

# DOCUMENTO FINALE DEL 24° CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

Roma 27-30 giugno 2018

Il 24° Congresso Nazionale dell'Anaa Assomed tenutosi a Roma dal 27 al 30 giugno 2018 fa propria la relazione politica del Segretario Nazionale uscente ed impegna i nuovi organismi statutari a muoversi lungo quelle linee di indirizzo.

L'Anaa Assomed riconferma l'impegno storico dell'Associazione in difesa del servizio sanitario pubblico e nazionale, del ruolo dei medici e dei dirigenti sanitari al suo interno, del valore del suo capitale umano e del lavoro che è elemento fondante del diritto a curare e del diritto alla cura.

A 40 anni dalla sua nascita, il SSN è vicino al punto di non ritorno grazie al ridimensionamento dell'intervento pubblico e del ruolo, e del numero, dei medici, le cui condizioni di lavoro hanno raggiunto il punto più basso dell'ultimo ventennio.

Il progressivo **de-finanziamento della sanità pubblica** ha portato l'Italia ad essere il paese dell'OECD dove la tutela della salute assorbe la minore spesa globale, sia in rapporto al PIL che pro capite. Con risultati di salute, però, non inferiori, ed in diversi aspetti anche migliori di quelli degli altri Paesi. Un paradosso di cui i medici italiani devono essere orgogliosi.

I tagli sono stati fatti dove è più facile, non riuscendo a farlo dove è più utile, fino a entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema" (tutela della salute)", come riconosciuto dalla stessa Corte dei Conti.

Negli ultimi tempi, una raffinata strategia di marketing, che non ha esitato ad alimentare il rancore verso la sanità pubblica, sta rilanciando con forza il tema della necessità di un secondo e terzo pilastro privato. Polizze di assicurazione e fondi cosiddetti integrativi assorbono oggi una "spesa fiscale" superiore a 3 mld, senza contare la parte legata al boom del welfare aziendale, con il quale anche la classe operaia baratta salario con mutualità a spese della fiscalità generale, con evidenti profili di iniquità. Ma un sistema è sostenibile nella misura in cui la politica vuole che lo sia, perché il finanziamento, prima ancora che soluzione tecnica, è scelta politica che esprime i valori della società e del suo sistema sanitario e le priorità dei governi. Il recupero della spesa fiscale (quasi 4 mld/anno) potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute pubblica.

L'Anaa Assomed, comunque, respinge al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket, **che spesso** rappresentano un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata.

Il federalismo in sanità, spesso di abbandono, è fallito, dopo avere fatto decollare, lungo il tradizionale gradiente Nord Sud le diseguaglianze di salute. E non si salverà nemmeno nella versione "a geometria variabile", che il nuovo Governo intende assecondare, con il rischio che venga meno definitivamente il

concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno strappo definitivo tra Nord e Sud, quasi due paesi distinti.

Nella sanità attuale i medici, e tutti i professionisti sanitari, hanno cessato di essere una risorsa essenziale su cui investire per diventare un costo da ridurre ed il confine delle loro competenze è stato assunto come una rigidità da superare per trasferire atti e procedure a segmenti professionali meno costosi. La **deprofessionalizzazione** è fenomeno speculare e coerente a quello della **decapitalizzazione del lavoro** professionale, cioè la perdita di valore economico e negoziale, e di tutele normative, l'impoverimento, anche numerico, del capitale umano, la subordinazione dei valori professionali a quelli gestionali. Secondo la Corte dei Conti, il costo del personale dipendente, precipitato al 29,7% della spesa complessiva, è stato il vero prezzo pagato per la sostanziale tenuta del SSN in questi anni.

La **precarietà professionale** ed esistenziale dei giovani, i posti barelle che nei Pronto Soccorso hanno sostituito i posti letto, milioni di ore di lavoro non pagate, ferie non godute per anni, ritmi e carichi di lavoro che mettono a rischio la sicurezza delle cure, contratti atipici diventati sacche di precariato stabile descrivono condizioni di lavoro intollerabili che alimentano il fenomeno nuovo della fuga dagli ospedali.

