



XIX Congresso Nazionale AnaaO Assomed

La mozione finale

Matera, 15 giugno 2002

Il diciannovesimo Congresso Nazionale AnaaO Assomed conferma che la propria politica associativa è tesa per il futuro, così come lo è stata per il passato, a promuovere presso la categoria medica e le forze politiche e sociali, il Ssn come modello operativo e scenario all'interno del quale elaborare l'insieme delle politiche sanitarie, nella consapevolezza che questo sia il sistema in grado di garantire a tutti la tutela della salute con efficacia, equità e pari opportunità di accesso alle prestazioni che la scienza medica ritiene essenziali.

Tuttavia, le persistenti difficoltà economiche in cui versa il Ssn, legate anche alla sottostima del finanziamento ad esso dedicato, rischiano di aprire spazi ad ipotesi alternative di stampo liberistico, fondate su un sistema assicurativo privato.

Tale ricetta, laddove viene applicata, ha già dimostrato di essere inefficace sotto il profilo del contenimento dei costi ed in più scardina il diritto per tutti di ottenere prestazioni essenziali indipendentemente dal proprio reddito, infrangendo un principio largamente condiviso nella nostra cultura italiana ed europea.

Un altro pericolo per la sopravvivenza del Servizio sanitario nazionale è rappresentato dal decreto legislativo n. 56/2000 sul federalismo fiscale e dalla riforma del titolo V della Costituzione, che stanno sottoponendo ad ulteriore dura prova i meccanismi di finanziamento e l'impianto strategico del sistema universalistico.

Infatti, se non si garantiscono preventivamente a tutte le regioni le risorse necessarie a creare servizi e strutture in grado di fornire autonomamente le prestazioni essenziali con pari qualità, non solo si aggraveranno le differenze che si sono stratificate nel corso dei decenni tra le diverse realtà, ma si impedirà l'accesso stesso alle prestazioni ai cittadini residenti nelle aree più disagiate.

Il Congresso Nazionale, pertanto, a difesa del Ssn chiede:

- un finanziamento del Ssn in linea con la media europea pari almeno al 6% del PIL, tenendo conto delle risorse necessarie a creare pari opportunità di offerta di servizi tra le regioni nel nuovo sistema federale;
- il superamento della visione ragionieristica fino ad ora prevalente nelle aziende sanitarie e la sostituzione con un modello incentrato sull'assunzione di responsabilità diretta dei medici nella gestione delle risorse loro affidate, anche al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate;
- la conferma di uno stato giuridico e di un contratto validi su scala nazionale, a garanzia per i pazienti di avere professionisti ugualmente formati e motivati in grado di fornire le prestazioni previste dai LEA in modo omogeneo in tutte le regioni.

Partendo da questa premessa fondamentale, non sfugge alla nostra Associazione la necessità di orientare la propria azione concreta non sottacendo i molti fattori di inadeguatezza del sistema e la necessità di confronto con l'odierno quadro politico e sociale del paese e con le proposte che da questo emergono.

Il finanziamento del Ssn

La riduzione del finanziamento pubblico sul PIL avvenuta nel corso di tutti gli anni '90, in parallelo con l'aziendalizzazione, e il concomitante incremento della spesa privata, dimostrano chiaramente come l'assioma, ancora in questi giorni fatto proprio dal FMI, sistema pubblico = incremento non controllato della spesa, abbia fondamento assai labile. In realtà è evidente che esistono rilevanti interessi di ambienti economici nazionali ed internazionali il cui interesse è quello di mettere sotto accusa il Ssn per indebolirlo, e poter quindi procedere alla acquisizione di una consistente quota di mercato sanitario pubblico.

La ferma denuncia di questa situazione da parte dell'Anaa Assomed e delle forze sociali più responsabili ha permesso negli ultimi due anni di procedere ad una inversione di tendenza. Tuttavia, questa risulta non ancora sufficiente. Di qui la riconferma della nostra richiesta di adeguare il finanziamento pubblico al 6% del PIL, vale a dire un valore percentuale pari a quello della media dei paesi europei.

Questo adeguamento, deve tuttavia andare di pari passo con una politica di recupero di risorse tramite processi di coerente razionalizzazione e di riduzione di sprechi ancora largamente presenti nel sistema.

L'Anaa Assomed ritiene, inoltre, che la richiesta di finanziamento adeguato debba congiungersi con la consapevolezza che il Ssn non rappresenta un costo improduttivo per il paese, come molte autorevoli quanto interessate fonti tentano di fare credere, bensì una importante risorsa di sviluppo produttivo diretto ed indiretto della nazione e delle sue articolazioni regionali e locali.

