

XIX CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

12-15 giugno 2002
Auditorium Comunale
Piazza Sedile, Matera

La forza DI SEMPRE

Un'associazione medica legata alla difesa
dei valori della professione, dell'equità
e della giustizia nella tutela della salute

RELAZIONE
DEL SEGRETARIO
NAZIONALE

Premessa Il nostro diciannovesimo Congresso Nazionale cade in una fase assolutamente nuova per la sanità italiana.

Ho usato volutamente il termine "nuova" perché, per la prima volta dall'approvazione della legge di riforma sanitaria del 1978, ci troviamo in un contesto politico dove sembra essere tramontato quel consenso generalizzato su una visione solidaristica e universalistica della tutela della salute che aveva portato all'istituzione del Ssn con uno schieramento parlamentare vastissimo, rappresentativo dell'85% dell'elettorato di allora.

Oggi, almeno da una parte delle forze politiche della maggioranza, è invece fortemente posta in discussione la stessa presenza di un servizio sanitario pubblico.

Si fanno strada, infatti, ipotesi alternative di stampo liberistico e assicurativo che meritano una seria riflessione. Non si tratta di demonizzare niente e nessuno a priori, ma di porre sul piatto la validità del nostro sistema di tutela della salute rispetto ad altri sistemi basati più sull'individuo che sulla collettività.

Questa incrinatura nel fronte politico, fino a poco fa compatto su una sola visione di sanità, obbliga anche noi medici a uscire da un dibattito incentrato sul come collocarsi in un contesto di sanità pubblica dato per acquisito, per affrontare l'analisi più vasta di quale sistema sanitario sia ottimale per il nostro Paese.

Non è la prima volta che la nostra sanità si trova protagonista di importanti innovazioni sul piano istituzionale, gestionale e organizzativo.

Negli ultimi venticinque anni troviamo infatti un quadro legislativo tormentato, caratterizzato da ben tre grandi riforme sanitarie e, in ultimo, dalla introduzione di profondi assetti federalisti dello Stato che trovano proprio nella sanità il terreno prioritario di sperimentazione.

Qualora le citate spinte verso una parziale e progressiva dualizzazione del sistema sanitario (una sanità "per i ricchi" e una "per i poveri") dovessero trovare conferma in conseguenti atti di riforma legislativa, saremmo di fronte alla concretizzazione politica di una visione di sistema sanitario completa-

mente diversa rispetto a quella che ispirò il legislatore alla fine degli anni '70. Allora fu deciso il superamento definitivo del sistema mutualistico a favore di un sistema di tutele del diritto alla salute basato sulla solidarietà contributiva e l'uguaglianza dei trattamenti sanitari indipendentemente da età, sesso, condizione sociale e luogo di residenza.

Una sanità "senza pace": dalla 833 al federalismo La storia recente della sanità italiana si caratterizza senz'altro per una sostanziale mancanza di "serenità" programmatica e istituzionale. Negli ultimi vent'anni abbiamo infatti assistito ad una vera e propria fibrillazione legislativa (sono migliaia le leggi e leggine sanitarie approvate negli ultimi vent'anni) e a una costante e "pesante" influenza del quadro economico nazionale ed europeo sulle principali scelte di politica sanitaria. Prima tappa fondamentale è l'istituzione del Ssn avvenuta con la legge 833 del dicembre 1978. Nasce un sistema ispirato al National Health Service britannico, con la previsione della fiscalizzazione totale degli oneri di malattia (che in realtà si è concretizzata solo a metà degli anni '90) e ponendo il processo unitario di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie tra i compiti prioritari dello Stato. Ma già pochi anni dopo inizia un processo di revisione critica di alcuni assetti del sistema che porterà alla prima riforma della riforma sanitaria nei primi anni '90. Il Governo, allora presieduto da Giuliano Amato, con ministro della Sanità il liberale Francesco De Lorenzo, vara infatti una nuova legge (decreto legislativo 502/92, poi integrato dal 517/93 a opera del nuovo ministro Garavaglia, con presidente del Consiglio Ciampi), che cambia profondamente la stessa natura giuridica delle vecchie Usl. Esse vengono trasformate in aziende autonome, si avviano le basi di un sistema concorrenziale tra strutture pubbliche e private, si introduce il finanziamento delle prestazioni basato sui Drg e si favorisce la possibilità (rimasta ancora tale) di incrementare il ricorso alla mutualità integrativa. Sei anni dopo, nel 1999 viene varata la terza riforma della sanità con il decreto legislativo 229, ormai noto come riforma "Bindi", che, senza cambiare la natura giuridica delle aziende,

riformula (o tenta di farlo) la loro "mission", riorientandola al perseguimento di obiettivi non solo economici. Prova a introdurre, forse tardivamente, un modello di gestione che prevede il coinvolgimento (anche se parziale) dei medici e stabilisce una nuova politica della dirigenza sanitaria.

Gli anni 2000-2001 sono, infine, gli anni dell'avvio della trasformazione in senso federalistico dello Stato. Si inizia con il decreto legislativo n. 56/2000 sul federalismo fiscale e si conclude con la riforma del titolo V della Costituzione, che introduce la potestà legislativa concorrente delle Regioni in materia sanitaria, mentre resta prerogativa dello Stato quella di fissare livelli essenziali di assistenza, vevoli su tutto il territorio nazionale.

E arriviamo ai nostri giorni, quando diversi segnali (gli ultimi provengono dalle prime indiscrezioni sulla manovra finanziaria per il 2003 con forti e ripetuti richiami alla necessità di un passo indietro dell'impegno pubblico nel settore sanitario) fanno pensare a una vigilia di un nuovo cambiamento che, al di là delle dichiarazioni, sembra essere orientato verso ipotesi che rischiano di porre in seria discussione la stessa sopravvivenza del Servizio sanitario nazionale.

Da Orosei a Matera: quattro anni di sfide Prima di entrare nel merito delle analisi relative a questi nuovi scenari e alle ricadute inevitabili per la nostra categoria, è opportuno però ripercorrere brevemente ciò che è accaduto dal nostro Congresso di Orosei del 1998 a oggi.

In quel periodo nessuno, all'interno degli schieramenti politici, metteva seriamente in discussione il Servizio sanitario nazionale.

In quegli anni si andavano evidenziando gli effetti generali e categoriali dell'aziendalizzazione introdotta dai decreti delegati 502/517, nel tentativo di arrestare l'implosione economica del sistema i cui costi crescevano in modo incontrollato.

Le aziende si erano costituite desumendo la propria organizzazione da una cultura aziendale generica e privilegiando, attraverso un ceto dirigenziale di matrice prevalentemente burocratico-amministrativa, gli obiettivi di contenimento dei costi, con scarsissima attenzione alla loro vera missione di

tutelare la salute dei cittadini attraverso percorsi di qualità ed efficacia.

Negli anni dal 1991 al 1998, in parallelo con l'aziendalizzazione del sistema, si registra una drastica riduzione degli investimenti pubblici in sanità (passati dal 6,6 al 5,6% del Pil), cui fa fronte un incremento percentuale della spesa sanitaria privata sostenuta direttamente dalle famiglie (passata, nello stesso periodo, dal 1,8 al 2,7% del Pil – Fonte: OCSE).

La presa in carico, da parte del medico, della compatibilità economica delle sue scelte professionali e di un sostanziale razionamento delle risorse, lo pone in frequente conflitto tra i doveri di dirigente aziendale e quelli etici di garante delle esigenze sanitarie dei cittadini.

In quel periodo, ma forse ancora oggi, diventa forte la tentazione del medico dipendente di chiamarsi fuori e di rifugiarsi nel mito della autonomia professionale. Per molti medici "ci deve essere qualcun altro che pensa alla gestione", per lasciare a lui la purezza della professione.

Questa fu la diagnosi che facemmo ad Orosei – e che riteniamo ancora oggi valida – e di conseguenza operammo delle scelte e proponemmo delle terapie.

- Bisognava invertire la tendenza al sottofinanziamento pubblico del sistema. Per questo fissammo come obiettivo quello di raggiungere in breve tempo la media della percentuale del Pil degli altri Paesi europei. Un obiettivo ancora oggi lungi dall'essere conseguito.
- Bisognava rivedere l'organizzazione aziendale, cominciando dai poteri del direttore generale, bilanciando meglio le ragioni contabili e amministrative con le ragioni clinico-sanitarie e riorientando gli obiettivi dell'organizzazione, al fine primario di erogare le prestazioni adeguate di qualità più alte possibili e ai costi più contenuti. In altre parole, un bilancio sano – sostenemmo - è lo strumento più idoneo per meglio perseguire la tutela della salute dei cittadini.
- Era necessario rivendicare per il medico gli spazi di managerialità che gli competevano assumendo come parte integrante del suo bagaglio professionale le esigenze della appropriatezza delle cure e di un'oculata gestione delle risorse. Aprimmo, cioè, il grande capitolo della ridefinizione

del ruolo del dirigente medico, non solo nelle aziende ma nel sentire comune della collettività.