Anche Il nuovo Ministro della Salute ha riconosciuto che "Il personale sanitario" è stato la prima vittima sacrificale della contrazione delle risorse che ha colpito la sanità ed ha tutto il diritto di essere ascoltato e di essere trattato bene per la grande missione che svolge.

La **formazione post-laurea dei medici e dei dirigenti sanitari** è diventata una vera emergenza nazionale, ancora orfana di responsabilità politiche, che non si può affrontare senza mettere in discussione il ruolo della Università come variabile indipendente, e parassitaria, del sistema sanitario, che continua a considerare l'Ospedale come un immensa riserva in cui collocare in maniera automatica i docenti che "stanno stretti" nell'alveo universitario per mancanza di prospettive di carriera. L'ingessatura" dello specializzando in un ruolo più simile ad uno studente che ad un medico è una anomalia in Europa. Occorre un incremento del numero di posti disponibili per la formazione post laurea, per superare l'indecente imbuto formativo, insieme con l'inserimento del neolaureato nel SSN, con un vero contratto a tempo determinato, finalizzato al completamento del percorso formativo. Le Regioni hanno recentemente ri-presentato una proposta di implementazione dei contratti di specializzazione, con l'intento di consentire l'accesso al SSN in assenza del requisito della specializzazione. Lunghi dal costituire la soluzione immediata alla carenza di specialisti, questo progetto rappresenta una prima risposta al fenomeno dell'imbuto formativo, da valutare positivamente, a condizione che sia aggiuntivo rispetto alle dotazioni organiche correnti, e con condizioni di lavoro e job description da definire nel CCNL della dirigenza medica e sanitaria.

Per fenomeni strutturali e sovrastrutturali, i Medici oggi sono nel punto di maggiore **crisi professionale** ed identitaria della loro storia. Non più "Dei in camice bianco", dopo il declino della "dominanza medica" ed il passaggio del paziente nel ruolo di consumatore esigente, si ritrovano stretti nella morsa della burocrazia, con retribuzioni e sviluppi di carriere bloccate, riduzioni massicce del *turn over* e conseguente aumento dei carichi di lavoro.

Siamo di fronte ad una serie di fattori causali convergenti tra i quali il più critico è certo rappresentato dal conflitto tra organizzazione e professione, due universi distinti di valori e di vocazioni, che una cultura aziendalista di matrice manifatturiera non è riuscita a saldare. Anzi, l'adozione degli strumenti tipici del settore privato e l'enfatizzazione delle logiche gestionali hanno reso i Medici ed i dirigenti sanitari dipendenti

dalle decisioni di altre figure professionali per quanto riguarda organizzazione dei servizi, valutazione dei risultati e allocazione delle risorse. La riduzione degli organici, andata di pari passo con la perdita di status, e il rispetto ossessivo del feticcio della produttività fine a se stessa, ha reso il lavoro retribuito senza relazioni e senza anima, tutto orientato al servizio dell'organizzazione aziendale e del paradigma economicista.

Il **rapporto ospedale-territorio** va ricostruito ripensando ruolo, modello e organizzazione del lavoro delle strutture per acuti in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie, in una logica di rete clinica. E costruendo una prassi di vera integrazione delle famiglie professionali, capace di fare lavorare insieme professionisti diversi che hanno regole e strumenti diversi, facilitando la comunicazione, il confronto e la presa in carico dei cittadini in una ottica di continuità assistenziale, fondata anche su processi comuni di misurazione e valutazione delle attività e dei risultati. Occorre rimediare al fallimento di una riorganizzazione che ha trasferito da ospedali a territori risorse, ma non funzioni, senza un riscontro in termini di esiti di salute, scaricandone le spese sui cittadini e sui medici, in attesa di un adeguamento contrattuale da 10 anni, demotivati dalle pseudo riforme, in preda ad un diffuso burnout.

