

Mission: difesa dell'autonomia professionale e del Ssn

*Carlo Lusenti è il nuovo segretario nazionale del sindacato.
Presidente, Domenico Iscaro*

Difesa dell'autonomia professionale e della medicina pubblica. Sono questi i principi motori dei medici dell'Anaa Assomed che puntano con forza ad una rinnovata centralità del medico. Unico interprete della mediazione tra malato e malattia. Vero garante dell'efficacia clinica senza la quale non può esistere efficienza.

Riuniti in occasione del XX Congresso Nazionale dell'Associazione che si è tenuto a Genova dal 12 al 15 giugno dal titolo "Sempre con te per i tuoi diritti" hanno ribadito di non voler abbassare la guardia sui temi caldi della sanità.

A guidare le battaglie del sindacato per i prossimi quattro anni ci sarà un nuovo timoniere: **Carlo Lusenti**, 49 anni, di Reggio Emilia, direttore dell'Unità operativa di Urologia dell'ospedale di Cesena, è il nuovo segretario nazionale dell'Anaa Assomed, eletto all'unanimità dal XX Congresso Nazionale dell'Associazione.

Lusenti succede a Serafino Zucchelli, che ha conquistato la poltrona di Sottosegretario alla salute nel Governo Prodi.

E il rinnovo dei vertici del sindacato dei medici ospedalieri non si esaurisce qui: alla presidenza dell'Associazione è stato nominato il cinquantaseienne Domenico Iscaro, radiologo all'ospedale S. Giacomo di Roma.

La nuova guida non cambierà la linea e la strategia politico-sindacale dell'Anaa che, come ha assicu-

rato il neo segretario, proseguirà sul solco tracciato dai suoi predecessori.

L'agenda del sindacato è ricca di impegni. A stretto giro di posta, la categoria dovrà serrare le fila per ottenere i benefici contrattuali del II biennio economico che ha ricevuto il via libera del Governo proprio alla vigilia del congresso di Genova. E sempre nell'immediato dovrà risolvere i problemi legati alla scadenza dell'intramoenia allargata.

Sull'iter del II biennio economico del contratto di lavoro, che dopo l'ok del Consiglio dei Ministri dovrà essere esaminato dalla Corte dei Conti, l'Anaa non abbasserà la guardia: "Vigileremo, con la massi-

ma attenzione - ha detto Lusenti - affinché la liquidazione delle somme dovute possa avvenire entro il mese di luglio". Per la libera professione intramoenia negli studi privati, il cui termine scade il 31 luglio, il sindacato chiederà al Governo una proroga di almeno 5 anni "dal momento che le aziende hanno dimostrato di non essere in grado di approntare al loro interno strutture idonee per l'esercizio di questa attività".

E ancora, all'attenzione dei medici dell'Anaa ci sono poi Devolution, Governo clinico, Ordine professionale, rapporti con l'Università, l'ospedalità privata, e il territorio, il nuovo Ccnl, la tutela previdenziale, il rischio clinico ed altro ancora.

Tutti importanti capitoli dell'atti-

LA NUOVA SEGRETERIA ANAAO ASSOMED

Presidente:	Domenico Iscaro
Vice Presidente:	Enrico Cesareo
Segretario:	Carlo Lusenti
Vice Segretario Vicario:	Costantino Troise
Vice Segretari:	Giorgio Cavallero Giuseppe Montante Gianluigi Scaffidi
Segretario Amministrativo:	Giuseppe Ricucci
Segretario Organizzativo:	Bruno Zuccarelli
Componenti segreteria nazionale:	Massimo Alegiani Giampiero Benetti Salvatore Della Tommasa Alessandro Falzone Bruno Innocenti Mario Lavecchia Giulio Liberatore Leo Mencarelli Cosimo Napoletano Paolo Quondam

vità sindacale ai quali l'Associazione ha dato risposte nella mozione conclusiva del congresso di Genova (Cfr. pagine successive).

