

## La sanità che verrà: la parola ai sindacati

**NO**a 21 sistemi sanitari diversi, più risorse per l'Ssn, abolizione del ticket, eliminazione delle liste di attesa, potenziamento della rete territoriale e riorganizzazione della rete ospedaliera. Basta con le nomine politiche, via a nuovi meccanismi di contrattazione e rivalutazione adeguata dell'indennità di esclusività.

Sono questi solo alcuni punti sui quali i sindacati auspicano l'intervento del nuovo Governo. Ma la lista delle richieste è lunga e minuziosa e se la dirigenza medica e veterinaria rivendica la necessità di utiliz-

zare come criteri di nomina meriti e requisiti professionali accertabili e dichiara la sua disponibilità a partecipare attivamente al governo clinico, il comparto punta principalmente allo sviluppo dell'autonomia professionale delle professioni sanitarie e medici e pediatri sottolineano l'esigenza della riforma delle cure primarie. Su un punto sono tutti d'accordo: alla scadenza, contratti e convenzioni vanno rinnovati subito.

Ma vediamo nel dettaglio, le richieste dei sindacati al nuovo Governo. Abbiamo sentito:

- per la dirigenza medica e veteri-

naria: Carlo Lusenti (Anaa-Assomed), Raffaele Perrone Donnorso (Anpo), Stefano Biasioli (Cimo Asmd), Armando Masucci (Federazione Medici Uil), Massimo Cozza (Fp Cgil Medici), Aldo Grasselli (Sivemp), Salvo Calì (Smi), Paolo Levoni (Snabi Sds);

- per il comparto: Daniela Volpato (Cisl Fp), Rossana Dettori (Fp Cgil), Carlo Fiordaliso (Uil Fpl);
- per la medicina convenzionata: Giacomo Milillo (Fimmg), Giuseppe Mele (Fimp), Mauro Martini (Snam), Roberto Lala (Sumai).

### DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA

**ASI - Ci può indicare 3 priorità sulle quali il prossimo Governo dovrebbe intervenire?**

**Lusenti (Anaa-Assomed)** - Adeguato finanziamento del Ssn e dei contratti di lavoro; sicurezza e qualità delle cure con livelli minimi organizzativi e strutturali su tutto il territorio nazionale; coinvolgimento dei medici nel governo clinico con chiare deleghe e competenze da affidare alla dirigenza medica.

**Perrone Donnorso (Anpo)** - Le tre priorità: stanziamento di adeguate risorse economiche per il rinnovo del Ccnl per la rivalutazione (che deve essere percentualmente molto significativa) del salario base e di una specifica indennità primaria; reintroduzione dei due livelli dirigenziali (unico ruolo); riorganizzazione (razionalizzazione) della rete ospedaliera, con "classificazione" (per importanza) degli ospedali.

**Biasioli (Cimo Asmd)** - Le priorità non sono 3 ma almeno 7: progressiva eliminazione del precariato sanitario; istituzione di Unità di rischio clinico con secretazione degli atti relativi; concorsi con graduatoria vincolante e modifica delle commissioni; Lpia (Libera Professione Intramoenia Allargata); limiti e competenze dei Direttori generali delle Asl e Ao; reinserire la tutela della salute

nella legislazione esclusiva dello Stato; totale esenzione dal ticket per tutte le patologie croniche.

**Masucci (Federazione Medici Uil)** - Le tre priorità sono: abolizione delle liste di attesa; sistema di verifica e accertamento della qualità con accreditamenti obbligatori e verifica annuale delle strutture; esclusività estesa a tutti ma con liberalizzazione degli studi professionali.

**Cozza (Fp Cgil Medici)** - In primo luogo va affrontato il problema, sempre più drammatico, delle disuguaglianze nella tutela della salute nel nostro Paese. C'è bisogno di un forte rilancio della unitarietà del Servizio sanitario nazionale, e di fermare una deriva federalista che ci sta portando a 21 diverse sanità regionali. In secondo luogo c'è bisogno di maggiori risorse per la sanità pubblica, da destinare in modo prioritario per il potenziamento del territorio, con la costruzione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali in grado di assistere nelle 24 ore i cittadini, e dove sia finalmente superata la vecchia distinzione tra medico di famiglia e guardia medica. Va inoltre portato avanti un programma dettagliato di ammodernamento della rete ospedaliera, a tutela della qualità del servizio, della sicurezza dei cittadini e degli stessi medici e di tutti gli operatori sanitari.