L'azienda sanitaria

Le aziende sanitarie continuano, nella maggior parte delle realtà del paese, ad avere come principale obiettivo assegnato loro dai governi regionali il contenimento dei costi, con scarsissima attenzione alla loro vera missione di tutelare la salute dei cittadini attraverso percorsi di qualità ed efficacia.

L'assunzione di responsabilità da parte del medico della compatibilità economica delle sue scelte professionali e di un sostanziale razionamento delle risorse, lo pone in frequente conflitto con i doveri di dirigente aziendale e quelli etici di garante delle esigenze sanitarie dei cittadini.

Il persistente fallimento del raggiungimento di questo obiettivo è sempre più spesso imputato ai medici pubblici del Ssn, ora invocando ragioni contrattuali legate al costo del personale, ora ragioni legate a supposte loro incapacità nell'organizzazione dei servizi.

Tuttavia, ad una attenta analisi dei bilanci aziendali, appare del tutto evidente che le cause di squilibri e deficit sono, nella maggior parte dei casi, imputabili a fenomeni connessi al crescere incontrollato della spesa farmaceutica, a procedure e scelte non trasparenti nell'acquisizione di beni e servizi, ad errate strategie di governo aziendale, dovute non già ad incapacità dei medici ma, al contrario, allo

scarso o assente coinvolgimento dei medici stessi a fronte del permanere di una visione e di una pratica.

Su questo tema le proposte dell'Anaa Assomed sono molto chiare e puntuali. Occorre rivedere l'organizzazione aziendale, cominciando dall'introduzione di elementi di bilanciamento dei poteri del direttore generale per finire con l'effettiva applicazione di spazi di managerialità per la professione medica mediante il governo clinico.

Su questo terreno, le prime dichiarazioni del ministro Sirchia erano parse incoraggianti, realistiche e sostenibili, salvo poi essere dimenticate e sostituite con l'ipotesi di provvedimenti che vedrebbero accresciuto e non diminuito il potere discrezionale dei direttori generali e del tutto assente il maggior ruolo decisionale promesso alla categoria. L'Anaa Assomed auspica che il Ministro della Salute riprenda in modo coerente la primitiva proposta che, tra l'altro sarebbe in linea con l'ipotesi avanzate da alcune Regioni di rafforzare il ruolo gestionale dei medici riconoscendo, ad esempio, al Collegio di Direzione lo status di organo decisionale dell'azienda.

FEDERALISMO, REGIONALISMO E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

La trasformazione in senso federalista degli assetti istituzionali del Paese e del gettito fiscale influenzerà pesantemente l'organizzazione sanitaria in considerazione del fatto che la maggiore spesa a livello regionale è proprio rappresentata dalla Sanità.

Il federalismo fiscale può migliorare l'efficienza del sistema per i seguenti motivi:

- Consente di riallineare le responsabilità di finanziamento e di spesa, contrastando la deresponsabilizzazione associata all'assetto di finanza di trasferimento e al vincolo "morbido" di bilancio
- Può assicurare scelte più vicine ai desideri di cittadini
- Può produrre un'efficace informazione sui rendimenti istituzionali, facilitando il controllo democratico dei cittadini.

L'Associazione però è ben conscia del fatto che il federalismo può incrementare le già forti ineguaglianze tra regioni (il gettito pro-capite di tributi in Calabria è meno di un quarto di quello della Lombardia). C'è poi da rilevare che aver previsto una redistribuzione "orizzontale" delle risorse per consentire la perequazione tra le regioni, può ingenerare squilibri sociali con il rischio che il livello dei servizi sanitari cessi di essere questione connessa con il diritto di cittadinanza e venga a dipendere dalla regione in cui si nasce e dal grado di solidarietà manifestato dagli abitanti delle regioni più ricche.

Oltre 20 anni di Ssn non sono stati sufficienti per annullare le disuguaglianze esistenti tra le regioni. Peraltro, in assenza di significativi tassi di sviluppo economico, sarà sempre più difficile per le Regioni più arretrate recuperare il proprio ritardo.

Il federalismo potrebbe creare le premesse per la distruzione del Ssn e comunque compromettere definitivamente l'equità del sistema; in tutto il mondo sia le forze politiche di impostazione conservatrice e liberista, sia quelle di impostazione riformista concordano nel ritenere l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie e nell'erogazione delle stesse un valore cui una società evoluta non può rinunciare.