Ssn non solo spesa, ma opportunità di crescita economica

Tra le tante questioni portate all'attenzione della platea al XX Congresso nazionale dell'Anaa Assomed, hanno tenuto banco quelle relative al finanziamento del Ssn e alla sua gestione. Gestione alla quale i professionisti vogliono partecipare con un ruolo di primo piano.

L'Anaa Assomed chiede che vengano garantiti i Lea e non certo al ribasso; aumentati i finanziamenti per portarli tendenzialmente vicini alla media UE. Chiede di investire in sanità per rilanciare lo sviluppo del Paese avviando un piano di innovazione strutturale e tecnologico.

"Il Ssn non è solo un fattore di spesa, ma un'opportunità di crescita economica e un fattore di sviluppo" ha ricordato il Presidente dell'Associazione, **Domenico Iscaro** sulla scia dei dati emersi da uno studio della Confindustria, presentato nel corso della tavola rotonda "Medici, istituzioni, industria: un patto per investire nella sanità pubblica e promuovere l'economia del Paese" (Cfr. pagine successive).

Ecco perché, bisogna dire no, e con fermezza, ai tagli che in alcune realtà territoriali si stanno compiendo ai danni dei Lea per trasferire al volontariato e al settore del no profit le competenze più difficili, come tossicodipendenza, disabilità e cronicità.

La voragine dei conti in sanità, ha evidenziato Iscaro, è strettamente legata al crescere della spesa, cui non corrisponde quell'adeguato finanziamento che consentirebbe di mantenere un alto livello prestazionale. "La forbice fra finanziamento e spesa sanitaria si allarga - ha detto Iscaro -, e il primo è fermo da anni.

Ciò non ci consente di operare una reale politica di programmazione, anche negli ospedali. Bisogna dunque rivedere il sistema organizzativo delle Aziende sanitarie, che non riescono a funzionare e fare economia come si sperava, coinvolgendo i professionisti nella loro gestione. A poter decidere i percorsi diagnostico-terapeutici quindi non può essere più solo il dirigente dell'azienda che risponde al governatore regionale, ma è necessario che venga affiancato anche da un professionista medico e da strutture dipartimentali efficienti".

Insomma, ha aggiunto il Presidente dell'Anaa: "Noi medici siamo diventati presuntuosi: siamo convinti di poter svolgere un ruolo fondamentale nel governo della spesa.

Siamo, infatti, pronti a vincere la sfida tra risorse e servizi, consapevoli della nostra professionalità e disposti ad offrire qualsiasi collaborazione. E con il governo clinico vogliamo riaffermare il loro ruolo".

Sulla spesa sanitaria è intervenuto il ministro della Salute, **Livia Turco**, presente alla tavola rotonda su sanità ed economia: "Sarebbe inaccettabile - ha detto - che l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil tornasse indietro" rispetto ai livelli attuali.

Ma sulle disponibilità economiche per la sanità con la prossima manovra, il Ministro non ha voluto fare alcuna anticipazione. "Parlare al momento di cifre è prematuro - ha affermato - e andrebbe nella direzione contraria rispetto a quel bisogno di certezze da parte delle Regioni e delle istituzioni sanitarie che ritengo doveroso garantire". Ma di certo, per il ministro, nel Dpef non dovranno mancare le parole "investimento in sanità".

"Se la salute è un investimento e non solo un diritto - ha aggiunto Turco - servono larghe alleanze e ciò si traduce in regole istituzionali certe. Serve un governo unitario con le Regioni con un recupero della funzione nazionale per garantire

l'unitarietà del sistema. Ma per fare questo non servono vincoli e tetti".

In sostanza l'auspicio è quello di arrivare ad una finanziaria di rigore ma senza taglio alle cure. E la ricetta di Turco è quella di un forte monitoraggio sui dati, e la definizione di obiettivi certi.