- Il medico tra clinica e management** Il medico aveva allora (ma ha ancora) davanti a sé due strade da percorrere:
- la prima, che lo porta indietro nel tentativo di rifugiarsi nel tradizionale recinto dell'autonomia professionale, recuperando un'alleanza con il paziente, in antitesi al terzo pagante. Il tutto all'insegna di una riscoperta del potere medico per arrestare il trend aziendalistico che limita spazi di libertà clinica e margini di contrattazione e denunciando la deriva antropologica, l'invadenza e la prosopopea della cultura aziendalistica. Ma una autonomia professionale così intesa non ha più il ruolo di un tempo ed è minacciata sia dal crescere degli *strangers at bedside* sia dalla crescita di peso specifico e assoluto di aree direzionali, quali quelle per il controllo e l'allocazione delle risorse e della gestione. In questo contesto il rischio è di essere respinti dalle aree strategiche e marginalizzati in una delle varie componenti del ciclo produttivo di una azienda che dimentica spesso il proprio finalismo sanitario. Marginalizzare la categoria nella cittadella dell'autonomia - per poi trarre le conseguenze sociali, gestionali ed economiche di una professione non all'altezza della modernità e delle sue sfide - è purtroppo un obiettivo condiviso da molti;
 - la seconda, che lo spingeva ad impersonare un profilo di dirigente cui è collegata non solo una dimensione professionale, ma anche una di responsabilità nella gestione quotidiana e strategica delle risorse, nel tentativo di realizzare una reale identità di interessi tra medico e azienda. In questo caso si trattava, quindi, di seguire la rotta obbligata costituita dalla necessità di coniugare efficacia clinica ed efficienza gestionale, nella ricerca di obiettivi comuni e condivisi, rivendicando forme di partecipazione alla progettazione di modelli organizzativi e operativi.

L'Associazione scelse la seconda strada, cercando di realizzare nei fatti lo status peculiare di dirigente-dipendente. Ospedali e

università, sono, del resto, le uniche organizzazioni al mondo dove i professionisti, con rapporto di lavoro dipendente, operano e percepiscono se stessi in una dimensione professionale, ma anche operativa e funzionale, di assoluta autonomia. Nel settore sanitario la qualifica di dirigente è infatti identificata secondo criteri diversi rispetto alla dirigenza tradizionale e fortemente indirizzati in senso professionale. Il medico è dirigente sia per la propria natura intrinseca di interprete imperfetto, ma unico dei bisogni di salute dei cittadini, sia perché viene investito di deleghe strategiche da parte della "proprietà", in qualità di "manovratore" di risorse anche ingenti. Ciò pone il rischio dell'insorgere di conflitti, anche drammatici, tra i due ruoli.

Se a ciò aggiungiamo il fatto che "tutti" i medici, sia pure con grado e intensità differente, sono permeati dei due ruoli, essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto medico per la valenza delle risorse impiegate, si comprende come sia questo lo snodo strategico per la nostra professione.

La gestione ai medici: un percorso in salita L'esperienza degli ultimi anni ha dimostrato che una politica di contenimento dei costi, che non voglia ridurre qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario, richiede una modifica delle procedure cliniche e quindi del comportamento dei medici anche per evitare ricadute opportunistiche e meccanismi distorsivi connaturati nel nuovo sistema di finanziamento e nella stessa cultura aziendalistica.

Obiettivi di questa portata non possono, cioè, essere affidati ai puri meccanismi aziendali di efficienza gestionale anche ove questi venissero impiegati al meglio, e questo è il caso meno frequente. Il loro raggiungimento non può prescindere dalle competenze e dalle professionalità dei medici. Anzi, senza un loro coinvolgimento pieno, ogni politica di contenimento dei costi, che non voglia limitarsi al puro calcolo ragionieristico del raschiare il barile tra tagli e ritagli, è destinata al fallimento.

Per questo motivo il processo di aziendalizzazione non può sottrarsi alla necessità di reclutare le intelligenze professionali alla *mission* aziendale, intesa come il perseguimento di obiettivi istituzionalmente definiti (fornire un servizio di buona

qualità) al di là della semplice logica del pareggio di bilancio, puro strumento e non fine ultimo del Servizio sanitario nazionale.

L'azienda è tale anche in quanto capace di costruire un senso di appartenenza attraverso la trasparenza degli obiettivi, delle strategie, della gestione. Ma anche nella capacità di ridurre l'incertezza cognitiva circa gli obiettivi e i processi gestionali e nella consapevolezza del dover operare in un sistema ben definito di regole e nella volontà di farle rispettare (non ultime quelle contrattuali).

Ma se così è la dirigenza medica, essa non può essere intesa come semplice controparte della dirigenza aziendale o peggio ancora come pura entità metafisica cui negare anche il diritto elementare di discutere le condizioni del proprio lavoro.

Essa, può, e deve, rivendicare il proprio diritto ad essere protagonista del cambiamento in quanto guidata da due principi fondamentali, quali l'autonomia professionale e la responsabilità nell'uso delle risorse. La dirigenza medica è "autrice di salute" e forza partecipe del governo delle attività cliniche che non accetta di essere ridotta a "macchina banale" cui affidare semplici mansioni esecutive che non interferiscano con i livelli gestionali, nella logica di "non disturbare il manovratore".

E' ovvio che tale impostazione non esclude conflitti più o meno frequenti, essendo un fenomeno classico delle organizzazioni complesse l'oscillazione tra cooperazione e conflitto.

Il problema che abbiamo 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 che appiattiscono la posizione del professionista sugli aspetti meramente organizzativi. Ciò consente il superamento della dicotomia tra sviluppo dei temi professionali e l'attuale modello organizzativo, nel quale il medico è spinto ad identificarsi partendo dal presupposto che l'organizzazione ha bisogno dei professionisti perché essi possiedono le competenze distintive che ne giustificano l'esistenza.

È necessario, quindi, avviare una seconda fase del processo aziendale a partire dal riconoscimento che l'efficienza e

L'ottimizzazione dei costi scaturiscono anche dall'applicazione di conoscenze e valori professionali di diretta derivazione clinica. Se ai medici non viene chiesto di assumere questo nuovo ruolo o se essi non vorranno assumerlo, lo scenario prevedibile è quello di un sistema improntato al mercato, in un'ottica liberista, iniqua e costosa e quindi eticamente inaccettabile o, al massimo, di un sistema solo formalmente equo, ma di bassa qualità complessiva. Per raggiungere questi obiettivi cerchiamo di meglio definire il profilo del dirigente medico (ruolo unico con attribuzione delle responsabilità articolate in funzioni a tempo e sottoposte a verifica, autogoverno della categoria relativamente alla valutazione professionale e allo sviluppo di carriera); di individuare strumenti concreti di partecipazione alla gestione aziendale (dipartimento, collegio di direzione) e di stimolare con incentivi economici e di carriera la spontanea, volontaria e convinta adesione alla vita aziendale (esclusività di rapporto, per la durata del contratto individuale con possibile reversibilità, libera professione intramoenia). Questo cerchiamo di fare, per quanto ci fu concesso, col nostro contributo al decreto legislativo 229/99 e col successivo contratto di lavoro firmato nel 2000.

Tempo di bilanci Siamo riusciti in questo? Questo Congresso ci obbliga a trarre un primo bilancio:

- gli investimenti pubblici nel Fsn hanno subito un'inversione del trend, e dal 1998 hanno ricominciato a crescere (con incrementi del 5,1% nel biennio 98/99, del 10,9% nel 99/00 e con un ulteriore aumento del 4,2% nelle previsioni degli stanziamenti per il 2001 - dati "Prometeo" 2001);
- nella parte più avvertita del Paese si è diffusa una maggiore sensibilità ai temi del governo clinico in genere ed alcune aziende cominciano a porsi il problema della qualità delle prestazioni;
- molte delle nostre proposte sono filtrate nel decreto 229/99 (dipartimenti, collegio di direzione, stato giuridico della dirigenza);
- molte e buone cose abbiamo pattuito nell'ultimo contratto, valga per tutte l'indennità di esclusività di rapporto.

Detto questo, e non bisogna sottovalutare tali risultati, è doveroso riconoscere che siamo ancora in mezzo al guado.

Per cambiamenti così significativi, per disegnare una nuova figura di professionista, diversa da quella del passato e in grado di recuperare un ruolo professionale e sociale, non sono sufficienti le leggi e il contratto, occorre di più, in termini di cultura e prassi di lavoro, perché maturino e si consolidino nuovi atteggiamenti e una nuova consapevolezza del proprio essere come categoria e come professionisti della salute.

Forse, anzi quasi certamente, gli strumenti erano insufficienti e in parte inadeguati; però è certo che nella maggioranza delle aziende italiane, secondo un costume diffuso nel nostro Paese, leggi e contratti sono stati applicati per nulla o male.

Valga per tutti la pessima applicazione della libera professione intramoenia, alla cui distorsione hanno contribuito le aziende e talora anche i medici. Tra i risultati più preoccupanti di tale cattiva e colpevole applicazione dell'istituto, come provano gli attacchi demagogici cui è sottoposto da più parti, è quello di aver contribuito a trasformare, agli occhi dell'opinione pubblica, la libera professione intramoenia nella principale responsabile delle liste d'attesa, rendendo facile la denigrazione del valore professionale, istituzionale e anche economico, di un'attività legittima, etica e doverosa.