Per evitare che la realizzazione di un modello organizzativo, troppo condizionata da esigenze di bilancio e da pressioni di lobbies professionali e da potentati economici, tradisca tale principio fondamentale, sarebbe indispensabile definire preliminarmente i principi etici su cui basare le riforme ed esprimerli in ordine di priorità, piuttosto che procedere nell'iter legislativo di un disegno di legge sulla "Devoluzione dei poteri" che prevede l'ulteriore modifica del capo V della Costituzione che consente alle Regioni di legiferare in via esclusiva in ambito sanitario.

Va precisato che non sono sufficienti i LEA a bilanciare tali rischi per i seguenti motivi:

- nessun Paese è mai riuscito a definire con precisione, anche dal punto di vista qualitativo, cosa intendere per tali livelli
- Il decreto sui LEA adottati in Italia, soprattutto in ambito territoriale può portare danni irreparabili alle categorie sociali più fragili.
- Rischiano di essere troppo deboli per proteggere efficacemente da soli il carattere unitario del Ssn, soprattutto se intesi come parametri di sostenibilità finanziaria come strumento per offrire all'esclusione una giustificazione non scientifica.

Come associazione sindacale l'Anaa Assomed denuncia il rischio che un'accentuazione in senso federalista della contrattazione elimini o ridimensioni di fatto la contrattazione collettiva nazionale il cui compito è definire principi certi per l'insieme della categoria e mediare al meglio i differenti interessi regionali; il prevalere della contrattazione locale potrebbe accentuare le differenze e metter in discussione la stessa capacità contrattuale per problemi legati alla riduzione della forza di rappresentatività ed alla asimmetria di potere alimentando ogni forma di ricatto nei confronti della professione.

Le Fondazioni

I motivi comunemente invocati per sostenere l'introduzione nel sistema sanitario di modelli di partnership pubblico-privato sono fondamentalmente i seguenti:

- a) necessità di reperire finanziamenti;
- b) maggiore flessibilità del contesto operativo.

Su questa questione dobbiamo essere molto chiari: mentre si ritiene comunemente e in buona fede che questi strumenti possano permettere immissione di "denaro fresco" per migliorare i servizi, in realtà la partnership comporta per lo più un finanziamento sostitutivo e non aggiuntivo, e crea le condizioni per procedere a ristrutturazioni non benefiche né per la categoria né per i pazienti. Esistono evidenze ormai consolidate (rapporto del King's Fund sul sistema britannico e un recente studio della Regione Emilia-Romagna) che dimostrano che, laddove applicato, il sistema delle fondazioni in sanità è stato deludente sul piano dei risultati gestionali, dei servizi resi e dei capitali investiti.

La contrarietà espressa dalla nostra Associazione non si è quindi basata su di una pregiudiziale aprioristica, bensì su evidenze concrete. Ciò ulteriormente avvalorato dal fatto che l'ipotesi ministeriale è persa soprattutto legata a favorire interessi sostenuti da lobbies professionali ed economiche tese a ritagliarsi fette consistenti degli interventi pubblici in sanità. In particolare, deve essere sottolineato come gli Irccs rappresentino il vero e reale terreno di applicazione della proposta

governativa nei confronti della quale l'Anaa Assomed ha già espresso ferma opposizione, ritenendo che le modificazioni dell'assetto giuridico di tali istituti debbano essere sperimentali e limitate nel tempo.

La revisione dello stato giuridico

A fronte di precise richieste di modifica delle norme riguardanti l'esclusività di rapporto, avanzate dalla nostra Associazione (reversibilità della scelta del rapporto esclusivo al termine dell'incarico, fine delle penalizzazioni economiche di carriera per i medici che optano per la libera professione extramuraria, difesa del diritto alla libera professione intramoenia in tutte le sue forme, compresa quella della "intramoenia allargata", come sancito dal Ccnl) ed alla domanda di promuovere una forte rivalutazione del ruolo del medico nelle strutture del Ssn, le uniche proposte del Ministro si sono incentrate su una generale revisione dell'attuale assetto di stato giuridico.

I contenuti dei diversi testi legislativi presentati, per altro assai contraddittori, hanno visto come principale linea guida la volontà di introdurre nel Ssn, per valori percentuali rilevanti, un secondo tipo di rapporto di lavoro (contratto libero professionale di tipo coordinato e continuativo) ed il ridimensionamento del rapporto esclusivo che avrebbe conseguentemente compromesso la relativa indennità.

Solo l'opposizione argomentata, tenace ed esplicita, ma nello stesso tempo misurata, dell'Anaa Assomed e dell'Intersindacale Medica ha sino ad ora impedito la realizzazione dei vari progetti di legge.

