

Intervista a Carlo Lusenti, Segretario Nazionale dell'Anao Assomed

Il lungo cammino del rinnovamento della Sanità: è stato fatto un passo nel deserto

L'intramoenia, il rinnovo del contratto dirigenziale, il difficile rapporto fra Università e Ssn al centro dei ragionamenti del leader sindacale

«L'esclusività di rapporto è per noi una scelta indiscutibile, di maggior impegno in ospedale, d'investimento professionale completo nel lavoro ospedaliero. Discutiamo non del concetto in se, ma dei modi attraverso i quali ai medici che scelgono il rapporto di esclusività, a tutt'oggi il 95%, viene consentito l'esercizio reale del diritto di svolgere la libera professione». Questo il focus del problema libero-professionale secondo Carlo Lusenti, Segretario nazionale dell'Anao-Assomed che, intervistato da Panorama della Sanità, spazia a tutto campo sui temi più attuali della sanità.

Qual è, dunque, la vostra posizione sulle scelte operate in tal senso dal Ministro Turco?

Il Ministro dice le stesse cose, letteralmente. È un diritto. Il dunque sta sul come si rende esigibile tale diritto. Dove non c'è la possibilità di convenzionare, di affittare dei poliambulatori, bisogna usare un metro locale e ragionevole affidando alle singole regioni che hanno il polso della situazione, che conoscono il loro territorio, che sanno di quali strutture possono disporre, la scelta di qua-

- **Intramoenia: rendere davvero esigibile il diritto della libera professione, con un occhio alle realtà locali e la rivalutazione dell'indennità d'esclusività**
- **I medici pagano per tutta la vita professionale il gap iniziale di quando si è specializzando, ossia professionisti a basso prezzo**
- **Rinnovare i contratti in ritardo demotiva e toglie senso d'appartenenza allo Stato**

li strutture utilizzare e in che tempi farlo. Compresa la possibilità di servirsi di ambulatori privati. Affermare un medesimo standard, che deve vigere in realtà così diverse, creerebbe maggiori problemi di quelli che risolverebbe, perciò noi spingiamo per lasciare alle singole regioni l'applicazione del principio, non la scelta del principio, ma solo la sua applicazione. Il Ministro, nel suo intervento alla nostra conferenza organizzativa, ha ribadito più volte che c'è la volontà di riconoscere questo diritto e di ritrovare insieme, questa è la parola che ha speso più ripetutamente, insieme

alle regioni ed alle organizzazioni sindacali, le soluzioni più idonee. Io penso che questa sia una posizione accettabile e, se si lavorerà assieme, seguendo le modalità indicate dal Ministro, si potrà trovare una soluzione a questo che è un problema esclusivamente gestionale, su cui nessuno penso voglia fare delle guerre.

L'esclusività si regge su due presupposti: il primo è rendere il diritto esigibile nei fatti, o non si tratta di un diritto vero. Ma l'esclusività è anche un contratto in cui io riconosco di avere un rapporto esclusivo con il mio datore di lavoro. Questa scelta era remunerata, nel 1999, con una certa cifra ebbene, questo matrimonio, dopo otto anni va rivalutato: questo è l'altro presupposto, la rivalutazione dell'indennità d'esclusività.

Il Decreto Bersani, che è l'ennesima proroga di una serie di Decreti a partire dal 2001, estende il regime vigente fino al 31 luglio del 2007. Il Ministero ha affidato alle regioni, a metà dicembre 2006, un compito fatto di due tempi. Entro il 31 gennaio, quindi è già scaduto il termine, le regioni dovevano predisporre dei

piani regionali per fotografare la situazione attuale e dire in che direzione ogni regione può muoversi. Nella fase successiva, entro il 28 febbraio 2007, da questi piani regionali dovranno discendere i piani aziendali. Abbiamo scritto al Ministro il 5 febbraio scorso per sapere a che punto siamo; così, analizzando i dati pervenuti, saremo in grado di valutare se il piano sta andando avanti e costruiamo assieme al Ministro una soluzione realistica che tenga conto delle differenze che ci sono in questo Paese.