Il Congresso giudica il **processo di aziendalizzazione** giunto al capolinea e con esso un modello di governance concepito e organizzato a partecipazione professionale e responsabilità sociale assente, dove la adozione degli strumenti della gestione privatistica non ha migliorato né il saldo economico né la qualità del servizio reso. La complessità delle organizzazioni delle attività di cura ed assistenza è stata ricondotta a catene di comando sempre più corte e verticali, e la pratica della appropriatezza ed efficacia delle cure, prerogativa dell'autonomia e responsabilità dei professionisti, è diventata palestra per tecnocrazie emergenti. Le aziende sanitarie sono diventate OGM, in cui il prodotto passa in terza linea e chi lo produce è a sua volta il costo maggiore, un contenitore di anonimi fattori produttivi, costosi processi di produzione e consumatori sempre più giudicanti ed esigenti. I processi di riorganizzazione, tra accorpamenti, aziende uniche, aziende Zero, le massicce riduzioni dei posti letto per acuti, le modellistiche sulle cure primarie, sono orientati da strategie di allocazione dei costi che raramente coincidono con l'ottimale perseguimento dei fini di assistenza e cura delle persone. 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, consumando *l'eterogenesi dei fini*.

La catena di comando delle decisioni fin dentro il 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, padrone unico di persone e cose, la subalternità dell'autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica sono il paradigma immutabile, quasi un valore indisponibile, fortemente strutturato e tenacemente protetto in tutte le aziende, a dispetto della eterogeneità nata dalla della rivoluzione dimensionale ed istituzionale.

Per di più, la cornice legislativa degli assetti gestionali del SSN consente ai decisori politici di invadere la sfera gestionale della sanità, che viene piegata alle esigenze della politica con il ramificarsi di interessi clientelari e spartitori, ai quali è stato subordinato il riconoscimento del merito e delle competenze professionali. Fino alla rinuncia al merito per la clientela, alla sicurezza delle cure per la sicurezza dei conti, al prevalere dello spazio dei numeri su quello dei diritti.

Occorre ridisegnare l'azienda sanitaria in ragione dei suoi fini, valutando con correzioni ed integrazioni l'ipotesi del modello delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, pensando ad una azienda speciale che renda partecipi delle decisioni i portatori degli interessi del territorio di riferimento (Enti Locali e cittadini), oltre che i medici e gli altri professionisti, tarata sulla complessità clinica e sul riconoscimento di un management

professionale. Tocca ai Medici ed ai dirigenti sanitari rivendicare responsabilità ed autonomia nell'esercizio di un ruolo, insieme con forme di partecipazione, attraverso gli organi di rappresentanza delle professioni, ai modelli organizzativi ed operativi aziendali, perché non è più possibile essere gestiti senza alcun potere negoziale, obbligati ad adattarsi alle necessità aziendali fuori dai codici etici e deontologici.

L'Anaa Assomed ritiene necessario rimettere mano al progetto del **governo clinico** che mantiene le sue buone ragioni perché, se collocato dentro il ciclo produttivo, capace di riconoscere la centralità delle professioni all'interno delle Aziende Sanitarie. La efficienza gestionale e la stessa riduzione dei costi richiedono modifiche delle procedure cliniche, e quindi dei comportamenti professionali, che vanno affidate all'applicazione di conoscenze e valori di diretta derivazione clinica, abbandonando la invadenza e la prosopopea di una cultura manageriale che tutto riduce a fattore produttivo.

Per riallineare diritti e risorse, serve un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e sociale che, a garanzia di un servizio sanitario universalistico, equo, efficace e solidale, definisca un Patto con la Professione Medica in una nuova cornice culturale, giuridica, amministrativa, civile e sociale che rispetti i valori etici e deontologici. Occorre toccare la matrice gestionale ed organizzativa per restituire la sanità ai medici ed i medici alla sanità, valorizzare un management professionale e ridefinire i processi decisionali nelle strutture aziendali.