In terzo luogo va messa la parola fine al ticket. Le prestazioni essenziali vanno garantite a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale, e la risposta ai comportamenti inappropriati - quali il recarsi al Pronto Soccorso per lievi problematiche - è nella diversa organizzazione e funzionalità di tutto il sistema.

**Grasselli (Sivemp)** - Il Governo che si insedierà dopo le elezioni di aprile deve in primo luogo dare continuità al ministero della Salute. Questo sarebbe un atto saggio e indispensabile, un segno di rispetto verso tutto il mondo che gravita intorno ad un ministero che nel sentimento popolare significa ancora molto. Poi il Governo deve risolvere due grandi questioni: stabilizzare il precariato dei medici e dei veterinari e assumere giovani medici, veterinari e sanitari per ridare slancio al Ssn.

**Cali (Smì)** - Tre più una, di metodo: una premessa. Serve una diversa prassi da parte della Politica: si deve ricostruire un rapporto aperto con i medici per far fronte alle trasformazioni sociali in corso nel Paese, per gestire un processo di trasformazione della sanità pubblica in grado di dare risposte adeguate alle mutate domande di salute della nostra società. "Più servizi sul territorio, più eccellenza negli ospedali", non deve essere uno slogan, ma una rotta da seguire con atti concreti. Allo stesso tempo è necessario riprendere il governo del sistema, valorizzando le regioni virtuose, ma con dei Livelli Essenziali di Assistenza che siano uniformi su tutto il territorio e che garantiscano l'esigibilità omogenea del diritto alla salute.

Le tre priorità: il Rinnovo dei contratti e delle convenzioni; la legge sul governo clinico e per il riassetto istituzionale delle Asl (restituendo ai medici la gestione dei processi di controllo delle aziende, limitando lo strapotere dei manager e l'ingerenza della politica); il riordino delle cure primarie (su quattro nodi: il ruolo unico per la medicina generale, il tempo pieno, la diversificazione delle funzioni - clinica, organizzativa, formativa, ecc. - e la progressione di carriera).

**Levoni (Snabi Sds)** - La prima e più importante priorità, è costituita dalla necessità di evitare che questa deriva regionalistica che fa seguito alla modifica del Titolo V della Costituzione ci porti sempre più verso la attivazione di tanti sistemi regionali quante sono le Regioni italiane. Ho ricordato le Regioni, poiché per chi non se ne fosse accorto, la Provincia Autonoma di Bolzano non riconosce il D.Lgs. 502/92 e le successive modifiche, mentre la Provincia di Trento si è avviata su una strada che l'allontanerà sempre più dalla legislazione nazionale.

La seconda priorità è conseguente alla prima: è neces-

sario ritrovare un livello nazionale di governo per evitare che l'organizzazione sanitaria in Italia sia sempre più differenziata nelle diverse Regioni.

Ancora con riferimento alle prime due risposte, ritrovare un federalismo solidale, senza ignorare i dati pubblicati dall'Osservatorio sulla Salute 2007. La spesa e l'efficienza così differenziata nelle diverse Regioni richiede una attenta riflessione con i conseguenti interventi correttivi. Non ci possono essere alibi infiniti per Assessori regionali, Direttori generali e professionisti, chi non è in grado di governare deve assumersi le proprie responsabilità e pagarne le conseguenze.

**ASI - I rinnovi di contratti e convenzioni subiscono da anni lunghissimi ritardi divenuti ormai inaccettabili. È indispensabile mettere mano alla modifica dei meccanismi di approvazione. Come?**

**Lusenti (Anao-Assomed)** - I rinnovi contrattuali sono subordinati alle leggi finanziarie che devono stanziare le risorse per i contratti e ad un lungo iter (atto di indirizzo, approvazione ministeri vigilanti, approvazione Consiglio dei ministri, certificazione Corte dei Conti). In realtà non si fanno i contratti perché i governi non li finanziano. «È il fondato sospetto che il ritardo faccia comodo e che i contratti siano programmati in ritardo di almeno due anni per ragioni di cassa. Questo stato di cose deve finire.