Quali che siano le articolazioni delle proposte legislative avanzate, tre aspetti rimangono fortemente critici:

- la negazione del diritto soggettivo dei medici all'esercizio della libera professione intramoenia e la costrizione del principio della libera scelta del medico da parte del cittadino che saranno subordinati alla volontà e capacità dell'azienda nel risolvere il problema delle liste di attesa;
- la provocatoria indicazione della libera professione del medico come causa principale delle liste di attesa e del loro allungamento;
- la mancata previsione del rapporto esclusivo per i dirigenti di struttura dipartimentale con effettiva e diretta gestione di risorse.

Queste rilievi sono coerenti con l'obiettivo, già citato in precedenza, di orientare i flussi del mercato sanitario prevalentemente verso il settore privato, e l'attuale proposta del Governo, ponendosi in questa direzione, contrasta con la difesa della centralità professionale del medico di medicina pubblica nel processo di diagnosi e cura che la nostra Associazione ha sempre rivendicato.

Le liste di attesa

Il problema non deve assolutamente essere sottovalutato, se non altro perché il 70% dei cittadini lo percepisce come un diritto negato che li induce a un giudizio negativo sul Ssn.

L'Anaa Assomed non contesta l'entità del fenomeno; contesta, invece, le interpretazioni comunemente e superficialmente diffuse. In primo luogo, la maggior parte degli analisti e degli esperti non assume questo tra gli indicatori fondamentali di efficacia di un sistema sanitario. Tant'è che anche il nostro sistema presenta un

outcome finale molto buono nel contesto internazionale. In secondo luogo, i dirigenti medici del Ssn non sono i principali e tanto meno gli unici responsabili dei lunghi tempi di attesa. Anzi ne sono insieme ai cittadini le prime vittime, pagando le distorsioni di un sistema in cui:

- La domanda non è governata, ma anzi impropriamente sostenuta da fenomeni di consumismo sanitario, inappropriatezza e mancanza di filtro territoriale
- Regioni e aziende, principali responsabili della mancata risposta alle richieste sanitarie dei cittadini, non assicurano finanziamenti e organizzazione adeguati
- Parti importanti dei servizi specialistici extra ospedalieri (convenzionati e privato accreditato) operano secondo regole contrattuali rigide, ipergarantiste ed esenti dalla responsabilità di contenere i tempi di attesa.

IL paradosso sta nel fatto che il Ministro Sirchia denuncia populisticamente il fenomeno individuando come responsabili proprio coloro che più di tutti operano quotidianamente per dare efficaci ed efficienti risposte specialistiche ai bisogni di salute degli Italiani.

L'Anaa-Assomed ha da tempo individuato gli strumenti capaci di risolvere il problema ottenendo, nell'ultima contrattazione nazionale, la riscrittura dell'articolo 55 che consente alle Aziende l'acquisto a costi ridotti di prestazioni aggiuntive per riallineare i tempi di attesa per le prestazioni non urgenti.

Conviene sottolineare come il sistema dell'emergenza e quello dell'urgenza risponde comunque prontamente ad ogni bisogno non dilazionabile.

In terzo luogo, ed argomento assai più rilevante, si deve aggiungere che Regioni ed aziende sono le principali responsabili della risposta alle richieste sanitarie dei cittadini, assicurando finanziamenti ed organizzazione adeguati.

La ragione d'essere di un sindacato e la sua capacità di rappresentare gli interessi degli associati e della categoria si esplica, ed emerge in tutta la sua evidenza, nelle fasi contrattuali.

Per questa ragione, alcune questioni di fondo che riguardano aspetti qualitativi e quantitativi del lavoro della Dirigenza Medica, vanno definite in questo Congresso, come obiettivi sindacali non disponibili a soluzioni contrattuali di basso profilo né a mediazioni evasive delle criticità che denunciano.

A quelle già ricordate sullo stato giuridico relativamente alla esclusività di rapporto e connessa indennità economica, nonché alla sua reversibilità, occorre aggiungerne alcune altre.

Livelli di contrattazione e sistema delle relazioni sindacali

Si tratta del ruolo non solo formale ma sostanziale del Sindacato, legato alla sopravvivenza del sindacalismo professionale autonomo.

L'iter applicativo dei primi due contratti della Dirigenza, nonostante gli sforzi compiuti nel campo dell'informazione e formazione dei quadri associativi aziendali e regionali, ha evidenziato vistose inadeguatezze di ruoli e di capacità contrattuali tra soggetti contraenti di impari peso e dotati di impari strumenti.

Questo fenomeno, oltre a determinare un'applicazione dei contratti difforme, parziale o addirittura mancata tra regioni diverse e nelle stesse regioni tra azienda e azienda, ha accentuato fra gli iscritti e i dirigenti sindacali locali, un senso di frustrazione ed impotenza che ha motivato disaffezione e sfiducia verso l'impegno sindacale e la stessa delega.

