

Roma - MAURO MISERENDINO

Dopo la conferenza delle cure primarie e la firma del contratto del personale sanitario del comparto (parte normativa del quadriennio 2006-2009 e quella economica del biennio 2006-07) si aspetta la ripresa del tavolo dei medici ospedalieri, del cui contratto le regioni – al contrario di quanto accaduto per i generalisti – hanno approvato l'atto di indirizzo.

A Domenico Iscaro, presidente del sindacato Anaao Assomed, sigla maggioritaria di settore, chiediamo quanto sia prevedibile a breve una svolta positiva. «Nell'approvazione del contratto del comparto – dice – ci sembra di leggere la volontà, come peraltro affermato dall'Aran (agenzia stato regioni che fa da controparte ai medici, ndr) nella seduta di apertura del tavolo contrattuale, di concludere in tempi brevi anche il contratto che interessa i 11 mila medici dipendenti del Ssn». «Sarà quindi opportuno prevedere – prosegue Iscaro – un percorso che arrivi a una rapida definizione degli incrementi retributivi del biennio economico 2006-07 riservando alla parte normativa la definizione di poche questioni, tra cui riteniamo prioritaria quella relativa alle deroghe al Dlgs 66/2003 (che prevede una pausa ogni turno di 11 ore di lavoro, ndr), molto importante e critica per i suoi riflessi sull'organizzazione del lavoro del personale medico». «Non abbiamo alcuna intenzione – aggiunge Iscaro – di anteporre la volontà di arrivare in tempi rapidi alla conclusione dell'iter contrattuale al pieno rispetto dei principi legislativi posti a tutela della integrità psico-fisica del lavoratore. Non intendiamo accettare deroghe "soppressive" che indeboliscano i già precari attuali assetti organizzativi e compromettano la sicurezza dei cittadini. In ultimo riteniamo che il maggior onere sostenuto dalle regioni per raggiungere i 103 euro mensili per il contratto del personale sanitario del comparto vada considerato un segnale di assunzione di "responsabilità" utile alla risoluzione di alcune problematiche legate alla insufficienza ormai cronica del fondo del disagio, destinato a pagare gli straordinari a cui i medici sono costretti a fare ricorso per mantenere gli attuali livelli prestazionali e sopperire alle sempre più preoccupanti carenze di organico».

Quali sono gli aumenti previsti per la dirigenza medica del Ssn?

«Non essendo state preventivamente fissate nella Finanziaria 2006 le risorse necessarie al rinnovo contrattuale, il biennio 2006-07 prevede la sola copertura derivante dalla vacanza contrattuale, pari allo 0,39 per cento per il 2006 e dalla inflazione programmata, pari a 1,61 per cento per il 2007, che nel complesso corrispondono a incrementi contrattuali del 2 per cento. Le risorse economiche fissate dalla Finanzia-

Domenico Iscaro, presidente del maggior sindacato degli ospedalieri, fa un punto dopo l'intesa sul personale

L'Anaao vuole un signor contratto

Sì al merito, no al precariato e ai turni continuativi

ria 2007 e dal protocollo di intesa governo sindacati del maggio 2007 prevedono incrementi dal 1° gennaio 2008 pari, a regime, al 4,85 per cento del monte salari, corrispondenti a un aumento lordo medio mensile di circa 259 euro. Dal totale di queste risorse va sottratto lo 0,5 per cento destinato al fondo di risultato per la contrattazione integrativa. Il dato che più ci preoccupa – tra le priorità che sottoporremo al nuovo governo – è che nonostante siano stati effettuati due scioperi della dirigenza medica,

non sia stato previsto nell'ultima Finanziaria il finanziamento del rinnovo contrattuale del biennio 2008-09 e sia stata ignorata la nostra richiesta di prevedere una rivalutazione della indennità di esclusività di rapporto».

Anaao Assomed sostiene tre linee: sicurezza, merito e salario. Ma ci vogliono risorse. Come contate di far investire la parte pubblica?