**Perrone Donnorso (Anpo)** - Le trattative per i rinnovi contrattuali devono iniziare sei mesi prima della scadenza, con le OO.SS. riconosciute rappresentative al 31 dicembre dell'ultima rilevazione Aran, e concluse con la dovuta celerità, abbandonando quelle ritualità che rappresentano soltanto perdite di tempo. Infine le quote pensionistiche devono inoltre essere rapportate alle nuove contribuzioni.

**Biasioli (Cimo Asmd)** - Va preso atto che la riforma del Titolo V ha spostato dallo Stato alle Regioni la titolarità della sanità. Occorre pertanto che anche i contratti della dipendenza vengano stipulati con modalità simile e contestuali alle convenzioni e che al Governo spetti esclusivamente una verifica sulle compatibilità economiche.

**Masucci (Federazione Medici Uil)** - Si dovrebbe adottare un sistema triennale di contratti con avvio automatico delle trattative il primo giorno utile del triennio da contrattare e atti di indirizzo approvati entro l'ultimo mese del triennio in scadenza. Acn unico per tutti i convenzionati, vale a dire per Mmg, specialisti e pediatri.

**Cozza (Fp Cgil Medici)** - Le nuove norme già prevedono una maggiore garanzia di approvazione definitiva delle ipotesi di accordo - entro due mesi - ma il vero ritardo è nei tempi delle trattative ed al riferimento alla inflazione programmata, a discapito del potere di acquisto. Basti pensare che per l'area dirigenziale medico-veterinaria deve essere ancora firmata l'ipotesi d'accordo per il biennio economico 2006-2007. Il nuovo Governo deve porre fine a questi inaccettabili ritardi, impegnandosi a chiudere subito anche il biennio economico 2008-2009, stanziando le giuste risorse per consentire una copertura della inflazione reale.

**Grasselli (Sivemp)** - Che le lungaggini contrattuali siano inaccettabili ormai lo dicono tutti, anche la vostra domanda, tuttavia sembra che le istituzioni centrali, il Governo in particolare e le Regioni in buona compagnia, giochino a rimpiazzino con la scusa trita della mancanza di risorse. Rinnovare i contratti alla loro scadenza - con l'inflazione che corre - non è solo un diritto dei lavoratori, è anche un modo per dimostrare che stiamo diventando un Paese moderno che sa far girare l'economia. Se il potere d'acquisto dei lavoratori scende, come credete che possano stimolare la produzione e la crescita con i loro sempre più contenuti consumi? Le soluzioni tecniche ci sono, ma si trovano solo quando c'è il via libera delle volontà politiche.

**Cali (Smi)** - Vanno riformati i meccanismi di contrattazione. Dispiace dirlo, ma gli sforzi di chi guarda con attenzione ai processi di decentramento e di aziendalizzazione, si scontrano con un panorama istituzionale che mette in mano ai particolarismi delle burocrazie politiche regionali il controllo della nostra sanità. Tuttora, dopo più di due anni, ci sono Regioni che non hanno firmato gli accordi decentrati, tutto ciò a scapito dei cittadini e soprattutto dei medici. Non possiamo più sottostare agli scontri tra Governo e periferia, allo scaricabarile tra Comitati di Settore, Conferenza Stato-Regioni e ministero della Salute. Servono accordi nazionali forti e contrattazioni a livello centrale. Nelle Regioni si devono solo definire le specificità legate al territorio.

**Levoni (Snabi Sds)** - La stipula dei rinnovi contrattuali dopo la loro scadenza è una pratica che, se non superata, vanifica ogni tentativo di incidere sulla organizzazione del lavoro per dare maggiore efficienza ed efficacia all'attività sanitaria. Solo così si potrebbe rispondere alle accuse rivolte ai dipendenti pubblici in genere, di appartenere spesso alla fattispecie di "fannulloni", vedi prof. Ichino. I meccanismi di approvazione prima degli atti di indirizzo dei Comitati di Settore, le trat-

tative che procedono con tempi e ritmi inaccettabili, e dopo la eventuale approvazione della Corte dei Conti degli accordi intervenuti, la ulteriore approvazione da parte del Consiglio dei Ministri, impongono una svolta nelle procedure in uso, pena una ingessatura del sistema che non potrà mai produrre accordi e applicazioni nei tempi definiti in maniera inequivocabile dalle scadenze dei Contratti di Lavoro.