Ma **Enrico Rossi**, assessore alla sanità della Toscana, consapevole della necessità di agire per il riequilibrio, ha chiesto, comunque, maggiori investimenti: "Serve spendere meglio - ha sottolineato nel corso della tavola rotonda - ma anche spendere di più".

"La lotta al disavanzo coincide a quella contro gli sprechi" ha sostenuto anche **Guido Riva**, presidente della commissione sanità di Confindustria durante la tavola rotonda organizzata dall'Anaa Assomed a Genova. Sprechi che nella sanità pubblica, secondo le stime di Confindustria, raggiungono il 15% della spesa, pari al totale del disavanzo del settore.

E quindi Riva ha indicato la rotta da seguire per uscire dall'impasse.

Un rotta che passa attraverso: lotta allo spreco, trasparenza contabile, recupero dell'efficienza gestionale, reingegnerizzazione del Ssn partendo dall'assistenza territoriale; ed anche attraverso la partnership con il privato, ma con una governance che deve rimanere al pubblico.

Risk management: "Serve una nuova normativa nazionale"

Altro tema caldo discusso nel corso di una tavola rotonda è stato quello del rischio clinico.

Unità di rischio clinico in tutti gli ospedali, depenalizzazione delle lesioni colpose, cartelle cliniche precise, potrebbero essere gli atout da giocare per migliorare la sicurezza negli ospedali e la tutela dei cittadini.

"Il Risk Management è una questione all'ordine del giorno negli ospedali di tutto il mondo - ha affer-

mato Carlo Lusenti -. Bisogna superare la logica del contenzioso che contrappone medico-paziente per un percorso che premi la sicurezza e non la medicina difensiva come sta avvenendo”.

Lusenti ha quindi suggerito di dare avvio ad una normativa nazionale che replichi le esperienze di unità di rischio clinico, avviate con leggi regionali in alcuni ospedali dell'Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte e Veneto. “Sono queste - ha sottolineato Lusenti - iniziative che aiutano a prevenire i rischi in tutto il complesso ospedaliero”.

Mentre per risolvere i contenziosi, sarebbe preferibile “favorire e rafforzare i canali extragiudiziali, le camere di conciliazione e gli arbitrati”.

Una delle maggiori criticità in tema di rischio clinico è anche quella della non corretta compilazione della documentazione sanitaria. “Le cartelle cliniche - ha affermato il sostituto procuratore della repubblica di Roma, Giuseppe Saieva - sono un atto pubblico, ma spesso sono anonime, non si trova traccia di chi è passato a fare che cosa presso un paziente, finisce così a giudizio un intero reparto. Ci vorrebbe invece una regolamentazione precisa sulla compilazione delle cartelle cliniche con delle sanzioni di tipo amministrativo”.

Contrattazione, cinque obiettivi da raggiungere

È il “disagio medico” la causa primaria del malessere professionale e della disaffezione dei medici dipendenti al proprio lavoro e al sistema aziendalistico. Per questo va combattuto avvalendosi dello strumento della contrattazione.

La strategia che l'Anaa Assomed metterà in atto, e già in parte avviata con il contratto 2002-2005, prevede il raggiungimento di cinque obiettivi generali.

Il primo è quello del miglioramento dell'organizzazione e delle condizioni di lavoro. Un obiettivo da centrare attraverso: la definizione puntuale ed esaustiva dei criteri generali del sistema di guardie e pronte disponibilità mediche negli ospedali e nel territorio; e l'individuazione della metodologia corretta per calcolare i volumi prestazionali nella contrattazione a budget di livello aziendale.

Secondo obiettivo: riduzione delle condizioni di rischio professionale attraverso l'introduzione di metodologie in grado di gestirlo. L'Anaa propone l'introduzione, attraverso il Ccnl, di norme che rendano obbligatorio per le Aziende e per i medici dipendenti l'introduzione di procedure di gestione del rischio professionale.

