

In vista del confronto tra ministero e Regioni i rappresentanti delle categorie scendono in campo

«Il Patto va scritto insieme a noi»

Sindacati, imprese e operatori in coro: le nuove regole devono essere condivise

Un vero Patto va stretto non solo tra Governo e Regioni, ma anche con chi la Sanità la vive tutti i giorni sul campo. Questo il senso comune degli interventi di sedici rappresentanti di tutte le categorie che operano nel Ssn, dai medici agli infermieri, dalle imprese di settore alle associazioni dei direttori generali.

E un'altra richiesta è comune a tutti: che nel nuovo Patto non si abdichi alle esigenze dell'economia, mettendo a rischio la qualità del sistema che con altri tagli (le Regioni ne calcolano già per 17 miliardi) è messa in serio pericolo. Poi, una raffica di richieste

e percorsi mirati. Per ciascuna categoria coinvolta sono una priorità e possono comunque essere molto utili a Regioni e ministero per capire il clima che, una volta definito l'accordo 2013-2015, si troveranno ad affrontare.

Il leitmotiv delle richieste ruota intorno a quattro cardini: ticket, farmaci, ospedale e territorio, che ognuno declina secondo esigenze diverse ma che nel Patto dovranno trovare una soluzione in grado di non scontentare nessuno. Altrimenti che Patto è? Sostengono sindacati, imprese e operatori.

A PAG. 2-6

2 PRIMO PIANO

Sanità

14-20 febbraio 2012

COSTANTINO TROISE (Anao Assomed)

«Non c'è accordo se non si ascoltano i medici»

Un nuovo Patto per la salute non può limitarsi a un incontro istituzionale. La sostenibilità non solo economica del Ssn richiede un vero patto sociale che recluti le intelligenze e le competenze dei professionisti agli obiettivi di garantire «la qualità dei servizi, l'appropriatezza, la riorganizzazione e la riqualificazione» enunciati dal presidente Errani.

Un'attenzione particolare va riservata ai pilastri di inefficienza e spreco (il cui recupero vale circa 2 miliardi) compresi i costi della politica in Sanità, diretti e indiretti, evitando rinvii sine die delle azioni da mettere in campo per disegnare l'ennesima riforma imperfetta. Si continua a parlare di revisione dei Lea, ma senza tempi e contenuti certi, anche se il disavanzo tra risorse e bisogni certo si ridurrebbe se si avesse il coraggio di agire su tale capitolo. Sulla razionalizzazione della rete ospedaliera giungono proposte sulla chiusura/ri-

conversione dei piccoli ospedali che non sciogliono il problema della competenza a operare, visto che rimane in capo alle Regioni che, però, senza un patto sancito dinanzi al Governo, difficilmente metteranno a rischio il consenso elettorale. La previsione di una ulteriore diminuzione dello standard di posti letto non tiene conto dell'andamento epidemiologico e demografico del Paese nonché del fatto che, al di là dei buoni propositi, l'ospedale rimane l'unico presidio a completa disposizione della domanda di salute dei cittadini e l'ultimo taglio di posti letto apre ai posti-barre che violano la dignità dei cittadini mettendo a rischio la sicurezza delle cure e degli operatori. Gli stessi standard minimi di personale sono appena nominati, e nes-

suno ha il coraggio di affermare che non si può fare a meno di medici e infermieri. La medicina ospedaliera non riceve la stessa attenzione delle cure primarie e il capitolo sul personale dipendente è la par-

te più deludente. Per le risorse umane, il capitale sociale più prezioso delle aziende, ci si limita a promettere mobilità forzata, obbligo di dimora, attacco ai fondi contrattuali, cunei giuridici, revisione dell'assetto delle strutture semplici e complesse come se il risparmio di 9.000 euro l'anno per ogni primario abolito risolvesse i problemi del Ssn e non producesse una riduzione di legittime aspettative di carriera. Non manca una non velata minaccia di thank-shifting a favore di professioni sanitarie non mediche. Ma ciò che è più grave è l'indifferenza per le condizioni di lavoro e i livelli economici di una categoria già spogliata dalle manovre economiche e l'assedio ai fondi della contrattazione integrativa, creati da disposizioni e risorse dei Ccnl, laddove esistono, diventa un natura-

le corollario del blocco quinquennale del contratto nazionale.

Una aggressività che scompare di botto allorché si va a delineare il rapporto con l'Università, ove si enunciano azioni già possibili a normativa vigente e non si spiega perché non si fa niente.

Se il Patto per la salute non si traduce in un nuovo compromesso sociale tra Stato e professionisti e se Stato e Regioni non aprono linee di confronto e di credito con loro, anche in un'ottica di scambio di cambiamenti con cambiamenti, i risultati saranno prevedibilmente scarsi e la Sanità continuerà a rincorrere di manovra in manovra le ragioni della propria sopravvivenza acuendo il disagio dei cittadini.

Il patto deve rappresentare una politica della salute che sia innanzitutto una politica "per" la salute.

© ANAEO ASSOMED