

TESI CONGRESSUALE

LO STATO GIURIDICO, IL RAPPORTO DI LAVORO DELLA DIRIGENZA SANITARIA E LA RIFONDAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

- Il Titolo V
- La farsa dell'aziendalizzazione
- Stato giuridico e rapporto di lavoro propriamente detto

a cura di

GIORGIO CAVALLERO
ELEONORA ALBANESE
CLAUDIO AURIGEMMA
ANNA MARIA
MAZZELLA
ALBERTO SPANÒ

L'idea di un sistema sanitario pubblico e universalistico è in pericolo nel nostro Paese nonostante sia ampiamente dimostrato che rappresenti il sistema più efficace, efficiente, equo ed economico. Lo dimostrano i risultati in termini di aspettativa di vita, di copertura della popolazione ed il paragone con gli Stati che ne sono sprovvisti, a partire dagli USA, dove la spesa per la salute è almeno doppia rispetto alla nostra, nonostante larghi strati della popolazione siano esclusi dall'assistenza pubblica.

Tuttavia in Italia l'idea del SSN, nato su richiesta quasi unanime, anche per sostituire il sistema precedente mutualistico irrimediabilmente fallito ed insostenibile sul piano economico e sanitario, sta pericolosamente arretrando.

A ridimensionare pesantemente il sistema sanitario pubblico italiano hanno contribuito alcuni provvedimenti legislativi ed economici che hanno configurato una vera propria controriforma sanitaria.

IL TITOLO V

La riforma del titolo V della Costituzione ha sancito lo smembramento del SSN in 21 servizi sanitari regionali in un Paese notevolmente diseguale per reddito nelle diverse Regioni. Si è ampliata la divaricazione tra Regioni ricche, che rivendicano sempre maggiore autonomia come dimostrato da iniziative referendarie locali e da protocolli di autonomia, e la maggioranza del Paese.

Si contraddice il dettato della prima parte della Costituzione.

Si è creata una inaccettabile differenziazione dei servizi che ha prodotto nel tempo significative differenze nell'aspettativa di vita (l'OMS ribadisce che il finanziamento dei sistemi sanitari pubblici è il primo fattore che determina l'aspettativa di vita delle popolazioni)

Si è creato un ruolo delle Regioni improprio che gestiscono, ma non contribuiscono: dei veri e propri intermediari finanziari che acquisiscono le risorse esclusivamente dallo Stato centrale riversandole sui servizi e talora distogliendole dalla sanità. Ogni Regione peraltro gestisce a propria discrezione il sistema creando disuguaglianze intollerabili tra i servizi resi ai cittadini. Anche in materia contrattuale svolgono un ruolo di mera mediazione tra i finanziamenti e le regole centrali e gli operatori che si trovano di fatto con due datori di lavoro.

L'assenza di un ruolo centrale (l'ultimo piano sanitario nazionale risale al 2006 l'ultimo no-

menclatore dei LEA al 1999) conferisce alle Regioni poteri spesso esorbitanti da cui nascono abusi inaccettabili.

I processi di riforma e di adeguamento del SSN richiedono accordi Stato-Regioni con infinite trattative ed esiti incerti e differiti.

Anche i contratti di lavoro sono di seconda mano, successivi non solo alle legge di bilancio, ma anche successivi ad una trattativa Stato-Regioni.

Le autonomie delle singole Regioni impediscono una politica unitaria della Conferenza delle Regioni e l'accorpamento delle funzioni sanitarie, i confini regionali sono diventati ancora più forti.

L'autonomia ha moltiplicato i poteri e gli attori ed i tagli al finanziamento hanno esasperato il conflitto tra la parte sanitaria e socio sanitaria gestita dai comuni, aggravando la divisione di competenze in particolare sull'assistenza ai non autosufficienti e agli affetti da patologie croniche.

Il sistema di gestione delle aziende è oggetto della peggiore lottizzazione e i direttori generali, attori unici e solitari, si sono dimostrati un fallimento epocale. Il sistema delle aziende in realtà è fallito.