A questo si aggiunga un'eccessiva rigidità dei precedenti Governi nel definire alcuni aspetti dello stato giuridico della dirigenza, caratterizzata da logiche ispirate più alla costrizione e alla irreversibilità della scelta, che alla inevitabile forza di attrazione (economica e normativa) del nuovo modello. Un'impostazione, questa, che ha finito per far prevalere nell'immaginario dei medici una visione punitiva del nuovo status giuridico, sminuendone o nascondendone addirittura il valore di un vero e proprio nuovo modo di vivere la professione, più serio e gratificante sia dal punto di vista economico che di sviluppo professionale. Molti, infatti, si sono sentiti chiusi in una gabbia, seppure accogliente, considerando anche il ritardo con cui si assisteva all'applicazione, o meglio alla "non" applicazione, dei nuovi strumenti di partecipazione alla vita aziendale.

A questo punto la saggezza imponeva di non cambiare gli

obiettivi ma di verificare la validità degli strumenti individuati per raggiungerli.

Il che vuol dire:

- lavorare più e meglio sull'organizzazione delle aziende;
- verificare l'opportunità di introdurre o meno il consiglio di amministrazione;
- ritarare i poteri del direttore generale;
- rivedere il ruolo del collegio di direzione;
- rivisitare il sistema di selezione e ridurre e semplificare il sistema delle verifiche;
- introdurre la reversibilità nella scelta del rapporto esclusivo;
- approfondire e applicare i temi del governo clinico.

La modifica dell'assetto aziendale Per quanto riguarda gli aspetti organizzativo-gestionali dobbiamo perseguire una modifica dell'attuale assetto delle Aziende Sanitarie, in ragione di alcune necessità peraltro strettamente correlate:

1. promuovere e rendere praticabile il miglioramento della programmazione sia delle politiche locali della salute, sia della erogazione dei servizi prestati ai cittadini;
2. promuovere e rendere praticabile un modello organizzativo e funzionale delle aziende che preveda una concreta partecipazione sia degli operatori professionali, sia degli utenti alle decisioni aziendali.

L'attenzione che noi poniamo all'assetto istituzionale delle Aziende è riferita al mero strumento di realizzazione delle politiche della salute anche perchè spesso succede che in presenza di strumenti forti, a fronte di direttive confuse e lacunose, siano i primi a prendere il sopravvento disegnano quindi politiche della salute laddove dovrebbero invece solo realizzarle.

A distanza di anni l'impianto aziendalista del Servizio sanitario è largamente condiviso sia nel nostro Paese sia in Europa; la stessa riforma ter del Ministro Bindi (dlgs 229/99) non ne ha messo in discussione alcun principio fondante.

Fin dal suo nascere noi dicemmo, e oggi ribadiamo con maggior forza, che l'Azienda Sanitaria è un' "Azienda speciale"

in ragione del bene prodotto, la salute, e deve differenziarsi, sul piano organizzativo e gestionale dalle Aziende che producono beni di consumo o servizi.

Proviamo ad elencare alcune sostanziali specificità delle Aziende Sanitarie:

- un'azienda che produce beni di consumo deve incentivare il consumo, al contrario di un'azienda sanitaria per noti motivi di compatibilità finanziarie, etiche e sociali;
- il cliente sceglie, paga ed usufruisce del bene acquistato; in sanità la scelta del prodotto sanitario è fortemente orientata da diversi fattori esterni al paziente, (il medico, la disponibilità dei servizi, l'asimmetria informativa), il paziente ne usufruisce, il Servizio Sanitario regionale paga la prestazione. Nessuno delle tre componenti ha possibilità diretta e concreta di condizionare gli altri;
- i costi di un prodotto industriale sono uguali per ogni unità prodotta; in sanità i costi di una prestazione sono sempre differenti fra loro;
- i professionisti, oltre ad aderire alle strategie aziendali, devono essere interpreti delle richieste del cittadino nei confronti del Servizio sanitario svolgendo una rilevante funzione di mediazione economica, etica e sociale;
- il sistema di pagamento per Drg, rappresentando un metodo molto approssimativo di finanziamento, predefinito e non rispettoso dei reali costi della struttura, non può essere utilizzato come sistema acritico di governo del sistema, come invece è avvenuto negli ultimi anni e forse ulteriormente esaltato nella ventilata separazione netta tra soggetti acquirenti e soggetti erogatori delle prestazioni;
- per quanto riguarda gli ospedali interni alle Asl, il finanziamento per Drg costituisce, sul piano economico finanziario e contabile, una partita di giro.

Anche da queste considerazioni nasce la convinzione che l'attuale configurazione giuridica del direttore generale rappresenta un'anomalia.

Infatti, in nessuna azienda privata e in nessuna azienda pubblica o ente economico si configura una posizione esecutiva di vertice dotata di poteri e responsabilità così elevate.

In un interessante articolo sulla "*corporate governance*" delle

public companies, pubblicato nel 1997 da Il Sole 24 Ore, veniva ribadito che il compito dell'amministratore delegato (vedi DG) é quello di "gestire", mentre quello del Consiglio di Amministrazione é quello di fare la strategia aziendale, programmare e vigilare.

Ma soprattutto, si affermava nell'articolo, che in assenza di uno dei due protagonisti o in presenza di confusione di ruoli, si creano situazioni di inefficienza gestionale e di governo inefficace degli obiettivi. Una valutazione che sembra perfettamente riflettere i limiti e gli errori delle aziende sanitarie.

La stessa "lontananza" dalla casa madre (la Regione) riduce spesso la funzione di vigilanza all'osservanza o meno dei vincoli di bilancio, il che appare troppo poco per realtà che continuano ad essere enti pubblici con un preciso finalismo sociale.

Una inquietante solitudine di potere monocratico, quella dei Direttori Generali; salvo poi vedere questa "lontananza" improvvisamente accorciarsi per effetto della politica nei criteri di nomina o nei periodici reports, dove il giudizio sovraordinato valorizza i numeri contabili più che la qualità, l'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni rese ai cittadini.

E qui ci avventuriamo nelle sabbie mobili di un tema profondamente controverso. Forse potrebbe essere ragionevole prendere in considerazione, proprio sotto il profilo aziendale, di affiancare al Direttore Generale un Consiglio di Amministrazione con le funzioni di promuovere e vigilare che la gestione dell'azienda sanitaria corrisponda, dalla programmazione, alla progettazione, attuazione e verifica, agli obiettivi delle politiche generali e locali della salute, nonché esercitare un ruolo di garanzia nella gestione delle risorse professionali.

Appare chiara la funzione terza, di garanzia di quest'organismo che non gestisce né può interferire nella gestione corrente salvo intervenire in condizioni di palese scostamento dagli obiettivi concordati, compresi quelli di bilancio o manifesti eccessi di potere nella discrezionalità di gestione delle relazioni con il personale.

Quest'organo non deve interferire, nè sminuire, ma anzi esaltare il ruolo di governo clinico espresso dai Collegi di

Direzione e dal Consiglio dei sanitari.

Il Consiglio di Amministrazione completa la funzione di governo gestionale ed amministrativo dell'Azienda, il Collegio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari e dei Dipartimenti ne sostanziano invece gli aspetti di governo tecnico-professionale.

Il Consiglio di Amministrazione dovrebbe essere costituito da:

- a) componenti, in numero dispari e ristretto (da 5 a 7), direttamente nominati dai sindaci e dai presidenti delle province attraverso opportune intese finalizzate a garantire la migliore rappresentatività delle comunità locali;
- b) scelti nel mondo delle professioni, della cultura e del lavoro, con documentata esperienza e competenza nel campo del funzionamento dei sistemi organizzativi complessi meglio se connessi alla tutela della salute.

La scelta, affidata ai sindaci e presidenti delle province è, sul piano formale e sostanziale, attribuita a figure istituzionali direttamente votati dai cittadini, secondo un meccanismo di responsabilità delegata, già vigente per altre aziende tipo quelle comunali o provinciali o altre a partecipazione di questi enti.

Vogliamo, insomma, che nei sistemi posti a tutela della salute, indipendentemente dalle forme istituzionali ed organizzative che questi assumono, risultino ben evidenti e determinanti i valori di appartenenza alla nostra professione.

Questi vanno affrancati della mera subordinazione a quelli economici che inevitabilmente appiattiscono i professionisti sulle esigenze dell'organizzazione riducendo la loro responsabilità sulla funzione gestionale ad una serie di atti e procedure burocratiche.

Non pensiamo ad una "guerra santa" all'aziendalismo né intendiamo negare il valore professionale delle responsabilità che anche i medici si devono assumere nell'infinita mediazione sociale, professionale, ed economica che caratterizza la sostenibilità di un Servizio sanitario equo e solidale.

Se così facessimo, lasceremmo il campo aperto ad un'emergente neo paternalismo della medicina e dei medici che già oggi si propone sotto la bandiera di un'astratta libertà del medico, della medicina, dei cittadini.

Sebbene convinti della bontà etica e della generosità di questa

vocazione alla libertà, riteniamo anche che, senza la certezza di una tutela vera dei diritti, sia insostenibile la promozione vera di nuove libertà.

La sana pianta delle libertà affonda le sue radici nell'humus dei diritti. Nella società moderna per avere un peso occorre accettare ed imparare a gestire un ruolo e la tradizionale autonomia e libertà del medico, non ha più il valore di un tempo.