Tutta questa essenziale partita va giocata con l'obiettivo di rilanciare il peso ed il ruolo del Sindacato all'interno delle Aziende, allargando gli spazi formali ma soprattutto occupando questi spazi con l'impegno di professionisti seri, responsabili e preparati, resi consapevoli di esercitare, accanto ed oltre i loro compiti professionali, una straordinaria funzione civile e democratica.

Gli obiettivi da perseguire sono:

- 1) mantenere i livelli di contrattazione nazionale e aziendale, affidando al primo il determinante ruolo di garantire i "livelli uniformi di rapporto di lavoro" anche attraverso una analitica specificazione delle materie di competenza e al secondo quello di cogliere e tradurre in discipline pattizie gli elementi di specificità locale;
- 2) introdurre, a pieno titolo, il livello regionale di contrattazione con la funzione duplice di predisporre le linee guida per la contrattazione aziendale e di controllare l'applicazione tempestiva e corretta dei contratti nelle aziende con l'obbligo di conseguenti interventi correttivi o sostitutivi;
- 3) i contenuti e le procedure definite nell'attuale sistema delle relazioni sindacali, vanno profondamente innovate ampliando le aree e gli oggetti di contrattazione in coerenza con quanto già realizzato nel II° Ccnl e in successive modifiche legislative.

Condizioni di lavoro, reclutamento dei Dirigenti, trattamento economico

La categoria medica, con l'introduzione della dirigenza, ha già accettato la sfida della flessibilità con incarichi a termine, verifiche professionali e rapporto di lavoro di tipo privatistico.

Risulta, tuttavia, sempre più drammatica la rigidità del mercato di lavoro in entrata: l'inizio dell'attività medica negli Ospedali avviene in età sempre più avanzate e l'offerta carente di specialisti comincia a produrre difficoltà operative in tutto il sistema di cure di secondo livello.

Tale carenza, che in prospettiva risulterà esiziale per la mancanza del fisiologico ricambio generazionale, che tra l'altro pone in discussione il mantenimento dei trattamenti pensionistici, appare tanto più grave per alcune specialità e per l'espletamento di attività oggettivamente usuranti, come le guardie, che medici di età media ormai "matura" non accettano più di fare.

Pertanto, al fine di formare gli specialisti e consentirne il successivo ingresso nelle strutture del Ssn, è necessario prevedere la possibilità di attivare per i neo laureati contratti a tempo determinato, di formazione lavoro, di durata correlabile al completamento del ciclo formativo, la cui attivazione deve essere decisa in concertazione con le OO.SS. e correlata, per gli aspetti di didattica formale, con la Facoltà di Medicina.

Questi contratti, come previsto nel Dpof 2002-2006, consentono di offrire ai giovani consistenti opportunità di ingresso nel mondo del lavoro, esigenza fondamentale nel nostro contesto di professionisti, che operano in un settore sempre più bisognoso di innovazione scientifica e di ricambio culturale.

Naturalmente il ricorso a tale modalità di reclutamento dei Dirigenti non deve diventare un alibi per introdurre surrettiziamente rapporti di lavoro atipici che finirebbero per determinare una precaria organizzazione e gestione dei servizi, popolando i nostri ospedali di figure instabili, anonime e deboli.

Oltre che con la nuova formazione specialistica, il disagio medico si può alleviare con gli altri strumenti parzialmente già conquistati nel precedente contratto, come la definizione nazionale dell'orario di lavoro, con la relativa quota oraria per l'aggiornamento e la cosiddetta libera professione aziendale, introdotta dall'art. 55 del Ccnl 1998/2001, o che devono essere acquisiti nel prossimo contratto, come l'implementazione della retribuzione del disagio, sia attraverso la ridefinizione del valore economico della indennità di pronta disponibilità sia attraverso l'introduzione ex novo di una indennità di disagio.

Preliminare all'utilizzo di tutti questi strumenti resta la definizione, su standard regionali, di carichi di lavoro realistici e scientificamente validati e la possibilità di contrattare in Azienda la loro applicazione, prevedendo anche la possibilità di destinare le risorse aziendali eventualmente derivanti dal mancato rispetto degli standard di personale o all'assunzione a tempo determinato o al finanziamento di attività libero professionali richieste dall'Azienda o all'adeguamento del fondo di particolare disagio.

Occorre, infine, prevedere meccanismi di riconoscimento, di carriera, economici e pensionistici, del lavoro usurante, comprendendo in questo concetto la partecipazione ai servizi di guardia, nonché l'esenzione a domanda dai turni notturni per i Dirigenti che abbiano compiuto i 55 anni di età, in coerenza con specifici orientamenti europei in materia.