**ASI - Nuovi criteri per la nomina dei dirigenti di struttura complessa, esclusività di rapporto per i primari, governo clinico: sono i temi sui quali si è molto discusso prima della caduta del Governo Prodi. Cosa dovrebbe fare il nuovo Esecutivo?**

**Lusenti (Anaa-Assomed)** - Occorre un percorso chiaro di carriera predefinito, a garanzia del cittadino e dei colleghi. La discrezionalità è ineliminabile ma occorre elevare i requisiti in modo da garantire la qualità elevata di tutti coloro che possono accedere alla selezione. L'esclusività di rapporto può essere estesa solo se viene adeguatamente rivalutata l'indennità di esclusività ferma dal 1999 che ha perso il 18% del suo valore e che rischia di non essere più adeguata e coerente con il sistema.

Siamo disposti a partecipare al governo clinico a condizione che ci sia "qualcosa da governare" ovvero che i direttori generali deleghino alcune funzioni in via definitiva alle competenze esclusive dei medici.

**Perrone Donnorso (Anpo)** - I Primari vanno assunti con concorso pubblico nazionale, per titoli ed esami, con graduatoria vincolante per l'Amministrazione. La Commissione di concorso va tutta estratta a sorte utilizzando "ratione materiae" (per specialità quindi) un Albo nazionale dei Primari in servizio. Definire un provvedimento quadro - a valenza nazionale - per impedire l'ingerenza universitaria nell'attribuzione dei Primariati (Policlinici misti). Il rapporto esclusivo deve essere una scelta volontaria del Primario senza "penalizzazioni" di sorta; di contro chi ha scelto il rapporto esclusivo va premiato. Il governo clinico va inteso - in sintesi - come una ragguardevole presenza dei Medici (e dei Primari in particolare) negli organismi d'indirizzo, di scelte strategiche e di controllo delle Aziende Sanitarie.

Ma, prima di ogni altra cosa, il nuovo Esecutivo dovrà tentare di risolvere la inaccettabile situazione delle liste di attesa che, pur se terribilmente complicato azzerare, devono essere riportate a tempi accettabili dalla convivenza civile.

**Biasioli (Cimo Asmd)** - Il nuovo Esecutivo dovrebbe ripristinare le selezioni con graduatorie per i Direttori; per i Dirigenti di Struttura Semplice a valenza dipartimentale vanno altresì previsti criteri selettivi trasparenti. Il governo clinico va affrontato in modo completamente diverso da quanto previsto dal Ddl Turco.

**Masucci (Federazione Medici Uil)** - Le nomine dei dirigenti di struttura complessa devono avvenire totalmente fuori dalla politica: ritorno al vecchio sistema concorsuale con commissioni esterne a sorteggio e presenza dei rappresentanti sindacali di categoria; esclusività totale per il capo dipartimento; esclusività estesa a tutti gli altri ma con liberalizzazione dello studio privato perché accreditato. In merito al Governo Clinico: riprendere alcuni aspetti positivi del disegno di legge Turco con soppressione, però, delle case della salute e rilancio dell'associazionismo con criteri di trasparenza ed efficienza. Va creato un sistema di certificazione e controllo continuo della qualità per evitare che ogni possibile errore si trasformi in danno. È inoltre necessario istituire un Rappresentante per la Qualità (Ri-QQ) ed attuare una maggiore prevenzione. Serve infine un sistema di sanzioni rigide per la sicurezza e la formazione obbligatoria sui rischi, sulla prevenzione è sul primo soccorso.

**Cozza (Fp Cgil Medici)** - È da diversi anni che la Fp-Cgil Medici chiede nuove norme per la nomina dei direttori di struttura complessa e dei responsabili delle strutture semplici. Adesso non vorremmo leggi gattopardesche, per le quali l'ultima scelta spetta sempre al Direttore generale, nominato dalla politica.