Anche le politiche contrattuali devono cambiare, rigettando rigidità ed ingessature proprie di una cultura monolitica e burocratica del rapporto di lavoro e delle sue dinamiche, per comprendere e risolvere i nodi reali delle nostre retribuzioni e renderle coerenti con incarichi e funzioni e con la gravosità e rischiosità dei diversi lavori dei medici, e la loro diversa collocazione nelle diverse aziende del SSN. Occorre incrementare il valore negoziale, in termini di salario, di tutte le prestazioni svolte al di fuori dell'orario di lavoro contrattuale, comprese quelle legate al disagio notturno e festivo. Che non possono più essere svendute al massimo ribasso o retribuite con indennità ferme da 20 anni.

La **Libera Professione Intramuraria**, su cui da tempo si scaricano le responsabilità di inefficienze organizzative, è oggetto di speciose polemiche sulla sua legittimità sociale ed eticità nel sistema pubblico. Polemiche che vogliono portare a chiuderla, soluzione semplice, ma sbagliata, al problema complesso delle liste di attesa. In realtà, si preferisce evitare provvedimenti strutturali, e costosi, per continuare a strangolare il sistema spingendo i pazienti verso il privato puro, rischiando un effetto boomerang a loro danno. Una politica che sembra parlare alla pancia e cerca il capro espiatorio nei dottori (prime vittime di un sistema che li sta sfruttando in termini mai visti), senza nemmeno parlare con i loro sindacati.

La questione delle **liste di attesa**, però, richiede che noi ci facciamo carico di una proposta che parta dall'utilizzo del "regalo" che il lavoro "privato" dei Medici e dei dirigenti sanitari fa alle Aziende, 300 milioni ogni anno, per trasformare l'istituto nel perno di un piano nazionale di abbattimento delle liste di attesa, al quale applicare gli stessi incentivi concessi alla produttività del settore privato. Quello che è certo è che respingiamo con forza un attacco pretestuoso, ricordando la irrisorietà della indennità di esclusività, tenuta al di fuori anche dalla massa salariale sulla quale calcolare gli incrementi contrattuali. Se vogliamo parlare di politiche del personale cominciamo dalla testa e non dalla coda.

Dal punto di vista dello **stato giuridico**, è ormai in crisi l'ossimoro dipendente- dirigente nato con il Dlgs 229/1999, per cui dobbiamo rileggere, 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. Si tratta di rafforzare in termini certi l'autonomia, sia nel profilo professionale che gestionale, per rendere peculiare la "funzione" sanitaria, attraverso modifiche legislative che ci tirino fuori da un contenitore che ha mostrato e

mostra costantemente la sua assoluta inadeguatezza, costretto come è nella logica dell'appiattimento dentro un unico impianto legislativo.

È ora di rimettere in campo una piattaforma organica professionale che assuma l'obiettivo di restituire valore, anche economico, al lavoro professionale e veda nella sicurezza delle cure un obbligo deontologico, figlio del *primum non nocere* ippocratico, e nelle condizioni di esercizio della professione, anche logistiche, un elemento di dignità professionale. L'intreccio tra questioni più tipicamente sindacali e quelle più tipicamente ordinistiche deve assicurare che il rilancio della sanità pubblica si coniughi con la rivendicazione di ruoli e funzioni dei medici, quali garanti del diritto alla salute individuale e collettivo. Che non accettino più di essere marginalizzati dai processi decisionali e sono pronti al cambiamento per esigere altri cambiamenti, in un esercizio di leadership come senso di responsabilità etica ed insieme rivendicazione di un ruolo sociale, prima che politico.