«Le nostre parole d'ordine hanno un forte significato e sono ben comprese e condivise dalla categoria. Sicurezza vuol dire: lotta al precariato; diffusione in tutte le aziende sanitarie dei sistemi di prevenzione e salvaguardia del rischio clinico a partire dall'istituzione delle unità di risk management; rispetto integrale delle norme contrattuali e legi-

slative che regolano la vita del Ssn in particolar modo delle norme europee che definiscono i criteri di organizzazione del lavoro e salvaguardia della salute degli operatori. Merito vuol dire liberare dall'influenza della politica la gestione delle aziende sanitarie, a cominciare dallo sviluppo delle nostre carriere e valorizzare la crescita professionale legata "al saper fare". Salario vuol dire arrivare finalmente, dopo anni di inflazione reale ben al di sopra di quella programmata, sulla quale sono misurate le risorse economiche stanziate per i nostri contratti, al riconoscimento di una retribuzione adeguata ai compiti, all'impegno e alle competenze di chi ha come mandato la tutela della salute dei cittadini. Niente è realizzabile senza un rilancio del Ssn che ridefinisca ruoli e competenze tra ospedale e territorio, che amplifichi la diffusione e i compiti delle cure primarie, ma che soprattutto affronti il tema della razionalizzazione delle reti ospedaliere, adegui gli ospedali dal punto di vista strutturale e tecnologico, introduca e diffonda i criteri della clinical governance quale strumento indispensabile a qualità professionale e sicurezza delle cure. Per tutto questo servono adeguati finanziamenti ma anche una buona ed efficace politica».

Avete un progetto preciso

per la lotta al precariato?

«A causa del blocco del turn-over nel Ssn previsto nelle ultime Finanziarie, il lavoro precario dei medici è diventato un fenomeno esteso, intollerabile dal punto di vista della giustizia sociale, che costituisce una minaccia per la qualità e la sicurezza del Ssn. Il contratto nazionale può costituire un utile strumento per frenarne la diffusione. Riteniamo vada introdotta una percentuale massima di medici con contratti a termine rispetto

alla dotazione organica della struttura sanitaria, da non utilizzare nei servizi di emergenza e nella continuità assistenziale; che vada prevista una retribuzione oraria minima per qualsiasi tipologia di lavoro precario; che vadano rispettati diritti e tutele per qualsiasi tipo di rapporto di lavoro e che sia riconosciuta l'anzianità di servizio nelle stesse modalità per tutti i medici. La risposta definitiva può solo venire da un sostegno alla politica degli organici che, al netto della necessaria riorganizzazione della rete e dopo anni di blocco del turn over, garantisca sicurezza a medici e pazienti».

Su quali basi pensate di pos-

sa rivalutare l'indennità di esclusività di rapporto ferma da nove anni?

«La mancata rivalutazione della indennità, esclusa dalla determinazione della massa salariale sulla quale calcolare gli incrementi contrattuali, ha comportato per la categoria una perdita di valore di circa il 16 per cento. Inoltre il mancato inserimento della indennità negli aumenti contrattuali ha fatto sì che i medici non abbiano goduto negli anni passati degli incrementi previsti per altre categorie del pubblico

impiego. Per aver riconosciute nella Finanziaria 2008 le risorse necessarie alla sua rivalutazione, insieme alle sigle della dipendenza abbiamo condotto una dura vertenza culminata nella grande manifestazione al cinema Capranica di Roma il 13 novembre 2007, quando esponenti di maggioranza e opposizione ci assicuraronno impegno a risolvere il problema. Lo stesso ministro Turco ha affermato "che l'indennità di esclusività di rapporto costituisce uno degli assi portanti a difesa della sanità pubblica". Ma la Finanziaria 2008 ha ignorato la nostra richiesta. La rivalutazione dell'indennità resta tuttora un obiettivo prioritario ed irrinunciabile per il quale siamo pronti subito a confrontarci con il futuro governo».

Che ne pensate dell'avanzata dei nuovi profili sanitari e del rischio invadano competenze cliniche?

«Assistiamo con preoccupazione al proliferare di nuove professioni sanitarie: come effetto collaterale, ha provocato una frammentazione dell'universo professionale che obbliga tutti, con senso di responsabilità, a ridisegnare una nuova geografia delle competenze, rimodulando i propri ambiti di intervento ed evitando l'insorgere di pericolosi conflitti che non devono trovare il loro punto di convergenza al letto del paziente». «L'attribuzione del trattamento dei codici bianchi del pronto soccorso agli infermieri professionali – conclude Iscaro – può essere una preoccupante fuga in avanti se non si definisce prima il contenuto dell'atto medico e ciò che a questo non può essere sottratto. Non vorremmo che dietro avventuristiche sperimentazioni si nasconda la volontà di risolvere in modo improprio e semplicistico i grossi problemi che affliggono il pianeta emergenza, quali le carenze di organico dei medici e l'insufficiente azione di filtro esercitata dalle strutture territoriali e dalla medicina generale».

L'atto d'indirizzo è stato approvato ma non c'è fretta «E l'esclusività va rivalutata»