Tutto ciò si riflette come e in quale misura sui temi del governo clinico?

Intanto direi di smetterla di chiamarlo "governo clinico" ed anche "governance". Sono favorevole ad usare l'espressione del Ministro nel suo documento: "ammodernamento". L'organizzazione del Ssn è una cosa complessa ed i cambiamenti del mondo sono rapidissimi. In questo contesto la Legge 229/99 ha indubbiamente bisogno di manutenzione ordinaria e straordinaria. Usare termini anglosassoni che facciamo fatica ad utilizzare è solo un esercizio inutile, visto che di ammodernamento, adeguamento e necessarie variazioni si parla per aggiustare e far funzionare meglio ciò che c'è,

Carlo Lusenti, Segretario Nazionale dell'Anaa Assomed



non per mutare le radici. Il tema fondamentale che pone questo provvedimento è dare, all'interno del sistema delle aziende sanitarie, un ruolo rinnovato alla cultura clinica, quella che i medici imparano fin dai primi giorni della loro formazione. Ci sono stati diversi incontri e la presentazione di documenti su cui tutte le organizzazioni sindacali hanno presentato le loro osservazioni. Ora attendiamo una prima bozza di documento per correggere la rotta ed inserire dentro la struttura organizzativa delle aziende sanitarie delle dosi importanti di cultura professionale e clinica.

Porta la data del 2 febbraio scorso l'approvazione del Disegno di Legge per favorire l'integrazione fra Università e Ssn. Si può dire che siamo ad un punto di svolta cruciale o l'obiettivo è ancora lontano?

Un primo passo è stato fatto, un passo difficile, il primo di un cammino lunghissimo, direi un passo nel deserto. In questo Disegno di Legge, di cui non abbiamo il testo letterale, si afferma che i sette Policlinici a gestione diretta, da Roma in giù, devono diventare aziende integrate. Questo però lo diceva già sette anni fa il D.L. 517 quindi, in sette anni, nulla di fatto. E questa è una prima cosa da rilevare. Altra annotazione da fare è che il nuovo D.L. asserisce che il precedente 517 è valido realmente e questa, francamente, appare una cosa un po' bizzarra. È curioso, cioè, che in Italia bisogna fare delle leggi per dire che altre leggi, che già esistono da tempo, hanno valore ma, con l'Università di mezzo, non bisogna stupirsi di niente. Il Disegno da anche validità al Dpcm Amato e qui già c'è più sostanza perché dopo la modifica del Titolo V della Costituzione ribadirlo ha una reale importanza. Cose utili, quindi, se mai verranno applicate, visto che abbiamo tante

disposizioni che restano sulla carta, che fanno fare un passo avanti nella direzione giusta, che è la direzione dell'integrazione.

Resta comunque moltissimo da fare e questo non è un obiettivo sindacale; noi lo assumiamo perché fa parte delle cose di cui un grande sindacato che rappresenta migliaia di medici ospedalieri si deve interessare ma, come vengono formate le nuove generazioni di medici in Italia, come funzionano i più grandi ospedali italiani affidati all'Università, queste sono cose che devono interessare non solo noi ma tutti i cittadini e la politica. Gli scandali di oggi c'erano, identici, cinquant'anni fa. C'è un'impermeabilità del mondo dell'Università e della Facoltà di Medicina, alle leggi di questo Paese. Il che è abbastanza inquietante.

Nei giorni scorsi avete preso una posizione molto forte a favore degli specializzandi e contro le Università che avete definito "autoreferenziali". Può esplicitare meglio il problema e illustrare le vostre iniziative in tal senso? L'attuale formazione professionale, sia universitaria sia quella coinvolta nel più generale progetto ecm, è, a suo giudizio, consona alle esigenze del Ssn? O piuttosto esiste un forte scollamento fra università e lavoro?