Probabilmente la risposta giusta è accettare la sfida della appropriatezza, anche nei suoi risvolti economici, la logica delle evidence based, della qualità, accettando cioè di impersonare un profilo dirigenziale cui è collegata non solo una dimensione professionale di natura clinica ma anche una di responsabilità nella gestione quotidiana e strategica delle risorse nel tentativo di realizzare una reale identità di interessi tra professionisti ed azienda e tra questi e i cittadini.

**Federalismo:
le opportunità
e i rischi
di una riforma
frettolosa** Mentre eravamo nel mezzo di un passaggio così critico, tutto il processo riformatore è stato di fatto travolto dall'irruzione sulla scena del federalismo, con la modifica del titolo V della Costituzione e con l'introduzione nella sanità di una legislazione concorrente.

Una forte regionalizzazione in sanità era in realtà già in atto nella legislazione precedente ma, in quel momento, la rincorsa di tutti gli schieramenti politici a scavalcarsi su questo tema, ha portato a un nuovo assetto dei poteri tra i diversi organi della Repubblica di cui, forse, ancora oggi in pochi sembrano essere pienamente consapevoli.

La nostra associazione non è certo ostile ad un federalismo sanitario bene applicato e ciò per gli indubbi vantaggi che ne possono derivare per la responsabilizzazione degli erogatori di spesa, che vengono a coincidere con la fonte impositiva, e per l'utile vicinanza dei cittadini alle istituzioni responsabili della sanità, che favoriscono meccanismi di migliore rappresentazione delle esigenze e di controllo democratico.

Siamo però consapevoli che il federalismo comporta alcuni rischi, a cominciare dall'aumento dei costi, dalla frammentazione del Paese e dall'indebolimento del senso di cittadinanza

nazionale e dal consolidamento o peggioramento delle disparità già esistenti tra cittadini di diverse aree geografiche.

Come altrimenti interpretare lo scenario che proprio in questi giorni la Federfarma descrive relativamente alle modalità regionali di accesso alle prestazioni farmaceutiche. I dati più che dipingere un Paese federale, tratteggiano una situazione balcanica di inizio e fine secolo. Microsistemi regionali fanno sì che a pochi chilometri di distanza possano incontrarsi realtà profondamente diverse, già oggi è difficile trovare due regioni in cui lo stesso farmaco sia disponibile al cittadino a costi diretti o indiretti, in modo uguale a fronte di medesime esigenze in termini di epidemiologia, morbilità e reddito.

Occorre ricordare che in un'analisi sulle diverse capacità di produrre ricchezza effettuata prima del federalismo, solo 6 Regioni appaiono capaci di raggiungere l'autonomia finanziaria per sostenere il carico dell'assistenza sanitaria, trovandosi le altre in difficili condizioni (basti considerare che la forbice, fatto 100 il Pil nazionale, vede un sovrappiù di ricchezza in Lombardia con un valore di 138 e un negativo in Calabria con un valore pari a 59).

E' fondato, cioè, il rischio di associare alla soluzione federalista una modulazione dei diritti dei cittadini inaccettabile e una accentuazione dei meccanismi competitivi di mercato, o quasi mercato. Questo considerando anche l'interesse delle Regioni a politiche tese a reclutare la domanda su aree più ampie di quelle normalmente servite, che potrebbe moltiplicare il fenomeno della migrazione sanitaria o porre addirittura le basi, all'opposto, per la definizione di "dogane sanitarie" per impedire forme di reclutamento dei propri cittadini da parte di regioni meglio dotate.

Molti studi empirici e molte teorie hanno però evidenziato che la competizione, anche di tipo amministrato o negoziale, nel campo della salute può determinare distorsioni, mentre appare preferibile stimolare la cooperazione delle diverse strutture attraverso la concertazione sul disegno generale di sistema.

"La competizione per quanto utile alla economia deve essere temperata dalla solidarietà nei rapporti sociali (Dahrendorf)".

L'abbandono dello Stato Diversi analisti esprimono poi il timore che il cammino intrapreso, anche nella versione del federalismo solidale piuttosto che competitivo, rischia di creare costi non solo economici.

Due sono le principali ragioni: la prima riguarda il possibile incremento delle ineguaglianze, la seconda un mutamento del concetto di redistribuzione, intesa come questione non più di diritto di cittadinanza ma di solidarietà tra istituzioni.

Comunque, quello che è certo, è che non si può cedere ad un "federalismo per abbandono" accettando la rinuncia dello Stato a impegnarsi sul terreno dell'omogeneizzazione in qualità di titolare della perequazione tra le diverse situazioni garantendo a tutti i cittadini del Paese gli stessi diritti. Anche perché questa rinuncia corre in parallelo con quella a esercitare una funzione di guida e di controllo rispetto alla unitarietà del Ssn.

Il federalismo, soprattutto quello in sanità, non è solo spartizione di potere tra un centro istituzionale (lo Stato) e una periferia istituzionale (le Regioni), ma anche tra Istituzioni e società, altrimenti avremmo solo spostato "il centro più in basso" sostituendo ad un vecchio centralismo tanti nuovi, più piccoli, neo centralismi magari concorrenziali tra di loro.

Il federalismo condiviso e condivisibile è quello che unisce il Paese, è quello che rafforza nelle distinzioni il senso di appartenenza ad una Nazione e all'Europa. La tutela della salute come l'istruzione, basata su principi di solidarietà sociale ed equità è il cuore di questo processo di appartenenza e d'identità civile e politica.

Una disarticolazione del Servizio Sanitario Nazionale con la presenza di più sistemi sanitari a diversa velocità può comportare una perdita complessiva di coesione sociale, un progressivo decadimento delle garanzie formali e sostanziali, una accentuazione degli squilibri da Regioni più ricche e più povere con queste ultime che potrebbero trovarsi a scegliere tra le possibilità di uno sviluppo economico a fronte di una riduzione della tutela della salute.

Il tutto potrebbe paradossalmente avvenire in un contesto europeo, fatto di norme legislative e di regole di mercato che tende a spostare il baricentro delle decisioni in entità sovra nazionali verso le quali questi poteri decentrati vedrebbero

ulteriormente amplificate le rispettive forze o debolezze. Per dare maggiore protezione all'unitarietà del Ssn in un contesto federalista, massimizzandone i vantaggi e minimizzandone i rischi, occorre assicurare la rispondenza ai principi di universalità, accessibilità, trasferibilità delle prestazioni. I Lea rischiano di essere troppo deboli per proteggere efficacemente da soli il carattere unitario del Ssn, anche perché sono oggi interpretati come la lista minima di prestazioni che debbono essere erogate. Giudichiamo quindi inadeguati e da correggere gli strumenti individuati dal dlgs 56/2000 sul federalismo fiscale per esprimere la solidarietà e contrastare la differenza di capacità impositiva delle Regioni. Paiono, infatti, non solo a noi, ma a molti esperti osservatori neutrali, insufficienti sul piano quantitativo e lesivi del diritto di cittadinanza di ognuno a un'uguale tutela della salute, essendosi scelto come compenso delle diseguaglianze la solidarietà tra le Regioni e non l'intervento diretto dello Stato centrale. La mancanza, inoltre, a tutt'oggi, di una salda cornice di riferimento normativo nazionale, a fronte dell'avvio della legislazione concorrente, apre varchi amplissimi alle più disparate differenze e legittime decisioni come quelle del Piano sanitario lombardo che pongono le basi per una dissoluzione del Ssn.

Le prospettive dell'attuale politica sanitaria del Governo Altro evento politico di grandissimo rilievo è stato la vittoria elettorale nel 2001 della coalizione di centro destra. Al di là di dichiarazioni ambigue, sommesse e contraddittorie, la nuova maggioranza esprime nei fatti una forte volontà di cambiamento. Per la prima volta, come abbiamo già osservato, il quadro di riferimento generale, all'interno del quale si è mosso il mondo della sanità per oltre un ventennio, è messo in discussione. Nei varchi aperti da un federalismo non gestito, si è fatta strada una miscela d'interessi sostenuti da lobbies professionali ed economiche tese a ritagliarsi fette consistenti degli interventi pubblici in sanità che, facendo leva su una generica

volontà politica di rivincita e cambiamento, hanno dato vita a provvedimenti lesivi dei principi del servizio sanitario pubblico. Anche per questo guardiamo con grande diffidenza e contrarietà al progetto di trasformare ora gli Irccs e poi tutti i grandi ospedali italiani in Fondazioni. Occorre ricordare che una fondazione rappresenta, nella stragrande maggioranza dei casi, una istituzione *no-profit* cui concorrono capitali privati e/o pubblici.

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.

Ci sono evidenze gestionali ormai consolidate; laddove rigorosamente applicato il sistema delle fondazioni, così concepito, è stato deludente sul piano dei risultati gestionali e di servizi resi.

L'analisi di molti piani sanitari evidenzia il ritiro dell'Ente Regione da un' incisiva funzione di programmazione, per approdare, invece, al ruolo di lontano controllore di un sostanziale mercato. Appaiono inoltre attenuati se non scomparsi seri processi di accreditamento.

Tendono a configurarsi modelli gestionali di netta separazione tra acquirenti e rivenditori, con la moltiplicazione non solo degli erogatori ma anche delle fonti di finanziamento. Questo disegna uno scenario che porta inevitabilmente alla crescita incontrollata dell'offerta, senza alcuna attenzione all'appropriatezza e all'esplosione dei costi. La conseguenza sarà che in breve volgere di tempo si renderà indispensabile il ricorso alle assicurazioni non integrative ma sostitutive, con la creazione finale di un doppio e iniquo circuito: uno per gli abbienti l'altro per le fasce economicamente più deboli.

