

Intervista a Carlo Lusenti, neo segretario del sindacato dei medici ospedalieri

Anaao Assomed: squadra che vince si cambia

Dopo una stagione di successi il Congresso di Genova ha rinnovato tutti i ruoli dirigenti dell'associazione, operando un vero ricambio generazionale.

"È la prima volta che gli incarichi dirigenziali dell'Anaao sono stati affidati a medici che non hanno visto la guerra, che non hanno conosciuto le mutue, che hanno cominciato a lavorare quando il Ssn era già completamente affermato" sottolinea Lusenti, assicurando però una forte continuità nelle linee di fondo dell'azione sindacale.

All'ordine del giorno formazione, aziendalizzazione e riforma del metodo della contrattazione

C'era molto da festeggiare nelle giornate del ventesimo Congresso nazionale dell'Anaao Assomed, tenutosi tra i moli del porto antico di Genova dall'11 al 15 di giugno. L'elezione di Amedeo Bianco alla presidenza della Fnomceo, innanzi tutto, e poi la nomina di Serafino Zucchelli a sottosegretario alla Salute e infine il rinnovo del Contratto, sia pure con gli estremi ritardi e le ultime code ancora da definire. Poteva risolversi tutto in un pacato avvicendamento nei ruoli rimasti scoperti, ma invece è successo qualcosa di più, segnando in questa occasione un vero ricambio generazionale ai vertici dell'associazione. Alla presidenza, tenuta per sedici anni da Aristide Paci, ci sarà ora Domenico Iscaro, radiologo romano di 55 anni, mentre Carlo Lusenti, 49 anni da Reggio Emilia, è il nuovo segretario nazionale. A completare il vertice del sindacato, il nuovo vice segretario vicario Costantino Troise.

Dopo che Zucchelli e Bianco "sono andati a far del bene da un'altra parte", come spiega Carlo Lusenti con morbida cadenza emiliana, si è insomma deciso di "sfruttare" l'occasione per un rinnovamento deciso. "Non siamo solo la generazione successiva ma siamo proprio una generazione diversa" sottolinea Lusenti, che spiega: "È la prima volta che gli incarichi dirigenziali dell'Anaao sono stati affidati a medici che non hanno visto la guerra, che non hanno conosciuto le mutue, che hanno cominciato a lavorare quando il Ssn era già completamente affermato. Siamo figli di una

cultura e una storia diversa, anche se poi ci ritroviamo completamente nella storia di questa associazione. I valori e i punti di riferimento restano comunque gli stessi e mi auguro che saremo in grado di aggiungere i punti di forza di questa nuova generazione ai punti di forza lasciati dalla generazione precedente".

Dottor Lusenti, è per ragioni generazionali che i temi della formazione hanno avuto tanto spazio nel vostro dibattito congressuale?

Non proprio, visto che l'Anaao Assomed già da tempo giudica cruciale il rapporto tra il Ssn e l'Università, e dunque la crescita e la formazione dei medici, il modo in cui vengono avviati alla professione. Io ho fatto l'università in anni in cui a medicina si iscrivevano tutti, con decine di migliaia di matricole al 1° anno. In quel periodo l'università è esplosa ed è cominciata una degenerazione del ruolo e delle funzioni dell'accademia, che si è trasformata in una fabbrica di medici e di professori che si autoalimenta.

Ancora oggi le facoltà di medicina godono di un grandissimo credito sociale e dunque se entrano in una struttura ospedaliera, per chi guarda da fuori, la "valorizzano". Noi pensiamo invece che il loro ingresso non aggiunge



valore alle strutture e che anzi spesso inquinano la mission di quei luoghi, creando conflitti tra corpi professionali, tra chi ha l'assistenza come unica vocazione e chi considera l'assistenza strumentale alla didattica e alla ricerca. E questo alla fine non va certo a vantaggio dei pazienti.

Come si può uscire da questa dicotomia?

Crede che si dovrebbe intervenire su due aspetti convergenti. Il primo punto è rompere il monopolio esclusivo delle facoltà di medicina riguardo alla formazione specialistica.

In gran Bretagna, ad esempio, è il *Royal college of surgery and general practitioners* di ciascuna contea ad indicare di quanti specialisti c'è bisogno, dove si fa la formazione e a conferire l'attribuzione formale del titolo. Sarebbe come se l'Ordine dei medici di Roma stabilisse di quanti chirurghi ci sia bisogno nella città per i prossimi 5 anni, decidendo poi di affidare la formazione a chi ha l'eccellenza del saper fare, e non teorica, come ad esempio il Policlinico Umberto I ma anche l'Ospedale San Camillo. Bisogna, insomma, valutare il fabbisogno su criteri oggettivi, mentre ora le esigenze formative sono indipendenti dalla programmazione dell'assistenza.