Il terzo obiettivo riguarda la pro-

mozione della qualità professionale raggiungibile contrattualmente implementando nel Ccnl il peso della formazione professionale e l'obbligatorietà per le Aziende ed i medici di perseguirla.

Quarto obiettivo: la gratificazione della professionalità medica indipendentemente dagli incarichi gestionali affidati, attraverso l'affermazione della carriera professionale orizzontale da affiancare alla già esistente carriera gestionale verticale.

Quinto ed ultimo obiettivo è quello del mantenimento del potere e del ruolo della contrattazione nazionale e il potenziamento del ruolo contrattuale regionale.

L'intenzione del sindacato è in sostanza quella di ridurre la debolezza del livello aziendale di contrattazione. E questo è raggiungibile attraverso l'ulteriore potenziamento del livello nazionale ed il rafforzamento di quello regionale di confronto, atto ad omogeneizzare le scelte applicative aziendali e ad introdurre elementi di specificità regionali. Ma per evitare però che eventuali derive di tipo federalista e verso la devoluzione possano tentare di utilizzarlo per disgregare l'unità del Ccnl ed aumentare la disomogeneità attuativa, un punto dovrà essere ben chiaro: il livello regionale non avrà alcuna autonomia normativa rispetto a quello nazionale. ■

INTERVISTA ASI A CARLO LUSENTI, SEGRETARIO NAZIONALE DELL'ANAAO ASSOMED

“Ricostruire un clima di fiducia”

“Fiducia” è questa la parola d'ordine di Carlo Lusenti. Per il neo segretario dell'Anaa Assomed occorre che i cittadini consolidino il rapporto di fiducia con i medici, e che i medici riacquistino fiducia nel loro ruolo. Ed anche che si fidino sempre di più dell'Associazione che guiderà per il prossimo qua-

driennio. E dal momento che non nasconde il suo ottimismo “costituzionale”, c'è da scommettere che la sua sarà una strada in discesa, nonostante gli ostacoli che potrà trovare nel suo cammino.

ASI. L'Anaa Assomed è in un momento particolarmente felice:

Amedeo Bianco alla presidenza della Fnomceo, Serafino Zucchelli al Ministero in veste di Sottosegretario. Sarete in grado di continuare a mantenere un comportamento super partes, o il rischio di un “appiattimento” è in agguato?

Lusenti. Le posizioni “conquistate” dall'Anaa sono il frutto del lavoro

che l'Associazione ha condotto in questi anni. Un lavoro che paga perché svolto con coerenza. Insomma, ritengo che tutto questo non sia accaduto per caso. Anzi, testimonia il valore delle scelte fatte e delle persone che le hanno attuate e ci spinge ad affermare che dobbiamo procedere sul solco di quanto tracciato in questi anni. Il rischio di perdere le nostre capacità critiche è sempre in agguato. Ma ci batteremo perché questo non avvenga: l'autonomia che ci ha fin ora contraddistinto continuerà, infatti, ad essere il nostro punto di forza.

ASI. Il II biennio economico è finalmente in dirittura d'arrivo ed entro le prossime settimane si potrà scrivere la parola fine all'infinita vertenza contrattuale. Si apre ora una nuova stagione contrattuale che la vedrà in prima linea. Cosa bisogna cambiare e quali sono gli obiettivi che intende perseguire?

Lusenti. In primis, ritengo che le attuali modalità di contrattazione debbano cambiare. Non reggono più. Come dovranno mutare, lo si deciderà di concerto con le Regioni ed i ministeri della Salute e della Funzione Pubblica. Credo comunque che non esistano soluzioni pre-costituite da applicare al mondo della dirigenza.