Per questo abbiamo proposto Commissioni presiedute dal Direttore Sanitario, con componenti sorteggiati da un elenco nazionale, ed una graduatoria trasparente sulla base dei curriculum professionali in relazione al posto da ricoprire, con nuovi ed obbiettivi criteri di valutazione. E con una semplice conclusione: il più bravo vince.

Il nostro sindacato, con coerenza, si è sempre battuto per la valorizzazione professionale ed economica di chi lavora solo per il Servizio Sanitario Nazionale.

Chiediamo quindi una scelta per l'esclusività di rapporto, a partire dai direttori di struttura complessa e dai responsabili di struttura semplice, e la rivalutazione della indennità di esclusività, ferma ai valori del 1999.

Così come riteniamo fondamentali nuove norme che consentano una effettiva realizzazione del Governo Clinico, superando l'autoreferenzialità monocratica delle direzioni aziendali, ed un maggior ruolo dei Dipartimenti, sia ospedalieri che territoriali.

**Grasselli (Sivemp)** - Il nuovo Esecutivo dovrebbe prendere atto che in un paese normale il Governo certe questioni le deve risolvere, anche se in un primo momento possono portare a perdita di consenso. I punti chiave di un sistema sanitario nazionale universalistico, equo, corretto e di qualità sono ben noti. I dirigenti medici e veterinari vogliono ad esempio che l'indennità di esclusività di rapporto diventi una parte fissa dello stipendio. Vedremo che cosa intende fare il prossimo Governo. Noi non siamo disposti a veder erodere anno dopo anno una indennità che rischia di diventare una burla. Speriamo di avere un Governo stabile, un Ministro capace e dinamico, una capacità di ascoltare e concertare e poi tutti faremo la nostra parte con grande senso di responsabilità.

**Levoni (Snabi Sds)** - È sicuramente la domanda più insidiosa e pertanto vorrei rispondere in modo chiaro e per certi versi con proposte provocatorie. Poiché credo che tutte le ipotesi di criteri in grado di garantire la competenza professionale dei Direttori di struttura complessa, si scontrerebbero con la possibilità di aggiramento della norma, l'utilizzo del primo comma dell'art. 15 septies del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche (normato e definito con criteri di certezza per le modalità di utilizzo con le OO.SS. in sede aziendale) potrebbe coniugare la certezza della competenza dell'incaricato con l'incarico a termine, e con l'ovvio contestuale mantenimento dell'aspettativa nell'Azienda di provenienza. Non è invece provocatorio, ritenere corretto che i Direttori di Struttura Complessa operino per la durata del loro contratto, in regime di esclusività di rapporto, con possibilità di esercizio della libera professione in regime di intramoenia.

Le ipotesi di rigore evocate dovrebbero portare a compensare il maggior rischio legato al possibile mancato rinnovo dell'incarico di Direttore, con un trattamento economico decisamente migliorativo rispetto all'attuale. Consco della provocatorietà della proposta, me ne assumo personalmente la responsabilità, consapevole che per uscire dagli equivoci e dalle ipocrisie, occorre ipotizzare dei rischi che devono però avere un adeguato corrispettivo economico che possa giustificare anche importanti allontanamenti dalla sede di residenza da parte dell'incaricato.

Fuori sacco: sarebbe necessario che l'istituzione dei Dirigenti delle nuove professioni sanitarie avvenisse nella chiarezza dei ruoli e dei rapporti con i Dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari operanti nel Ssn, condizione indispensabile per non creare difficoltà nei modelli organizzativi che dovranno avere certezze di ruoli e responsabilità.

**Cali (Smi)** - Bisognerebbe innanzitutto, chiudere con la stagione degli integralismi: un buon medico è una risorsa per il Ssn. Serve una nuova legge sul governo clinico e per il riassetto istituzionale delle Asl: è una priorità per mettere ordine a tutti questi nodi irrisolti. Siamo favorevoli alla reversibilità del rapporto per quanto riguarda i primari, ma la questione dell'esclusività si deve demandare all'ambito aziendale, senza bisogno di disciplinarla al livello nazionale. Chiaramente

la scelta è vincolata alla durata del contratto: sarebbe impensabile che un primario potesse cambiare ogni anno il suo rapporto con il Ssn.