C'è sì ed è forte. Il mestiere del medico, in ospedale in particolare, è fatto di una tal competenza nel saper fare, che non è solo il sapere teorico. Esso, infatti, non può prescindere da una pratica e una formazione sul campo che solo la rete degli ospedali può garantire. Se i medici e gli specializzandi continuano a restare solo dentro le mura dell'università, e questo è già sotto gli occhi di tutti, arrivano a 32/35 anni senza avere l'autonomia necessaria per fare il medico in ospedale. Insomma, fuori dalle aule e dentro gli ospedali. S'impara a fare il medico mettendo le mani sui pazienti, non facendo il codazzo in una

corsia dietro un professore, ne' restando seduti sui gradini di un'aula per 15 anni, perché così il medico non lo ha mai imparato a fare nessuno. Poi c'è un altro aspetto che ci tengo a sottolineare nella questione formativa. C'è un altro scollegamento enorme e di cui si ha poca consapevolezza. Chi decide di quanti e quali professionisti c'è bisogno? Lo saprà bene chi gestisce il Ssn, invece a deciderlo è l'università in modo del tutto indipendente dal fabbisogno, solo in base alle proprie esigenze e disponibilità del corpo docente. Poi ci accorgiamo dell'effetto finale: ci sono le liste d'attesa, per mille motivi certamente, ma uno di questi è che non ci sono abbastanza professionisti in alcuni settori e c'è un inutile abbondanza in altri. Questo è un altro aspetto del problema che non riguarda strettamente i medici ospedalieri ma ben più ad ampio raggio, l'intero Paese. Gli specializzandi, in Italia, sono studenti a vita a cui vengono date quattro lire e nessuna copertura previdenziale. Il contratto, seppur previsto da una normativa

europea da noi recepita e teoricamente applicato, di fatto non esiste e gli specializzandi continuano ad essere manodopera specializzata a bassissimo prezzo. Stiamo parlando di medici, non di studenti. Parliamo di laureati dopo un corso di sei anni, iscritti agli Albi professionali, che hanno sostenuto l'esame di Stato, dottori a tutti gli effetti che si dedicano ad un'ulteriore periodo di 5 anni di formazione specialistica e che investono risorse, anche economiche, ingentissime, per mettere la loro professionalità a disposizione dell'assistenza sanitaria di questo Paese ove si entra in ospedale a 35 anni e a 50 si è già stufi, senza una prospettiva di carriera. E tutto questo dipende dal "peccato originale", da questo gap iniziale che si paga per tutta la sua vita professionale.

L'ultimo contratto della dirigenza pubblica è stato sottoscritto ben dopo la sua scadenza. Per l'occasione Lei ribadì che "l'iter che ha portato alla conclusione di questo biennio conferma ancora una volta la necessità di modifi-

care i meccanismi di contrattazione per poter ovviare ai ritardi con cui si giunge alla definizione del Ccnl", proponendo uno snellimento delle procedure vigenti e dei ritardi della politica. Voce di uno che grida nel deserto?

Scontiamo un atteggiamento molto farraginoso e lento che tocca noi ma anche tutti gli altri dipendenti della pubblica amministrazione. È un immobilismo e una lentezza che hanno uno storico affermato, ieri come oggi. Anche questo è un problema grave che non riguarda solo gli addetti ai lavori, i quali, vedendo e percependo che la pubblica amministrazione regola il loro rapporto di lavoro con anni di ritardo, ricava da ciò il giudizio che il loro lavoro e il loro ruolo generano un interesse modesto nello Stato. Di sicuro, per questi professionisti, è assolutamente palpabile il segno negativo sulla motivazione e sul senso di appartenenza. È dunque un problema che va al di là dei vari governi che si succedono e tocca direttamente il senso dello Stato che in Italia è, diciamo, ancora un po' burocratico e "borbonico".

F.C.