Sono in particolare due i temi già sul tavolo pronti per essere affrontati. Il primo è quello dell'indennità di esclusività. Il suo valore attuale non è più adeguato al tipo di scelta che noi difendiamo. All'epoca è stato pattuito un valore economico assoluto fuori dalla massa salariale e senza adeguamenti all'inflazione programmata. È quindi un'indennità ferma all'anno in cui è stata introdotta e cioè nel 1998. Penso che questo non sia più tollerabile, va quindi ricontrattata. Anche in questo caso i modi verranno definiti insieme alla controparte. Una soluzione potrebbe essere quella di inserirla nella massa salariale affinché possa essere rivalutata in base all'inflazione,

oppure lasciarla fuori dalla massa salariale ridefinendone il valore assoluto.

ASI. Non sarebbe invece il caso di rimodulare l'indennità in base a reali meriti dei medici anziché darla a pioggia?

Lusenti. Penso proprio di no. L'indennità valorizzava una scelta, non risarciva un mancato guadagno. Ritengo quindi che debba conservare la sua struttura attuale, ma con valori diversi. Anche perché strumenti premianti per soddisfare il differente livello di responsabilità, impegno e produttività nel nostro contratto non mancano assolutamente. Basta solo saperli applicare.

ASI. Seconda questione sul tappeto....

Lusenti. Nella recente tornata contrattuale abbiamo avviato la progressione orizzontale, ossia, utilizzando il linguaggio adottato nei tavoli contrattuali del comparto abbiamo introdotto, i cosiddetti "gradoni". Attualmente la nostra carriera ha uno sviluppo verticale caratterizzato dal raggiungimento delle varie responsabilità gestionali, che non premiano però la professionalità di tutti i medici. Per soddisfare questi professionisti, in qualche modo "dimenticati" abbiamo introdotto uno scatto economico ai quindici anni di carriera legato ad una verifica che riconosce un quantum peraltro modesto. Ma questo è stato un avvio "gracile" perché legato a risorse modeste, e non condiviso dall'Aran e dalle Confederazioni contrarie a riconoscere questo meccanismo.

Ma l'idea di base continua ad essere buonissima, e soprattutto intercetta un'esigenza forte della categoria. Il nostro prossimo obiettivo è quindi quello di perfezionare questo meccanismo tracciando fino in fondo uno sviluppo orizzontale per riconoscere le professionalità crescenti legandole naturalmente a verifica. Non vogliamo, infatti, alcun automatismo. Chiediamo un livello

salariale proporzionale allo sviluppo crescente delle competenze professionali verificate ogni 15 e 20 anni, secondo normativa che sarà oggetto di contrattazione.

ASI. Ma queste verifiche rimarranno solo sulla carta o saranno realmente attuate?

Lusenti. Il lavoro del medico è permeato dalla cultura della verifica.

Non c'è medico ospedaliero titolare di un incarico che non sia soggetto a verifica. Noi siamo "esaminati" annualmente per il raggiungimento degli obiettivi di budget ai quali è correlato lo stipendio di risultato, e per la nostra professionalità alla scadenza degli incarichi siano essi quinquennali o triennali.

Sicuramente, il meccanismo della verifica sconta in alcune realtà qualche problema di attuazione. Ci sono moltissime Aziende che hanno costruito un sistema particolarmente efficiente ed adeguato con verifiche di prima istanza ed autovalutazioni. Ci sono però anche Aziende che pur condividendo questa cultura sono rimaste indietro. Ecco perché ritengo sia necessario insistere nel percorrere la strada della best practice.

ASI. Continuerete a percorrere anche la strada dell'unitarietà su fronte sindacale della dirigenza?

Lusenti. Sposo in pieno l'esigenza di mantenere il maggior grado possibile di unità della categoria, incentivandola sempre di più. Bisogna quindi costruire delle condizioni di consultazione permanente per ricercare, sempre, un minimo comune denominatore con i sindacati della dirigenza medica. Ma occorrerà trovare un punto d'incontro anche con le organizzazioni sindacali delle altre categorie mediche, affinché territorio e ospedale inizino veramente ad interagire. Bisognerà stringere una sorta di patto di consultazione con i sindacati della convenzione per trovare un terreno comune di confronto. ■