Quanto poi al rapporto tra pubblico e privato, la competizione è possibile solo tra sistemi omogenei per disponibilità di risorse e vincoli normativi e non solo per parità di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. In ogni caso la logica dell'indifferenza del produttore non deve comportare selezione dei pazienti, né vantaggi derivanti da un trasferimento di risorse economiche dal pubblico al privato che, scegliendosi nicchie di mercato, può godere di un'alta redditività sugli investimenti compiuti.

E così, la tanto pubblicizzata libertà di scelta, finisce per diventare un ottimo affare per chi sa e può vendere meglio, libero da regole e da doveri, con la possibilità di accedere ai mercati finanziari in tempo reale, capace di chiedere quote di mercato garantito con il ricatto dei posti di lavoro dei dipendenti.

Le stesse aperture al non profit devono tenere conto del fatto che, spesso, tale termine in Italia si riferisce più a una formale situazione fiscale che a una *mission* gratuita e disinteressata.

Liberi di scegliere. Un discorso a parte merita la già citata libertà di scelta del cittadino assunta come una delle bandiere della forma di

Ma cosa? cambiamento che ci viene oggi proposto. Essa sconta una forte asimmetria informativa, in quanto mediata dal medico, professionista che gioca il ruolo di agente dell'utente e si trova nella posizione di agente del mercato dove opera in termini sia di domanda che di offerta di servizi. D'altra parte la libertà di scelta appare difficilmente estensibile agli aspetti tecnico-professionali relativi alla qualità medica delle prestazioni sanitarie, essendo non facile da parte di chi compra definire le caratteristiche qualitative del servizio o valutare la performance delle diverse strutture sanitarie.

Secondo Amartya Sen, premio Nobel per l'economia, la libertà non coincide con la possibilità di avere un gran numero di alternative a disposizione, nella logica della cosiddetta "libertà del consumatore", quanto piuttosto nella possibilità di applicazione dei concetti di "equità verticale" ed "equità orizzontale", secondo cui i diversi devono essere trattati diversamente e gli eguali in modo eguale. Il problema, quindi,

non si pone unicamente nella quantità delle prestazioni offerte, come se la salute fosse una merce in un "libero mercato" fondato sulla "libera scelta" dei cittadini, tutti consapevoli del prodotto da selezionare e dove le disuguaglianze culturali, sociali ed economiche sono magicamente eliminate. Al contrario, molti studi evidenziano come l'aumento dell'offerta, sganciato da valutazioni di qualità e appropriatezza, invece di sanare gli svantaggi delle classi socio-economiche più deboli, moltiplica le disuguaglianze.

Esistono allora due nodi, tra loro interconnessi, che vanno affrontati: il primo è se la salute di una popolazione coincida o meno con l'offerta e la differenziazione delle prestazioni, il secondo è l'accessibilità al sistema sanitario. Ne discende la domanda se la salute possa essere sottomessa alle leggi di mercato e se questo non finisca per escludere fasce di cittadini da forme garantite di assistenza.

Tutte queste considerazioni esprimono la radicata convinzione della nostra associazione nel ribadire la attualità e validità del Ssn come lo strumento più efficace e meno costoso di tutela della salute. Il nostro deciso sì a un modello di sanità basato sulla fiscalizzazione degli oneri e sulla parità dei diritti tra i cittadini nasce e si conferma sulla base di confronti e analisi serrati, non su presupposti ideologici o massimalisti come qualcuno vorrebbe far credere.

Nel nostro sindacato vi sono medici che esprimono simpatie a destra, al centro e a sinistra, ma sulla validità, economicità, eticità e qualità di un sistema sanitario pubblico, universale, solidale ed equo non vi sono divisioni di sorta. Siamo certi che nessun altro sistema possa far coincidere meglio le ragioni dell'equità e dell'uguaglianza dei cittadini con quelle dell'efficacia e del contenimento dei costi.

Riforma Come ultimo atto di questa vicenda politica ricostruita
rapporto di cronologicamente dobbiamo considerare il disegno di legge del
lavoro dei ministro della Salute Girolamo Sirchia sulla riforma dello stato
medici giuridico della dirigenza medica.

I primi testi hanno fatto la loro comparsa negli ultimi mesi del 2001 e a tutt'oggi pare non ne esista uno definitivo anche se

L'ultima stesura è già stata portata al Consiglio dei ministri per un pre esame. Da essa sembrano scomparse le proposte più pericolose quali la volontà di introdurre nel Ssn, per valori percentuali rilevanti del 30 o 40%, un secondo tipo di rapporto di lavoro (contratto libero professionale di tipo coordinato e continuativo), l'eliminazione di fatto del rapporto esclusivo che avrebbe annullato la relativa indennità, la reintroduzione del tempo pieno e del tempo definito. E questo è accaduto per l'opposizione argomentata, tenace, esplicita, ma nello stesso tempo misurata, dell'Anaa Assomed e dell'Intersindacale Medica.

Rimangono tuttavia nel testo, almeno in quello a noi noto, due aspetti fortemente negativi:

- un evidente sostanziale disincentivo all'esercizio della libera professione intramoenia, che viene subordinata all'eliminazione delle liste di attesa e demagogicamente e astutamente additata, come abbiamo visto, quale causa principale del loro allungamento;
- uno stimolo a un esercizio libero professionale esterno svincolato da ogni regola e pure privato del disincentivo di carriera.

Queste proposte sono del resto coerenti con l'obiettivo, sempre presente, di orientare i flussi dei paganti in proprio o assicurati per prestazioni ambulatoriali o di degenza verso il settore privato restringendo il pubblico all'erogazione di prestazioni istituzionali.

Il tentativo di favorire la nascita del doppio circuito erogativo e l'incentivo per i medici a orientare all'esterno dell'azienda i loro interessi professionali, sono i due elementi che ci inducono a prendere le distanze da un tale provvedimento, pur se emendato dei contenuti più immediatamente dannosi per la categoria. L'attuale proposta del Governo è, infatti, antitetica rispetto all'obiettivo, da noi sempre rivendicato, di una nuova centralità professionale e sociale del medico attraverso la piena assunzione di responsabilità nuove, in un sistema di aziende sanitarie che deve anch'esso evolversi e trasformarsi.

Se i propositi del Governo dovessero andare avanti, dobbiamo chiederci cosa resterà di quella spinta ideale che ci ha condotto negli anni ad occuparci dei contenuti della dirigenza, della vita

dipartimentale, dei temi del governo clinico, della stessa "gestione medica" della sanità italiana? Il cammino per la costruzione di una nuova cultura e di un'identità più ricca e adeguata ai tempi rischia una forte battuta di arresto.

Le liste di attesa La questione delle liste di attesa merita alcune precisazioni, oltre quelle già segnalate in precedenti considerazioni.

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: fatto questo che, soprattutto noi, difensori del Ssn, non possiamo permetterci.

Noi non contestiamo l'entità del fenomeno. Ne contestiamo, invece, le interpretazioni comunemente e superficialmente diffuse. Va comunque precisato che 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 comunque un *outcome* finale sostanzialmente buono.

I dirigenti medici del Ssn non sono i principali e tanto meno gli unici responsabili dei lunghi tempi di attesa. Essi rappresentano una delle componenti cui è affidata la risposta specialistica alle richieste, situazione che condividono con i medici specialisti convenzionati interni ed esterni, ed alla quale si dedicano dopo aver adempiuto al loro primo compito istituzionale: la cura dei degenti.

Ma prioritario e fondamentale, tranne nelle parti del Paese in cui è documentata una carenza dell'offerta specialistica, è il tema del governo di una domanda che deve essere appropriata e responsabilizzata e che è in gran parte affidata ad altri settori della categoria medica.

A questo si deve aggiungere che Regioni ed aziende sono le principali responsabili della risposta alle richieste sanitarie dei cittadini, assicurando finanziamenti ed organizzazione adeguati. Premesso questo per rispetto della verità, è giusto comunque che Regioni, Aziende e medici tutti si facciano carico del problema: medici di famiglia, specialisti convenzionati interni ed esterni, universitari e dirigenti del Ssn: intra ed extramoenisti.

Contratto di lavoro 2002/2005 Sul piano strettamente contrattuale, abbiamo già presentato all'Aran, nella scadenza prevista, la nostra proposta di rinnovo per il terzo Contratto Collettivo Nazionale della Dirigenza Medica e Veterinaria.

Le condizioni di incertezza giuridica ed economica che allora ci portarono a definire, sotto forma di prudenti linee guida, le nostre proposte di rinnovo contrattuale, permangono, in buona parte, a tutt'oggi.

Ma alcune questioni di fondo che riguardano aspetti qualitativi e quantitativi del lavoro della Dirigenza Medica, vanno definite, anche nella solennità di 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, nel ribadire che non siamo disposti né disponibili a fare della libera professione intramoenia una attività residuale, demonizzata e discrezionale del Direttore generale, dobbiamo aggiungere alcune altre.