Il secondo intervento dovrebbe essere quello di abolire la norma secondo cui la specializzazione è requisito obbligatorio per i concorsi del Ssn, tornando alla situazione che c'era fino a una decina di anni fa. In Italia abbiamo la formazione di primo grado, che comprende laurea e specialità, più lunga del mondo. Per fare un altro esempio, ne-

gli Stati Uniti gli studenti hanno quattro anni per arrivare al diploma teorico, con cui non si può esercitare la professione, e vengono poi affidati a una rete di ospedali, dove nei successivi quattro anni imparano a fare il mestiere veramente. Così a 26 anni sono dei professionisti fatti, pronti per lavorare. In Italia gli studenti si affacciano al mondo del lavoro a 32 anni, se tutto va bene, e avviano davvero la carriera a 36 anni, già sfiniti perché sono rimasti per anni a fare i "camerieri" delle facoltà di medicina, che alla fine non riescono neanche a "sistemarli". In questo modo si spreca risorse del Paese senza fare del bene ai professionisti.

Al Congresso si è molto dibattuto anche delle problematiche legate al processo di aziendalizzazione.

L'aziendalizzazione è un problema già nel nome, che la rende antipatica. In realtà la forma organizzativa che indica è stata inventata per perseguire degli obiettivi giusti di oculatetezza gestionale che però, e questo è il punto, non possono essere contenuti esclusivi. Assumere degli obblighi di corretta gestione, adeguato rapporto tra finanziamento e obiettivi, certificazione e responsabilità dei risultati, sono cose sacrosante. Queste aziende devono avere un bilancio economico in ordine, ma devono avere anche un bilancio di missione, perché la loro missione non può essere esclusivamente far quadrare i conti. Sono "aziende" che servono a promuovere e difendere la salute di una comunità. Quando un direttore generale si rivolge a una comunità assumendosi la responsabilità di governare un'azienda che protegge la salute, e dunque ascoltando le richieste di salute della comunità, il discorso si fa chiarissimo, anche nel ruolo delle amministrazioni locali. Per questo i bilanci non sono solo fatti di conti economici, ma anche di risultati in termini di accessibilità, efficacia delle cure, percorsi di cura, risultati di salute della popolazione. Così l'aziendalizzazione è un bene.

Lei ha qualche indicazione da dare anche riguardo al contenimento della spesa, che resta un problema gravissimo?

Per problemi gravi non bastano le soluzioni estemporanee. Penso però che le esperienze realizzate anche sul fron-

te dell'organizzazione siano una fonte inesauribile di suggerimenti. Alcune Regioni hanno riorganizzato e ridefinito completamente la loro rete ospedaliera, ma parte delle Regioni continuano ad avere ospedali insostenibili dal punto di vista dell'economicità e della sicurezza. Non si può invocare un maggiore ruolo delle amministrazioni locali, quando queste non si assumono le proprie responsabilità e magari si mettono alla testa dei comitati a difesa di ospedali con 80 posti letto. Se la Puglia, la Sicilia e la Campania avessero fatto la riorganizzazione della rete ospedaliera come ha fatto la Toscana, oggi avrebbero meno problemi.

Inoltre, ci sono esperienze interessanti sulla distribuzione e l'acquisto di farmaci, come l'acquisto attraverso gare su base regionale o la distribuzione diretta dei farmaci.

Si tratterebbe di diffondere le *best practice* già disponibili, e proprio in questo il ministero della salute potrebbe avere un ruolo importantissimo.

Voi chiedete una riforma della contrattazione, che consenta di evitare il paradosso di un contratto firmato quando è già scaduto da tempo. Crede che sia possibile ottenere qualche cambiamento in tempi brevi?

La contrattazione oggi è una sorta di liturgia pagana che non regge, non è efficiente né affidabile. A riguardo, sul piano dell'analisi, c'è un sentire comune del sindacato e delle Regioni e probabilmente anche dei ministeri che si occupano di questi temi. Ma nel merito di interventi che correggano la situazione non c'è stato ancora nessun grado di confronto e definizione comune tra le parti.

Modificare il sistema della contrattazione potrebbe portare a rinnovi ravvicinati e forse qualcuno potrebbe chiedervi una sorta di moratoria, per non pesare troppo sui bilanci già in rosso.

Mi sembrerebbe provocatorio proporre una moratoria a chi una moratoria non dichiarata l'ha già subita e la sta ancora subendo. La vicenda contrattuale, infatti, non si è ancora chiusa perché il nostro stipendio è stato adeguato con il 1° biennio, che si chiude al 31 dicembre 2003, mentre il 2° biennio non l'abbiamo ancora ricevuto. Quindi noi stiamo ancora percependo quello che avremmo dovuto percepire fino al 31 dicembre 2003.

(E.A.)

La nuova segreteria Anaao Assomed

Presidente
Domenico Iscaro

Vicepresidente
Errico Cesaro

Segretario
Carlo Lusenti

Vicesegretario vicario
Costantino Troise

Vice Segretari
Giorgio Cavallero
Giuseppe Montante
Gianluigi Scaffidi

Segretario amministrativo
Giuseppe Ricucci

Segretario organizzativo
Bruno Zuccarelli

Componenti della segreteria
Massimo Alegiani
Giampiero Benetti
Salvatore Della Tommasa
Alessandro Falzone
Bruno Innocenti
Mario Lavecchia
Giulio Liberatore
Leo Mencarelli
Cosimo napoletano
Paolo Quondam