



MOZIONE DEL XXIII CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

Il Congresso Nazionale Anaa Assomed tenutosi ad Abano dal 17 al 21 giugno 2014 si riconosce nella relazione del Segretario Nazionale dott. Costantino Troise e negli interventi dei delegati che, nel loro insieme, hanno evidenziato le criticità della sanità pubblica che aggravano le condizioni di lavoro dei professionisti e minacciano i principi fondamentali di uguaglianza, solidarietà ed universalismo del SSN.

In un Paese nel quale si contano oltre 8 milioni di cittadini sulla soglia di povertà e milioni di giovani alla ricerca di prima occupazione (46%), la sanità pubblica, nonostante che la spesa sanitaria sia cresciuta negli ultimi anni al di sotto della media europea e che la spesa per la non autosufficienza ed invalidità per anziani disabili sia la metà della spesa pro capite di Regno Unito e Francia, continua a svolgere una inestimabile funzione di ammortizzatore sociale e di coesione sociale. Il defianziamento del sistema e la sostenibilità economica, declinato nella unica ed esclusiva forma del contenimento della spesa, hanno determinato tagli lineari e vuoti assistenziali, al punto che oggi solo dieci regioni garantiscono i LEA. La crisi ha accentuato gli squilibri tra regioni più ricche e regioni più povere, ha prodotta forme di migrazione sanitaria, ha frantumato la rete dei diritti al punto che il diritto della salute diventa una variabile del luogo di residenza.

In questo contesto l'abbattimento del costo del personale dipendente (-3% nel 2010-2012, ulteriore -1,1% nel 2013) diventa il principale obiettivo delle politiche sanitarie. Nella governance delle aziende sanitarie i medici ed i dirigenti sanitari perdono l'identità di professionisti per essere assimilati a fattori produttivi da utilizzare in base a pure logiche economicistiche. Le risorse umane diventano un costo da abbattere, un numero complessivo di unità da ridurre, trasferendo competenze verso figure professionali a minor costo o prefigurando soluzioni programmatiche e legislative che, negando il ruolo di dirigente, riportano indietro nel tempo i medici ed i dirigenti sanitari verso contratti a minor costo oggi non più praticabili e tollerabili.

La questione medica rimane ancora oggi un problema irrisolto, sostenuto da un disagio professionale figlio di un continuo processo di delegittimazione che vede i medici ed i sanitari sempre più marginalizzati e costretti in matrici organizzative che il più delle volte trascurano le competenze e mortificano la passione. Cresce il contenzioso medico-legale alimentato da comportamenti opportunistici e da falsi miti, aggravato dal ritardo di provvedimenti legislativi che riscrivono le norme sulla colpa necessarie ad un diverso inquadramento giuridico della responsabilità medica. Servono nuove soluzioni, quali il passaggio ad un sistema assicurativo no fault, svincolato dalla necessità di provare le responsabilità, una innovativa visione del problema che ponga il tema degli eventi avversi come parte costitutiva dei LEA, la cui responsabilità è ricondotta agli stessi soggetti cui la costituzione pone l'obbligo di garantirli a tutti i cittadini.

Il blocco del turn-over ha prodotto vuoti nelle dotazioni organiche, costringendo i medici e i dirigenti sanitari a ritmi e turni di lavoro il più delle volte insostenibili, con grave pregiudizio della qualità e sicurezza delle cure, obbligandoli a milioni di ore aggiuntive, quasi sempre non retribuite e non



recuperabili, a mancati riposi ed a ferie non godute. Come effetto collaterale si è andato ampliando il numero di medici e sanitari disoccupati e precari, una intera generazione di giovani respinta o relegata dopo 11-12 anni di formazione in contratti di lavoro atipici che negano i diritti fondamentali del lavoro. Non è pensabile una riorganizzazione del sistema sanitario senza la premessa della fine del precariato, ed è questo il nostro punto di partenza.

Il blocco del contratto, che dura ormai da cinque anni senza nessuna prospettiva di rinnovo a breve, ha comportato una riduzione del potere di acquisto delle retribuzioni pari al 20%. La sistematica negazione della normativa contrattuale perseguita dalle amministrazioni regionali ed aziendali, ha contribuito ad aggravare le condizioni di lavoro creando un clima di sfiducia e di rabbia nella categoria. E' indispensabile ritrovare certezze nel rispetto delle norme, a partire dal meccanismo di progressione di carriera che deve essere liberato dalle ingerenze della politica e che deve essere centrato esclusivamente sul merito. E' necessario arrivare al più presto alla definizione delle aree contrattuali ed aprire una nuova stagione contrattuale che consenta una diversa configurazione del mondo del lavoro sanitario, aggiornando norme ed organizzazione, creando le premesse indispensabili al cambiamento.