La prima questione riguarda i livelli di contrattazione e il sistema delle relazioni sindacali. In questa partita, deve essere ben chiaro a tutti, si gioca il ruolo non solo formale ma sostanziale del Sindacato, a voler drammatizzare direi la 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 comunque 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 esiziale 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. Provando ad esemplificare la complessa materia potremmo dire: tutte le materie con risvolti diretti o indiretti sulle retribuzioni e sulle condizioni materiali di lavoro, devono essere oggetti di contrattazione; gli aspetti organizzativi e gestionali sono invece materie di concertazione e consultazione, il tutto preceduto da obbligatoria tempestiva informazione. L'esemplificazione, eccessiva ed imperfetta della questione, vuole solo rendere chiaro l'obiettivo: dobbiamo cioè invertire quel trend di marginalizzazione del sindacato nelle Aziende nato nel pieno trionfo del delirio aziendalista. Oltre che mortificare legittimi interessi di parte e rendere impari il confronto, questa cultura della superiorità di ruolo non è servita e non serve a produrre quel clima di fidelizzazione dei Dirigenti e del personale all'azienda e alla sua *mission* e i risultati, sotto gli occhi di tutti, testimoniano più e meglio di ogni altra parola.

La seconda questione coinvolge le condizioni di lavoro, il reclutamento dei Dirigenti gli elementi di flessibilità in entrata, in itinere e in uscita, le quantità e la qualità

delle prestazioni erogate.

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

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

L'Università ha grandi responsabilità in questo disastro ma le conseguenze le pagano i Dirigenti Medici del Ssn. Un pesante *trade-off* di errori programmatori e miopi politiche di supremazia che certo ci complica le già difficili relazioni.

Tale carenza, che in prospettiva risulterà esiziale per la mancanza del fisiologico ricambio, appare più grave in alcune specialità e per l'espletamento di attività oggettivamente usuranti, che medici del Ssn, di età media ormai "matura", comunque garantiscono ma con un logorio fisico e psichico sempre più alto, non condiviso dagli interessati, non condivisibile dall'Associazione.

Sono ancora calde le ceneri dei rapporti Co.Co.Co. e prudenza vuole che non si consideri del tutto spento questo fuoco, ma qualunque apertura sulla flessibilità in entrata non può prescindere da due paletti confine:

- 1) al Direttore Generale deve restare l'obbligo di definire, nell'atto aziendale, la corrispondenza della pianta organica, dirigenziale e non, alle attività programmate secondo le modalità ordinarie dello stato giuridico proprio e quanto ulteriormente previsto dai contratti nazionali;
- 2) fuori da tale contesto, ogni altra tipologia di ingresso va contrattata a livello regionale e locale nei suoi aspetti quantitativi e nei suoi risvolti organizzativi e gestionali.

Dobbiamo in altre parole, garantire che la possibilità di contratti atipici, libero professionali, a tempo determinato, specializzanti, da strumento opportuno ed efficace di flessibilità non diventi un poderoso cuneo, per una organizzazione e gestione dei servizi alla "mordi e fuggi", popolando i nostri ospedali di figure anonime e deboli che la sostanziale precarietà del rapporto di lavoro invita a guardare ogni giorno

altrove.

Naturalmente, ferma restando la conquista della definizione nazionale dell'orario di lavoro, va implementato il valore economico della retribuzione del disagio, sia attraverso la ridefinizione del valore economico della indennità di pronta disponibilità sia attraverso l'introduzione di una vera e propria indennità di 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 fatto salvo l'esonero, a domanda, da quelli notturni per gli ultra cinquantacinquenni.

Preliminare all'utilizzo di tutti questi strumenti, resta la definizione, su standards regionali, di carichi di lavoro realistici e scientificamente validati, e la possibilità di contrattarne in Azienda la loro applicazione.

La terza questione riguarda l'Educazione Continua in Medicina.

Il progetto nazionale di Ecm sancito dal dlgs 229/99 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 totalmente, 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.

Preoccupanti sono a questo riguardo le decisioni assunte nel corso della conferenza stato regioni del dicembre 2001 nel corso della quale le regioni si sono impegnate a stanziare a tale fine somme annuali non superiori alla media delle somme stanziate per la formazione nel triennio precedente.

2) La formazione è un obbligo deontologico e legislativo a cui la categoria non intende sottrarsi ma deve essere posta nelle

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 certa 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, 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. La legge impone che di questa eventualità si tratti al tavolo contrattuale.

La quarta questione riguarda il consolidamento normativo di tutti gli strumenti per la partecipazione dei Dirigenti Medici alle fasi di progettazione, attivazione e verifica delle attività aziendali.

Se appare indiscutibile che i Consigli di Direzione, i Consigli dei sanitari e i Comitati di dipartimento sono conquiste di grande rilevanza, è altresì evidente che questi si sono dimostrati mediamente incapaci ed impossibilitati ad esercitare ruoli incisivi e determinati.

E' quasi temerario parlare oggi di governo clinico, ma la nostra Associazione lo ha fatto e deve continuare a farlo avendo piena consapevolezza che questi organismi, da soli, non lo producono ma sono solo alcuni degli strumenti/opportunità per un governo clinico delle Aziende sanitarie.

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 del rapporto di lavoro e dei contenuti e procedure stesse 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, sebbene sia uno strumento parziale ed imperfetto per affrontare compiutamente la complessa questione che richiede interventi legislativi, (revisione dei poteri del Direttore generale, i Consigli di Amministrazione, il ruolo del Consiglio di Direzione) rappresenta tuttavia una straordinaria leva per innestare nel sistema nuovi elementi pattizi che modificano questo scenario insoddisfacente e dispersivo di grandi potenzialità innovative per offrire soluzioni ad una quota di disagio medico.

Riconquistare al governo della Dirigenza Medica i territori più propriamente professionali nell'Azienda, vuole anche dire rivendicare una profonda innovazione del sistema preposto alla valutazione dei dirigenti e connesse verifiche relativamente a: periodicità, modalità, contenuti ed organi preposti, così come previsti nel capo II, articoli 31 e 32 del II Ccnl.

Per quanto riguarda la periodicità delle verifiche e la durata degli incarichi, ormai diffusa e condivisa la convinzione di un affollamento inutile delle verifiche nell'intreccio tra quelle triennali professionali, quelle a fine incarico dei direttori di struttura complessa e responsabili di quelle semplici quelle gestionali annuali per tutti e a fine incarico per i direttori di struttura complessa.

Dobbiamo ottenere che la verifica professionale avvenga ogni cinque anni; in coerenza la durata minima degli incarichi è di cinque anni.

La verifica gestionale annuale per i dirigenti di struttura semplice e complessa può avvenire solo se formalmente assegnate, al 31 dicembre dell'anno precedente, risorse ed obiettivi, ovvero avviato sistema di reports di costi e ricavi almeno trimestrale e prevista la titolarità di spesa in capo ai responsabili.

La verifica gestionale annuale, per i restanti dirigenti, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, riguarda le équipes salvo specifiche e formalizzate assegnazioni di obiettivi e risorse a singoli dirigenti con le stesse procedure di cui sopra.

Per quanto riguarda le procedure e i contenuti in sede di trattativa nazionale dobbiamo definire linee guida sulle procedure e sull'oggetto delle verifiche, siano esse professionali che gestionali, individuando modelli di fattori da considerare, ed i range di pesi e punteggi da attribuire quindi, in base a questi, la graduazione del giudizio. configurando una scheda tipo individuale di valutazione.

In sede di contrattazione regionale, sulla base delle suddette linee guida, dovrà concordarsi un Regolamento da attuare nelle singole Aziende, nella contrattazione aziendale, in considerazione delle differenti realtà operative e funzionali, verranno attribuiti i pesi e punteggi ai fattori considerati, da riportare nella scheda tipo individuale.

Per quanto riguarda gli organismi preposti alle verifiche, l'esperienza di questi anni motiva la necessità di una profonda rivisitazione o perlomeno un tentativo di regolamentazione degli stessi, visto l'obiettivo di una forte rilancio dell'autonomia professionale dei Dirigenti all'interno delle Aziende.

Questi organismi preposti alla "verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti", intervengono in un merito, quello del sapere e del saper fare professionale, che non può né deve essere distorto da eccessi discrezionali pilotati dal management aziendale.

Dobbiamo quindi prevedere, in uno specifico articolo del contratto nazionale, la composizione dei Collegi Tecnici Dipartimentali che affianchi al Direttore di Dipartimento (componente fisso) il Direttore della struttura complessa cui afferiscono i Dirigenti oggetto di verifica (componente variabile) più un Dirigente del Dipartimento con almeno 10 anni di anzianità di servizio individuato dall'Ordine Provinciale dei Medici di competenza sulla base di una terna proposta dal Consiglio di Dipartimento (componente fisso).

Per quanto invece riguarda i Nuclei di Valutazione valgono le stesse considerazioni, ma sono ovviamente diversi gli oggetti

della valutazione (articolo 31 comma 3); l'esperienza delle variopinte soluzioni aziendali, del tutto discrezionali, motiva una proposta, anche in tal caso, di normativa nazionale, contrattuale, che prevede la costituzione a livello regionale, di un elenco di Esperti in gestione e management sanitario, con documentati curricula, siano essi medici e non, all'interno dei quali vengono individuati rispettivamente dalla Regione, dall'Azienda, dalle OO.SS. mediche i tre componenti i nuclei di valutazione aziendali.