La possibilità di definire rapidamente questi aspetti contrattuali si concretizza nella richiesta forte, che il Congresso nazionale rilancia, di aprire immediatamente le trattative per il rinnovo del Ccnl scaduto da più di sei mesi.

Al riguardo l'Anaa Assomed pone come pregiudiziale la definizione e l'attribuzione dell'importo economico derivante dal recupero del tasso di inflazione reale rispetto a quello programmato nel 2001.

Inoltre, riservandosi di formulare proposte dettagliate quando sarà noto l'ammontare delle risorse economiche messe a disposizione, fin d'ora l'Anaa Assomed propone alla controparte la definizione di un tabellare per i medici diverso da quello previsto per tutti gli altri dirigenti del pubblico impiego, infrangendo in tal modo un tabù che si trascina da tutte le precedenti contrattazioni.

Ove persistesse un rifiuto, l'Associazione, per affermare la peculiarità del medico e della sua attività, propone di implementare altre voci del trattamento fondamentale, come l'indennità di specificità medica, che nel precedente contratto non è stato possibile modificare.

Naturalmente anche nel prossimo Ccnl assumeranno un ruolo determinante le voci del trattamento accessorio, sia per la funzione di parziale ristoro della mancata definizione di livelli tabellari più decorosi, sia per differenziare, nella logica meritocratica, gli apporti di ciascun operatore.

Al riguardo l'Associazione chiede che le risorse per il trattamento accessorio, per la parte più significativa, legata al raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza,

siano attribuite dalla contrattazione nazionale, come realizzato nelle due tornate contrattuali precedenti.

Naturalmente in ogni singola regione deve essere prevista la possibilità di assegnare ulteriori risorse, in un tavolo di vera contrattazione regionale, sulla base delle peculiarità e della volontà di garantire anche prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dai livelli essenziali di assistenza.

Educazione Continua in Medicina

Il progetto nazionale di Educazione Continua in medicina è entrato nella fase applicativa. La nostra Associazione deve, su tale materia, muoversi con prudenza ed intelligenza avendo queste tre coordinate:

- 1) la formazione ha dei costi diretti (i providers di formazione) ed indiretti (il tempo lavoro stornato all'assistenza): questi oneri non devono ricadere, né direttamente né indirettamente, sui professionisti. In altre parole, gli eventuali finanziamenti nazionali non possono che essere di natura extracontrattuale, così come quelli di eventuale provenienza regionale ed aziendale non devono essere poste in carico, direttamente o indirettamente, ai fondi per obiettivi regionali, né ad alcuno dei fondi aziendali.
- 2) La formazione è un elemento deontologico a cui la categoria non si è mai sottratta, e prova ne sia il forte impegno che la nostra Associazione ha sempre posto prima nel richiedere e poi nel difendere le ore contrattuali dedicate all'aggiornamento. Per avviare un serio processo di Ecm, occorre creare e consolidare le condizioni materiali, economiche e normative, per potervi corrispondere. La contrattazione con le OOSS è l'ambiente naturale per definire tali aspetti, che devono salvaguardare una quota di autonomia del professionista nella scelta delle attività formative, nell'ambito di un progetto educativo definito e condiviso a livello dipartimentale.
- 3) Se non si realizzano queste condizioni di pattuizione, fermo restando l'obbligo deontologico alla formazione, non può permanere quello normativo relativamente alle previste misure sanzionatorie per gli inadempienti. A questo proposito va assolutamente respinta la volontà più volte dichiarata del ministro di escludere dall'esercizio della professione coloro che non riescono a completare l'itinerario formativo.

Partecipazione dei Dirigenti Medici alle attività gestionali aziendali

Se appare indiscutibile che i Collegi di Direzione, i Consigli dei sanitari e i Comitati di dipartimento sono conquiste legislative di grande rilevanza, è altresì evidente che questi strumenti non sono stati messi in condizione di esercitare ruoli incisivi e determinanti.

In una sintesi, forse eccessivamente limitata ma efficace, il governo clinico nelle Aziende Sanitarie si basa su tre condizioni permissive:

- a) una sostanziale autonomia dei dirigenti medici nella gestione degli aspetti più propriamente professionali e dei contenuti e procedure del loro lavoro;
- b) l'effettivo affidamento e gestione di risorse in capo ai responsabili di strutture complesse e semplici;

- c) l'effettiva possibilità di esprimere in autonomia e responsabilità le proprie indicazioni tecnico professionali ed il peso relativo di queste nelle scelte strategiche delle aziende.