I ritardi della politica sanitaria si misurano principalmente nei ritardi di organizzazione della rete ospedaliera e territoriale. L'unico obiettivo costantemente perseguito come filo conduttore di programmazione e spending-review è stato l'abbattimento della dotazione dei posti letto. Gli ospedali hanno perso in 10 anni oltre 70.000 posti letto, raggiungendo un rapporto per abitante che si pone ben al di sotto della media europea. L'allungamento delle liste di attesa ed il sovraffollamento dei PS, principali conseguenze di questa politica recessiva, sono diventati un dramma quotidiano che famiglie e medici devono affrontare in assoluta solitudine, il più delle volte su fronti opposti, tra incomprensioni che alimentano il contenzioso medico-legale ed incrinano il rapporto medico-paziente. Il trasferimento delle risorse dall'ospedale al territorio, intesa generalmente come la unica forma di programmazione e di riorganizzazione delle cure in risposta alle transizioni demografiche ed epidemiologiche, trascura che gli anziani sono prevalentemente polipatologici e soggetti a facili instabilità cliniche che il più delle volte rendono necessario il ricorso all'ospedale.

I ripetuti interventi legislativi che a partire dal 2010 hanno interessato la Pubblica Amministrazione (blocco delle retribuzioni, blocco del turn-over, riforma delle pensioni ecc.) hanno colpito indiscriminatamente anche la Dirigenza medica e sanitaria, disconoscendo la sua natura di dirigenza specificatamente tecnico-professionale. Una dirigenza con una identità giuridica caratterizzata da un duplice profilo, da un lato quello di dipendente per la sua collocazione nel pubblico impiego e dall'altro quello di dirigente per le sue specifiche funzioni di gestore ed ordinatore di spesa. La frustrazione prodotta dal mancato riconoscimento del valore e del significato della Dirigenza medica e sanitaria non deve tradursi in un chiamarsi fuori per dedicarsi alla purezza della professione, lasciando ad altri la responsabilità della gestione. Nell'attesa di individuare diverse collocazioni giuridiche (categoria speciale, rapporto di convenzione) è preferibile rivisitare, con presupposti più coerenti con la natura peculiare del sistema salute, il carattere di dirigenza speciale delineato dall'art. 15 del Dlgs 502/92 e sm. rafforzandone tutti quei caratteri di autonomia che rendono peculiare la funzione sanitaria sia nel profilo professionale che gestionale.



La formazione medica è diventata una vera emergenza nazionale che non può essere affrontata senza mettere in discussione il ruolo della Università che continua a considerarsi una variabile indipendente del sistema, estranea ad ogni progetto di riorganizzazione. Il sistema formativo pre-laurea sconta ritardi di competenze professionali e quello post-laurea è condannato al “collo di bottiglia” nel quale restano prigionieri migliaia di neolaureati che non avranno accesso alla formazione specialistica e a quella della medicina generale, requisiti legislativi necessari per l’accesso al lavoro nel SSN. Una formazione post-laurea che è sottratta agli ospedali, a differenza di quanto accade nel resto di Europa, finalizzata agli interessi della Università piuttosto che a quella del futuro medico specialista, sganciata da una rigorosa programmazione dei bisogni formativi. E’ indispensabile accorciare il tempo della formazione post-laurea per favorire un ingresso precoce nel mondo del lavoro assicurando in questo modo un dignitoso futuro previdenziale ai giovani medici. Ma è assolutamente inaccettabile che tale soluzione si accompagni ad un loro inquadramento contrattuale nell’area del comparto trasformando i medici in maxi infermieri, una riserva indiana di lavoro flessibile ed a basso costo.

Il XXIII Congresso Nazionale Anaa Assomed mette al centro delle proprie rivendicazioni il lavoro ed il valore intrinseco del sapere e del saper fare. Il lavoro arricchito dall’autonomia professionale e dalla responsabilità. Il lavoro come diritto a difesa di altri diritti, in una congiunzione che lo trasformi nel più grande e potente fattore di cambiamento della storia.

I LEA sono i professionisti che rivendicano dignità e diritti. I LEA siamo noi, siamo noi che facciamo la differenza tra la vita e la morte, tra malattia e salute e senza di noi non è possibile il rilancio del SSN.

Il XXIII Congresso Nazionale Anaa Assomed chiama i medici ed i dirigenti sanitari italiani a mobilitarsi intorno a parole d’ordine che diano senso e forza alle nostre future battaglie:

- 1) Contratto subito come strumento di governo.
- 2) Legge sulla responsabilità professionale.
- 3) Lotta al precariato ed al blocco del turn over.
- 4) Cambio del sistema formativo recuperando il ruolo professionale del SSN.
- 5) Valorizzazione del lavoro di medici e sanitari che danno contenuti professionali ai riferimenti normativi del diritto alla salute.

Il XXIII Congresso Nazionale Anaa Assomed impegna i gruppi dirigenti eletti a tutti i livelli nel perseguire questi obiettivi continuando a reclutare energie ed intelligenze di giovani e donne cui affidare il compito di coltivare la nostra passione civile in difesa dei cittadini e delle nostre professioni.