In sede di contrattazione regionale verrà definito un regolamento di attività ovvero i criteri di valutazione, in contrattazione aziendale, tali indirizzi troveranno ulteriore definizione in ragione delle singole specificità.

La quinta questione riguarda il trattamento economico, che siamo determinati ad affrontare con una pregiudiziale all'avvio della trattativa contrattuale per gli anni 2002/2005 e cioè la definizione e l'attribuzione dell'importo economico derivante dal recupero del tasso di inflazione reale rispetto a quello programmato nel 2001.

Gli accordi intercompartimentali hanno già definito, in quote percentuali sulle masse salariali l'entità degli aumenti, appare oggi alquanto improbabile sfondare questo muro, anche considerando la vera e propria crociata indetta dal governo contro un indistinto sfondamento della spesa pubblica.

Per quanto riguarda il quadro di riferimento economico, l'unica nota positiva è registrare l'affermazione governativa che gli incrementi retributivi derivanti dal recupero del tasso di inflazione programmato sono destinati a salvaguardare le componenti fondamentali della retribuzione, mentre per le componenti accessorie devono provvedere le regioni con risorse proprie ed aggiuntive.

Naturalmente sarà necessario prevedere che ogni singola regione, sulla base delle peculiarità e della volontà di garantire anche prestazioni aggiuntive rispetto a quelle stabilite dai livelli minimi ed uniformi, stabiliscano, in un tavolo di contrattazione vera regionale l'utilizzo di ulteriori risorse all'uopo destinate.

La previdenza L'Anaa Assomed ha avviato una riflessione non facile sui temi della previdenza che vedono i medici dipendenti come contribuenti obbligatori di più enti (Inpdap-Enpam-Onaosi) e alla luce delle modifiche apportate al sistema previdenziale dal Governo Dini in poi.

Siamo in attesa dei risultati di un approfondito studio che abbiamo commissionato al più prestigioso ente di ricerca italiana sulle questioni previdenziali. 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' nostra convinzione 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 ed entro il 2002 la presenterà agli associati.

I medici in pensione Ci proponiamo di stimolare le iscrizioni, ma soprattutto la partecipazione alla vita sociale dell'Associazione anche dei medici in pensione soprattutto di coloro che fino a quel momento hanno militato tra le nostre file. Un medico non smette mai di essere tale e credo che desideri continuare ad essere informato su ciò che accade nel vasto mondo della sanità ed inoltre penso che voglia essere tutelato nelle sue esigenze e nei suoi problemi.

I medici dipendenti del Ministero della salute Voglio rivolgermi anche ai medici dipendenti del ministero della salute. Loro sanno che non li abbiamo dimenticati e 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.

I medici dipendenti delle case di cura private Da qualche mese abbiamo ricominciato a proporre la nostra associazione come strumento di tutela dei diritti dei medici delle case di cura private dipendenti e convenzionate. La ragione di questa scelta risiede nel fatto che all'interno delle strutture sanitarie incluse nel circuito dell'accreditamento i medici operanti debbono raggiungere condizioni di lavoro regole sistemi di reclutamento e remunerazione sempre più omogenei. Stiamo trovando difficoltà ad essere presi in considerazione dalla controparte, ma le supereremo certamente.

Un nuovo Ordine professionale per una professione che cambia Credo che questo insieme 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 che troppo frequentemente trascuriamo.

Voglio dire che parliamo troppo poco della nostra professione di medico; troppo spesso, nelle nostre discussioni non si dice quasi nulla dei pazienti. Pensiamo che parlare della medicina, della malattia, della salute, che cosa esse siano diventate e/o diventeranno, siano questioni da società scientifiche o da Ordine Professionale, non certo da Sindacato.

Ho evidentemente estremizzato perché, nella realtà, ognuno di noi vive quotidianamente la percezione di quanto tutto rapidamente sia cambiato, e cambierà ancora, dei medici, della medicina, dei pazienti, dell'idea di malattia e salute.

In questi ultimi dieci anni si è assistito ad una vera e propria rivoluzione dei modelli culturali operativi e funzionali in cui i medici sono chiamati a svolgere il loro compiti. Si sono avviati poderosi processi di cambiamento istituzionale e organizzativo del Sistema sanitario nazionale. Si è verificato uno straordinario sviluppo della medicina e delle tecnologie. Il cittadino è sempre più consapevole ed informato, è portatore di diritti e libertà.

Nel tradizionale rapporto a due medico paziente entra in scena il terzo pagante nelle moderne vesti aziendalistiche con la determinata volontà di dettare le proprie regole. Pretende dal primo, il medico, di assumere la prevalente responsabilità di contenere la spesa a fronte del secondo, il paziente, che

legittimamente avanza nuovi diritti e l'esercizio di nuove libertà, avvalendosi di un peso contrattuale notevolmente cresciuto. I medici sono stretti nelle morsa di questa tenaglia; percepiscono una perdita di legittimazione sociale e soffrono le poderose spinte che tendono a controllarli e vincolare il loro esercizio professionale. In questo contesto la medicina tende sempre più a configurarsi come scienza tecnologica; poderosi interessi economici prevalentemente privati sostengono progetti di ricerca in campo biologico e biotecnologico con l'obiettivo di immettere nel mercato della salute strumenti diagnostici e mezzi terapeutici sempre più raffinati e di elevato costo.

Lo stesso concetto di malattia si ispira ad un modello meccanicistico del corpo e delle sue funzioni; la pratica clinica e l'organizzazione dei servizi riproduce, in modo speculare, modelli di specialità e sub specialità mediche e chirurgiche, identificate dagli ordini o addirittura da alcune specifiche funzioni degli stessi secondo divisioni rigide, poco flessibili e scarsamente comunicanti. I pazienti si trasformano quindi, in indistinti oggetti di complesse transazioni clinico-assistenziali, un prodotto inserito in una sorta di catena di montaggio dove ogni segmento produttivo spesso ignora e poco comunica con quello che lo precede e segue. La complessità dell'individuo viene così frammentata, smarrendo la visione della sua complessità biologica e relazionale che viene esplorata secondo tanti stretti coni di luce.

Nasce anche da questo quel processo di disumanizzazione delle cure che talvolta, non a torto, ci viene rimproverato e che dobbiamo correggere.

Gli impressionanti progressi della genetica molecolare porterà questa medicina a definire una nuova classificazione nosologica di pseudo malattie perché i destinatari non sono solo i malati, ma anche e soprattutto i sani o presunti tali, gli unpatients, cioè coloro che sono portatori di suscettibilità, su basi genetiche per determinate patologie. Dovremo quindi abituarci a due nuove entità nosologiche: quella dei presunti sani e quella dei presunti malati che affolleranno la domanda e probabilmente le liste di attesa. Questo trionfo della medicina scientifica moderna sconta un paradosso: evoca più

aspettative di quante ne possa realisticamente soddisfare. Alcune restano nell'immaginario collettivo perché materialmente irrealizzabili nella pratica, altre sono sì esigibili, ma a costi etici ed economici non sopportabili, salvo accettare disequità ed impari opportunità di accesso. Assistiamo già oggi, ma il fenomeno è destinato a crescere in modo esponenziale, ad una presunta evasione e/o elusione di risposte e questo definisce un secondo paradosso. Nasce infatti, anche da questo, una insoddisfazione dei cittadini, malati e sani che si scarica nel rapporto medico-paziente; reciproche diffidenze e frustrazioni precipitano entrambi in una crisi di identità e di fiducia. La cosiddetta medicalizzazione del disagio è un fenomeno ben noto a chi studia i comportamenti sociali; è ben noto anche a noi laddove spesso registriamo che nella domanda di salute il bisogno di well-being, di un benessere globalmente inteso che i medici, la medicina e la sanità non possono compiutamente soddisfare. Queste nuove dimensioni etiche, sociali e culturali alimentano e fomentano minacciosi conflitti tra medicina e sanità, tra medici e pazienti, tra risorse per definizione limitate e bisogni illimitati, tra domande impossibili e risposte sostenibili. Nel campo della tutela della salute il nodo scorsoio del controllo della spesa si stringe intorno ad un sistema di valori che si appresta, a grandi passi, a mettere in discussione non per negare, ma per superare il paradigma fondamentale della medicina e cioè la tutela. Esercitare una tutela significa infatti, conoscere sorvegliare ed intervenire in un ordine considerato naturale: come si nasce, come si vive, come si soffre, come si muore. La medicina moderna evoca la possibilità di costruire nuovi ordini naturali, si propone come potente ed efficace mezzo per produrre nuove e straordinarie opportunità per l'individuo biologico, ampliandone le capacità verso sorprendenti e sconosciuti orizzonti vitali. Appare oggi non del tutto fantascientifica la possibilità di ridisegnare i confini della vita, dalla nascita alla morte. In questo tumultuoso processo di sviluppo della medicina moderna si inserisce poderosamente l'affermazione del principio di autodeterminazione del paziente più propriamente del cittadino consapevole ed informato. E' profondamente cambiata la

matrice storica, sociale, culturale ed economica che definisce non una ma infinite dimensioni soggettive dei valori, della salute e della libertà. E' con queste infinite dimensioni individuali che dobbiamo cimentarci ogni giorno, per legittimare noi stessi, la medicina e la sanità.