Queste tre condizioni devono operare sinergicamente, calarsi in un modello organizzativo e gestionale delle attività che ne favorisca la piena espressione, in un soddisfacente equilibrio tra gerarchia di responsabilità professionali e gestionali ed ambiti di autonomia clinica in capo a tutti i dirigenti.

Il contratto rappresenta una straordinaria leva per innestare nel sistema nuovi elementi pattizi che modifichino questo scenario insoddisfacente e dispersivo di grandi potenzialità innovative per offrire soluzioni ad una quota di disagio medico.

Per quanto riguarda la periodicità delle verifiche e la durata degli incarichi, è ormai diffusa e condivisa la convinzione di un affollamento inutile delle verifiche. Dobbiamo ottenere che la verifica professionale avvenga ogni cinque anni; in coerenza la durata minima degli incarichi è di cinque anni riaffermando il principio che ogni momento della verifica deve essere governato autonomamente dalla categoria.

Sviluppo della base associativa e dei servizi

La politica volta ad incrementare le adesioni alla nostra Associazione non potrà che avvenire sulla base di una puntuale e capillare informazione sulle principali linee di azione scaturite dal questo XIX Congresso Nazionale e soprattutto dai risultati concreti che verranno conseguiti. Ciò tuttavia non è sufficiente. Altre sono anche le aree meritevoli di impegno.

L'Anaa Assomed dovrà essere attenta a promuovere le iscrizioni, ma soprattutto la partecipazione alla vita dell'Associazione dei medici in pensione. Un medico non smette mai di essere tale e desidera continuare ad essere informato su ciò che accade nel vasto mondo della sanità e ad essere tutelato nelle sue esigenze e nei suoi problemi, in primo luogo di carattere previdenziale.

Tuttavia, il problema previdenziale non riguarda solo i colleghi che hanno già raggiunto il pensionamento o prossimi ad esso.

L'Anaa Assomed ha avviato una riflessione sui temi della previdenza che vedono i medici dipendenti come contribuenti obbligatori di più enti (Inpdap-Enpam-Onaosi), anche alla luce delle modifiche apportate al sistema previdenziale dal Governo Dini in poi. Sono questioni estremamente complesse sul piano tecnico ed esigono decisioni ponderate perché le scelte che contribuiremo a realizzare peseranno sul futuro per molti anni. Un fatto comunque è certo. Per i medici più giovani che avevano meno di 18 anni di anzianità al 31 dicembre 1995 è già in atto il sistema di copertura previdenziale di tipo contributivo con risultati finali meno significativi di quelli goduti fino ad ora. E' convinzione dell'Associazione che si imponga per questi medici il ricorso al secondo pilastro previdenziale integrativo. L'Anaa Assomed sta vagliando quali delle soluzioni possibili, alla luce della legislazione vigente, sia più vantaggiosa.

Un altro tema cui l'Associazione è sensibile ed impegnata è quello dei medici dipendenti del Ministero della Salute. L'interesse dell'Associazione è sempre attento perché sia riconosciuto con chiarezza il loro ruolo dirigenziale all'interno del Ministero e venga finalmente discusso e pattuito il contratto che li riguarda.

Da qualche mese, inoltre, la nostra Associazione si è riproposta come strumento di tutela dei diritti dei medici delle case di cura private dipendenti e con rapporto coordinato e continuativo. La ragione di questa scelta risiede nel fatto che all'interno delle strutture sanitarie incluse nel circuito dell'accreditamento i medici debbono raggiungere condizioni di lavoro, regole e sistemi di reclutamento e remunerazione sempre più omogenei.

Infine l'Anaa-Assomed intende porsi come supporto organizzato alle legittime richieste dei medici informazione specialistica, titolari di diritti negati (vedi la mancata trasformazione in contratti di formazione lavoro delle borse di studio) e di speranze in un futuro professionale che rischiano di essere frustrate da un sistema di formazione e reclutamento iniquo e di bassa qualità.

UNIVERSITA' E SSN

Il fondamento della politica portata avanti a partire dalla legge 502/517 e successivi decreti prevede la cessione ai Medici Universitari delle apicalità e di posizioni rilevanti non solo nei Policlinici, ma anche in tutti gli Ospedali "misti" ed in altre strutture del SSN e private accreditate.

Viene, inoltre, prevista una importante partecipazione alla programmazione sanitaria, influenzando l'organizzazione dell'intera rete ospedaliera regionale. In cambio, le Università dovrebbero negoziare dei limiti alle proprie iniziative, permettendo una qualche limitazione della spesa, cosa che non è avvenuta.

