene in età avanzata, con gravi ricadute nella gestione della vita delle donne considerando le scadenze biologiche.

Le sue proposte per superare queste criticità?

L’ingresso delle donne nel sindacato può dare una visione diversa non solo del modo di lavorare ma anche dell’organizzazione del lavoro e quindi più elasticità negli orari di lavoro, anche con l’obiettivo di conciliare tempi di vita e di lavoro a vantaggio non solo delle donne ma di tutti i professionisti. Bisogna quindi superare le barriere contrattuali, coinvolgendo anche gli specialisti ambulatoriali, in alcune Regioni questo sta già avvenendo però il tutto andrebbe affrontato in modo più sistematico, parlando, senza far calare le cose dall’alto.

Quali vede invece come urgenze?

Le precarie non hanno diritto alle sostituzioni in maternità e questo è un grave handicap perché o lavori o fai la mamma. Le dipendenti che hanno diritto alla maternità invece non vengono sostituite per i problemi legati ai piani di rientro e al blocco del turn over. Una donna in maternità diventa un grosso problema per l’equipe perché determina un sovraccarico di lavoro se non viene sostituita. In più c’è uno scarso accesso al part time con tutti i limiti che questo istituto ha perché il part time è l’ultima ratio per chi non riesce a conciliare i tempi di vita e di lavoro. Come vede il futuro delle donne nell’Anaa?

Per i prossimi quattro anni l’Anaa potrà contare su molte più donne distri-



buite su tutti i livelli sia periferici che centrali. E questo darà un contributo per essere noi stesse più concrete nel portare avanti le nostre proposte.

Domenico Montemurro

Responsabile Nazionale Anaa Giovani

**“La formazione è importante perché se fatta male porta al precariato”**

Dottor Montemurro, quali sono le principali criticità del suo settore?

Una prima criticità è la formazione. Una cattiva formazione porta al precariato giovanile e questa è la seconda criticità. Il terzo problema è la scarsa conoscenza dei giovani del sindacato e il quarto sono i precari che non hanno un contratto degno di questo nome e quindi c’è la necessità che venga rivisto, in modo da essere più flessibile, con maggiori tutele.

Proposte per superarle?

Prima di fare delle proposte occorre dare dei numeri. Partire quindi da un censimento che ora non esiste sul numero dei precari, sul numero dei contratti atipici, su quali sono le specialità divise per regione. Una volta fatto il censimento, che coinvolge i coordinatori regionali di settore e i coordinatori aziendali di settore Anaa giovani, occorrerà costruire un documento-proposta, un Libro Bianco, che sulla base di questi numeri possa costruire un ipotesi di contratto di lavoro per superare l’impasse del precariato. Altra proposta è sicuramente quella della formazione. Lo specializzando dovrà seguire un percorso formativo, negli ultimi due anni, all’interno delle strutture per garantire da una parte un profilo previdenziale, che in questo momento non ha, e dall’altra parte per costruirsi una carriera professionale, in-

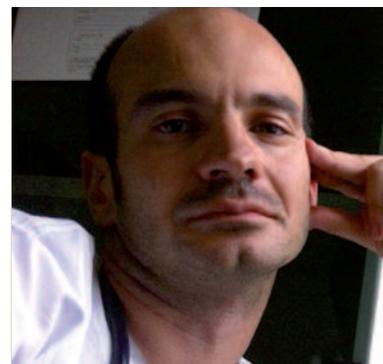
fine per imparare negli ospedali dove andrà a lavorare. Per quanto riguarda lo scarso interesse per il sindacato occorre mettere i giovani davanti ai problemi che li attendono e di cui non sono consapevoli. L’Università li forma senza farli uscire come se fungesse da cuscinetto. Devono invece capire cosa li aspetta e quali sono le criticità del sistema per risolverle. Infine sul contratto, si parte dalla base per diventare nazionale. Non si può pensare ad un contratto di lavoro diverso se non vengono ascoltati i ragazzi e quindi dalla base devono venire le proposte per il tipo di contratto che loro vogliono. A quel punto la voce diventa nazionale.

Quali vede invece come urgenze?

La carenza di personale che da qui ai prossimi dieci anni è da sostituire. Quindi superare il blocco del turn over perché se non viene fatto a fronte dei pensionamenti massicci che ci saranno il sistema rischia il collasso e non si può pensare di chiudere ospedali interi. Questa è un’urgenza immediata, c’è poi l’urgenza formativa che deve passare attraverso una formazione capillare dei medici. Importante per questa programmazione è che le regioni non barino sui numeri, pompando su specialità mancanti che in verità mancanti non sono.

Le sue parole d’ordine?

Impegno, dedizione e concretezza nelle proposte.



**dm**  
dirigenzamedica

Sede di Roma:  
via XX Settembre, 68  
tel. 06.4245741 -  
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:  
via D. Scarlatti, 27  
dirigenza.medica@anaao.it  
www.anaao.it

Direttore  
Costantino Troise

Direttore  
responsabile  
Silvia Procaccini

Comitato  
di redazione:  
Giorgio Cavallero  
Domenico Iscaro  
Mario Lavecchia  
Carlo Palermo

Coordinamento redazionale  
Stefano Simoni

Progetto grafico  
e impaginazione



Edizioni Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore  
Edizioni Health Communication  
Via Vittore Carpaccio 18  
0147 Roma  
email: redazione@hcom.it  
tel. 06.59.44.61  
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di  
Milano n.182/2002 del 25.3.2002.  
Sped. in abb. postale - D.L.  
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.  
46) art. 1, comma 1, dcb Roma

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

Stampa  
STRpress, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare  
nel mese di luglio 2014