Alla medicina, alla sanità e soprattutto a noi medici, vanno infatti richiesti l'autorevolezza non autoritaria, l'equilibrio e la prudenza, il rispetto del principio di compatibilità economica sulle risorse disponibili, il rispetto del pluralismo dei valori riferiti ai singoli individui, l'equità di accesso, il rigore scientifico nel metodo della ricerca e nella applicazione clinica, la vocazione olistica per l'attenzione alla complessità organica e relazionale dell'individuo, il forte orientamento alla ricerca e alla pratica delle evidenze cliniche, la capacità di dialogare con le diversità culturali e metodologiche delle medicine e pratiche non convenzionali, la difesa dei principi deontologici quale strumento di governo etico della medicina e della professione.

Siamo dunque in trincea. Ma tocca anche a noi offrire risposte praticabili per una medicina possibile e una sanità sostenibile per legittimare e concretizzare nuovi paradigmi della salute.

Dobbiamo quindi affrontare questo straordinario compito di mediazione sociale, etica, scientifica ed economica con determinazione ma anche con la consapevolezza che questa maxi medicina cammina oggi sulle gracili gambe di mini professionisti.

Non vorrei essere frainteso. Per mini professionisti intendo soggetti con forti limitazioni della propria autonomia, con modeste sfere di responsabilità riconosciute e rispettate nella gestione dei sistemi sanitari.

Intendo mini professionisti anche perché insufficientemente attrezzati sul piano cognitivo e pratico rispetto alle nuove sfide dell'esercizio professionale; sono infatti poco più che pallide testimonianze nei corsi di laurea e specializzazione le scienze umane emergenti quali l'etica, l'antropologia, la comunicazione, l'economia sanitaria, la cultura della tutela della salute oltre la cura.

E' difficilissimo tradurre in disposti legislativi, in ordinamenti, in regole di governo equilibrato ed efficace, questo universo di compiti e funzioni in capo a tanti soggetti.

Vivere questi cambiamenti non è certo facile per i medici, eppure bisogna essere adeguati alle sfide.

Il livello della sfida è alto, la posta in palio è la sopravvivenza stessa di una professione non appiattita in una dimensione di impresa commerciale o agente qualificato di una catena produttiva di una nuova merce che ha un straordinario mercato: la salute.

Dobbiamo rimproverare anche a noi stessi i ritardi e inadeguatezze di attenzioni e partecipazione dei Medici Ospedalieri alla vita dei nostri Ordini professionali.

Abbiamo poco compreso e poco supportato l'impegno di quanti, della nostra Associazione, da molti anni hanno fatto e fanno negli Ordini provinciali e nella Federazione Nazionale.

Sono 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.

Per quanto ci riguarda negli ultimi anni, abbiamo cercato di invertire questa tendenza, abbiamo capito 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 noi disponiamo, 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.

Conclusioni Nella relazione che vi ho presentato oggi, sono tracciate le principali linee di intervento sulle quali riteniamo concentrare le nostre iniziative sindacali dei prossimi mesi e anni.

Ne riassumo alcune:

- **sostenere e rilanciare il Servizio sanitario nazionale** fondato sull'equità fiscale e sulla universalità delle prestazioni e dei destinatari;
- **ribadire la necessità di più adeguati stanziamenti per la sanità pubblica** fino al raggiungimento della percentuale del Pil pari alla media dei Paesi europei;
- **correggere il decreto legislativo 56/2000** sul federalismo fiscale giudicato inadeguato sul piano delle quantità e per i suoi effetti distorsivi sui diritti di cittadinanza;
- **provvedere rapidamente alla definizione di una cornice di leggi quadro nazionali** perché nell'attuale regime di legislazione concorrente le autonomie regionali si esprimano in modo non devastante;
- **rivedere l'assetto istituzionale delle aziende sanitarie** per favorire un nuovo orientamento verso la naturale mission che è quella di produrre servizi di alta qualità ed efficacia e a costi contenuti;
- **riproporre il progetto del governo clinico** inteso come modello gestionale ed organizzativo che valorizzi all'interno dell'azienda le risorse professionali e gestionali della dirigenza medica, che intendiamo riconfermare come disposta e disponibile a quel ruolo di mediazione sociale, etica, professionale ed economica che permetta la costruzione di una sanità possibile e sostenibile;
- **dichiarare la nostra più completa disponibilità a concorrere con tutti i soggetti interessati alla soluzione del problema delle liste di attesa**, respingendone però le semplificazioni demagogiche e le strumentalizzazioni, che tendono a colpevolizzare e ghettizzare la libera professione intramoenia;
- **ribadire la validità della concezione del rapporto esclusivo** inteso, però, quale scelta libera ed incentivata sul piano economico e di carriera del dirigente medico,

suscettibile di reversibilità secondo criteri da definirsi nel contratto nazionale di lavoro;

- **operare per giungere il più rapidamente possibile al rinnovo del contratto nazionale di lavoro** secondo le linee già enunciate nella piattaforma.

Le alleanze A questo punto, stabiliti gli obiettivi, bisogna individuare quali sono i possibili alleati con cui raggiungerli.

Innanzitutto tutte quelle forze politiche o parte di esse, sia della opposizione che della maggioranza, sia del parlamento che delle regioni e dei comuni che consentono sulla sostanza delle nostre opinioni.

Abbiamo ragione di ritenere che siano più numerose di quanto non appaia. Invitiamo con serenità e fermezza tutti i rappresentanti eletti dai cittadini a superare la cortina di una cattiva o insufficiente informazione sui temi delicati della tutela della salute prima di prendere decisioni che potrebbero rivelarsi dannose per l'interesse vero dei cittadini e prima di rendersi complici dell'abbattimento di un sistema che, con tutti i suoi limiti è un vero baluardo di civiltà.

Ci rivolgiamo poi a tutti i medici ospedalieri, territoriali e di famiglia, farmacisti, biologi ed altri dirigenti sanitari, infermieri e tecnici che operano nel sistema. Noi conosciamo le loro convinzioni, comuni alle nostre, che li hanno indotti a dar vita con noi al Comitato solidarietà e salute.

C'è senz'altro in questo atteggiamento comune agli operatori addetti, una parte legata alla difesa di interessi categoriali peraltro legittimi, ma certamente prevalente è la parte legata al giudizio sulla indispensabilità del sistema che nasce dall'esperienza quotidiana.

Ultimi in ordine di elencazione, ma primi destinatari per importanza del nostro invito sono i cittadini di questo Paese, ricchi e poveri, giovani e vecchi, sani e malati, perché si uniscano a noi in questa impresa. 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.

E noi affermiamo in piena coscienza che la ragion d'essere

prima della nostra professione consiste nell'interpretare i bisogni di salute di ciascun uomo e di essere garanti nei confronti del sistema di un'equa allocazione delle risorse e nei confronti dei singoli di prestazioni adeguate e di qualità elevata.

Lo Statuto della nostra Associazione affida al Congresso Nazionale, cioè a Voi delegati dei Congressi Regionali, due compiti diversi ma profondamente legati: eleggere il Segretario e la Segreteria Nazionale e definire il mandato politico sindacale per i prossimi quattro anni.

Quattro anni sono tanti e il tempo di oggi è più che mai una funzione relativa della storia degli individui e delle collettività.

Le società avanzate, nel loro divenire, richiedono a tutti, anche a noi, la capacità e la volontà di interpretare faticosi e complessi processi di ricomposizione per sospingere in avanti i confini dei diritti e delle libertà degli individui e delle collettività.

Ai più giovani tra Voi mi permetto di ricordare, con orgoglio e senza vocazioni retoriche, che non c'è nessun passaggio critico nella storia delle politiche della salute e della sanità nel nostro Paese, che non abbia visto uomini dell'Anaa, in prima fila, a proporre, progettare e costruire per il presente e per il futuro.

L'Anaa di oggi deve molto a quegli uomini coraggiosi e responsabili che fondarono e svilupparono con successo il progetto di un sindacalismo professionale, certo autonomo e libero, ma animato da un grande rispetto per i valori di equità e giustizia sociale, gli stessi che oggi, in altri contesti, guidano le nostre scelte, animano le nostre passioni civili.

Questa memoria che oggi pesa sulle mie e sulle vostre spalle è il grande patrimonio culturale, professionale, sindacale e morale che, intatto nei suoi valori, dobbiamo lasciare a chi verrà dopo di noi.

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.

Continuiamo con ostinazione a credere che in questa scelta di valori che pongono al centro dei sistemi preposti alla tutela della salute l'equità e la solidarietà, sia possibile coniugare le legittime aspirazioni dei professionisti che rappresentiamo con quelle dei cittadini.

E questo non solo per affrancare da disuguaglianze, fragilità ed emarginazione i più deboli, perché malati o più a rischio di ammalarsi, ma per meglio corrispondere alla nostra mission professionale "erga omnes", rendendoci disponibili ai cittadini in ragione dei loro bisogni e non del loro reddito.

Questa fu ed è la nostra visione etica e sindacale. Questo è, e ne siamo orgogliosi, l'indelebile tratto ideologico che caratterizza la storia dell'Anaa Assomed, la sua diversità, la ragione delle nostre passioni civili di ieri, di oggi, di domani. Questa è la nostra forza di sempre.