Il 4 marzo è finito non un equilibrio di governo ma un sistema. Una apocalisse culturale si è scaricata nelle urne elettorali. È nato un nuovo Governo che attendiamo alla prova di fatti coerenti con le promesse in tema di garanzia dell'universalismo delle cure e di investimenti sul servizio sanitario pubblico e sui suoi professionisti. Senza pregiudizi ma senza sconti, pronti al dialogo costruttivo. È tempo che la politica decida se la salute dei cittadini è ancora un diritto costituzionale, da tutelarsi attraverso un'idea ed una azione progettuale e non abbattendo le condizioni professionali ed economiche dei lavoratori. Ed espliciti il modello di sanità che persegue per salvaguardare sia il diritto alla salute dei cittadini sia il lavoro, che del SSN è valore fondante, diritto a difesa di altri diritti, potente leva di cambiamento.

L'Anaa Assomed ritiene necessario un pensiero riformatore del sistema salute che coniughi soluzioni organizzative di cambiamento dei modelli, compresi quello del lavoro e delle professioni, con la declaratoria dei nostri ruoli e delle nostre funzioni. Per invertire le curve di caduta del consenso sociale e della contestuale crescita dei costi, i Medici ed i dirigenti sanitari, possono garantire una idea altra di sostenibilità del servizio sanitario, che poggi sulla valorizzazione, sulla autonomia e sulla responsabilità delle professioni contro la manipolazione strutturale delle architetture e dell'impianto della sanità, assicurando appropriatezza clinica, qualità della prestazione e contenimento dei costi. Il governo di questo cambiamento, però, spetta a loro, rilanciando la cultura del tempo clinico, tempo di relazione e tempo di cura, e riscoprendo il valore dell'atto professionale.

Nei **rapporti con l'Ordine professionale** occorre adoperarsi affinché "la cultura ordinistica" diventi patrimonio comune, superando posizioni denigratorie ancora presenti. Ed essere pienamente consapevoli dell'intreccio tra questioni professionali e questioni contrattuali, della relazione tra deprofessionalizzazione e decapitalizzazione, del rapporto tra crisi professionale e crisi della rappresentanza del mondo del lavoro. E' necessario, anche ai fini sindacali, rilanciare il ruolo degli Ordini professionali, che debbono acquisire il più alto livello di credibilità e affidabilità, in modo da rappresentare sicuro riferimento per i medici

Oggi il Sindacato si vede raggiunto dall'onda lunga della crisi di consenso e di fiducia verso le istituzioni, costretto a ridefinire e reinventare la sua capacità di rappresentanza se vuole evitare la eclissi del tempo di mezzo. Ripartendo dal coraggio di rifiutare la riduzione dei rapporti di lavoro a questione privata, guerra personale da condurre in solitudine contro il potere, per includere, condividere, unire. Oggi più che mai è necessario un sindacato di cambiamento o un cambiamento del sindacato. 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.

Non basta più la volontà di fuggire dalla coazione a ripetere conflitti orizzontali ma serve, soprattutto nel mondo della dipendenza, una ristrutturazione della offerta sindacale che risponda alla esigenza di costruire un modello strutturato di rappresentanza unitario, nella attesa di mettere in campo un nuovo soggetto sindacale, che superi le scorie e le sigle del novecento in un polo attrattivo forte e maggioritario. Senza mortificare legittimi orgogli di storie e culture associative differenti, ma con la straordinaria responsabilità di mettere quelle diversità al servizio di una visione comune della professione, per legittimare e rafforzare il prestigio del suo ruolo sociale, civile e politico.

Il Congresso Nazionale impegna l'Associazione a farsi carico di un sistema sanitario pubblico e nazionale, provando, ancora una volta, a tenere insieme legittimi interessi delle categorie e diritti dei cittadini. Tocca a noi caricarci sulle spalle anche questa responsabilità. Ecco, dunque, l'impegno da assumere insieme con tutti i medici e dirigenti sanitari, e le loro rappresentanze sindacali e professionali, per un Sistema Sanitario (ri) progettato per il futuro, restituire ai medici ed ai dirigenti sanitari una sanità liberata dalla supremazia della logica finanziaria ed economica e dalla invadenza della politica. Occorre coraggio e perseveranza e soprattutto una visione in fondo alla quale ci sia l'anima ed il senso dell'essere sindacato.