Per quanto riguarda la nomina dei dirigenti di struttura complessa, crediamo sia importante sottrarla all'arbitrio dei Direttori generali (e all'influenza clientelare della politica) per ricondurla ad una discrezionalità ponderata che tenga conto dei meriti curriculari e professionali.

## COMPARTO SANITÀ

**ASI - Ci può indicare 3 priorità sulle quali il prossimo Governo dovrebbe intervenire?**

**Volpato (Cisl Fp)** - In ambito sanitario la nostra federazione ritiene prioritario per il prossimo Governo intervenire nei seguenti ambiti:

- L'ammodernamento e l'adeguamento strutturale, tecnologico e organizzativo del sistema sanitario nazionale in tutto il Paese. Tale ammodernamento deve ovviamente riguardare le scelte programmatiche, gli investimenti e i conseguenti adeguamenti legislativi, regolamentari e contrattuali. In questo percorso l'investimento in termini di innovazione e di risorse sui professionisti medici e delle professioni sanitarie, tecniche ed amministrative è uno dei punti strategici.
- Il rapporto privato/pubblico e la conseguente pianificazione di interventi per la verifica reale dei sistemi di accreditamento e di adeguamento delle strutture e del corretto fabbisogno di personale. La verifica di un sistema di riconoscimento delle prestazioni erogate dal privato socio-sanitario-educativo collegata alla reale verifica del fabbisogno e alla qualità delle prestazioni, superando la logica dei provvedimenti a breve termine di copertura dell'attività del privato, al fine di svincolare il sistema dalla "lottizzazione politica".
- L'integrazione socio sanitaria e i relativi sistemi di finanziamento del welfare, a partire dall'integrazione non tanto dei due Ministeri, ma delle scelte di programmazione nazionale e delle scelte di finanziamento del welfare. A tal proposito è urgente e non più differibile l'avvio, con un investimento di risorse adeguate, del fondo per la non autosufficienza, al fine di rispondere ai bisogni emergenti e in crescita che non possono trovare risposte nel Paese, soprattutto in questa fase di emergenza dei salari e delle pensioni.

**Dettori (Fp Cgil)** - Il prossimo Governo deve in primo luogo portare a compimento il provvedimento relativo ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, strumento indispensabile per garantire uniformità del diritto alla salute per tutti i cittadini.

Deve garantire a tutti l'accesso ai servizi abbattendo gli ostacoli derivanti dalle condizioni economiche, sociali e culturali dei singoli ponendo altresì le basi per superare la deriva federalistica che sta prefigurando 21 servizi sanitari regionali.

Deve destinare più risorse al Ssn e abolire i ticket vissuti come vera ingiustizia dai cittadini.

Attuare inoltre una seria politica di integrazione socio-sanitaria con interventi mirati sulla non autosufficienza, che oggi grava pesantemente sulle famiglie.

Mettere infine le mani sulla organizzazione dei servizi sia ospedalieri che territoriali per dare risposte integrate ai bisogni degli utenti.

**Fiordaliso (Uil Fpl)** - Sicuramente una delle prime, che non riguarda solo la sanità, è la rapida e concreta "ricostruzione" del potere d'acquisto dei salari, che si può realizzare con misure selettive di sostegno fiscale al lavoro dipendente, alleggerendo la pressione complessiva e detassando gli incrementi contrattuali. Per la sanità invece indicherei questi obiettivi principali:

- L'aumento dell'efficienza e della produttività, realizzata con la motivazione ed il coinvolgimento dei lavoratori e rilanciando il criterio della meritocrazia, a partire dalla scelta di manager e dirigenti;
- La riduzione di sprechi e sperperi, passando dagli interventi a pioggia a scelte e investimenti mirati, diretti a soddisfare le esigenze reali e concrete della popolazione;
- La riduzione dei costi della politica, partendo da una attenta verifica del sistema delle nomine, delle esternalizzazioni, degli appalti, delle consulenze, attraverso il quale viene realizzato un uso clientelare