Tuttavia alla luce dei nuovi meccanismi di finanziamento del Ssn previsti nell'accordo di stabilità Stato/Regioni dell'8 Agosto 2001 diviene ineludibile riportare l'attività assistenziale dell'Università all'interno della programmazione sanitaria regionale.

Negli ospedali misti, come pure nei policlinici a gestione diretta, nei quali operano numerosi medici ospedalieri, si deve puntare ad un'integrazione professionale paritaria, mediante il riconoscimento e la relativa retribuzione delle differenti funzioni didattico, formative e di ricerca sul modello dell'Ospedale di Insegnamento. A questo scopo sarà indispensabile prevedere l'istituto di una indennità di docenza medica.

Più in generale, al fine di formare specialisti adeguati alle nuove esigenze assistenziali e necessario allargare la rete di formazione specialistica alle strutture sanitarie del Servizio Sanitario Regionale come previsto dalle attuali normative e sostanzialmente ancora disatteso.

La rappresentanza ordinistica

L'insieme sopra delineato di visioni politiche e proposte di azioni sindacali, nella misura in cui intendono rilanciare il progetto di un moderno sindacalismo autonomo e professionale, devono anche affrontare alcune questioni troppo frequentemente trascurate. Tra queste, esistono ritardi e inadeguatezze di attenzioni e partecipazione dei Medici Ospedalieri alla vita degli Ordini professionali.

E' stato, in generale, poco compreso e poco supportato l'impegno di quanti, nella nostra Associazione, da molti anni hanno fatto e fanno negli Ordini provinciali e nella Federazione Nazionale. Si tratta di Istituzioni che faticano a reggere l'impatto del cambiamento, anche perché ostacolate e frenate da ordinamenti vetusti e scarsamente legittimate da una fattiva partecipazione dei professionisti. Negli ultimi

anni, si è tentato di invertire questa tendenza, comprendendo che la debolezza di queste Istituzioni non poteva né doveva essere corretta da una occupazione sindacale.

A coloro che, provenienti dalla nostra Associazione, si accingevano ad assumere responsabilità ordinistiche provinciali e nazionali, abbiamo riconosciuto una piena autonomia, nella condivisione del principio di distinzione di ruoli e funzioni tra Ordini e Sindacati. Ad ogni livello la nostra posizione è stata quella di promuovere la massima unità della professione nel massimo della condivisione di programmi ed azioni, la stessa composizione dell'attuale Comitato Centrale della FNOMCeO, rappresenta un grande impegno di unità e responsabilità.

In questo clima di unità e responsabilità, di lealtà data e ricevuta, di condivisione dei progetti per una Istituzione ordinistica moderna ed all'altezza delle sfide alla professione, noi pensiamo che i tempi siano ormai maturi perché gli uomini di cui l'Anaa Assomed dispone, le consapevolezze e le proposte di cui siamo portatori, ci candidino naturalmente, senza iattanza e col necessario consenso dei nostri sicuri alleati, al ruolo di responsabilità primaria.

Sulla base delle linee generali di politica associativa emerse dal XIX Congresso nazionale, l'Associazione si impegna ad individuare i possibili alleati con cui raggiungere gli obiettivi prefissati.

Innanzitutto tutte quelle forze politiche o parte di esse, sia di maggioranza che di opposizione, sia del parlamento che delle regioni e dei comuni, che condividono la sostanza delle nostre opinioni. L'Anaa Assomed ha ragione di ritenere che siano più numerose di quanto non appaia.

L'Associazione con tutte le categorie del mondo sanitario ha dato vita ad una prima e forte iniziativa, quale il Comitato solidarietà e salute.

Tutte le indagini sono concordi nell'affermare che l'interesse per la salute o per la difesa del Ssn come strumento di tutela della salute è ai primi posti tra le preoccupazioni della popolazione.

L'Anaa Assomed afferma in piena coscienza che la prima ragione d'essere della nostra professione consiste nell'interpretare i bisogni di salute ponendosi come garanti nei confronti del sistema di una equa allocazione delle risorse e nei confronti dei singoli di prestazioni appropriate e di qualità elevata.

Nella storia delle politiche della salute e della sanità del nostro paese, la nostra Associazione è nata per promuovere e tutelare i diritti e i doveri professionali e civili dei medici che operano nella sanità pubblica.

Gli ospedali e gli ambulatori del servizio sanitario, per i nostri medici, non furono e non sono unicamente il luogo di lavoro ma una scelta, libera e consapevole, di vita professionale, di crescita culturale, di investimento anche economico, per il futuro. Le conclusioni programmatiche e le decisioni assunte dal XIX Congresso Nazionale dell'Anaa Assomed sono e saranno nel solco di questa consolidata tradizione.