E' venuto così meno il ruolo centrale del servizio sanitario nazionale, con l'implementazione del privato accreditato e del ricorso al privato puro, favorito da ticket eccessivi (superiori al costo nel pubblico rispetto al privato con conseguente concorrenza sleale e incentivo all'esodo dei pazienti verso il privato) e legislazione di vantaggio (decontribuzione e detassazione delle prestazioni e del salario accessorio solo per il solo privato)

Il regionalismo ha favorito il proliferare delle clientele locali, come dimostrato dalla magistratura che ha coinvolto numerosi vertici regionali assessori e manager, tutti condannati per clientelismo a vantaggio di strutture private.

Lo smembramento del SSN ha prodotto una cifra di spesa sanitaria di tasca propria (out of pocket) pari a 36 miliardi di euro ovvero il 30% della spesa complessiva. In nessun Paese al mondo dotato di servizio sanitario nazionale tale cifra supera il 10%.

Infine si sono delineate due medicine: una altamente redditizia basata sulle prestazioni ad appannaggio quasi esclusivo del privato e una medicina rimasta al pubblico che prende in carico globale il paziente, poco redditizia e gravata dai costi delle complicanze e della cronicità. Il ruolo del SSN rischia di essere ridotto a soddisfare quella parte di popolazione che non può o non può più essere appetita dalle strutture private. Nessuno mette in dubbio il SSN che fa comodo anche alla concorrenza privata, ma è in discussione il suo ruolo primario o subalterno.

Anche le sperimentazioni gestionali tanto care alle Regioni e il proliferare di micro welfare aziendali solo formalmente integrativi ma di fatto sostitutivi aumentano lo spezzettamento del sistema.

Il titolo V ha già fatto troppi danni.

Per questi motivi per superare la dissoluzione, la residualità e recuperare la centralità del servizio sanitario pubblico nazionale occorre superare il titolo V e il regionalismo impegnando l'associazione in una battaglia, anche legislativa e eventualmente referendaria, di fondamentale importanza per la salvaguardia di principi e diritti fondamentali riformando il sistema sanitario verso la creazione di un unico Ente Nazionale per la Salute, gestito centralmente da soggetti competenti e garante di un unico livello di qualità e quantità di servizi in ogni regione italiana.

LA FARSA DELL'AZIENDALIZZAZIONE

È tempo perciò di porre rimedio all'equivoco dell'aziendalizzazione figlia di un ideologia superata. Lo slogan "meno Stato più privato" che tanti proseliti ha fatto, è stato abbandonato in tutti i Paesi avanzati (pur di diverso orientamento politico) dove l'intervento pubblico ha sostenuto la ripresa certamente più contenuta in Italia per le scarse disponibilità di uno Stato appesantito dal debito pubblico, dalla spesa per interessi che comporta (60-70 miliardi annui) e dalla flagrante e non adeguatamente contrastata evasione fiscale e contributiva che compromette il welfare.

In realtà le privatizzazioni in Italia hanno avuto effetti disastrosi.

In sanità si è perpetuato l'equivoco che considera la direzione generale l'equivalente del datore di lavoro privato. Questo paragone è del tutto incongruo: l'imprenditore privato mette a rischio le proprie risorse e questo fatto lo autorizza a scegliersi la classe dirigente. L'azien-

dalizzazione ha, tra l'altro, distrutto le carriere mediche interamente decise dal direttore generale con inevitabili condizionamenti politici. Il direttore generale ha competenza quasi esclusiva sulle carriere di tutte le posizioni da quelle apicali fino all'ultima posizione organizzativa del comparto. Con l'esclusione delle Organizzazioni sindacali nella definizione di specifici criteri per il conferimento degli incarichi lo strapotere dei Direttori generali è ulteriormente aumentato. La meritocrazia vigente è talmente subordinata al gradimento del vertice politico che si rischia di trasformare le carriere da professionali a politiche.

Medici e dirigenti devono riprendersi le loro carriere nell'interesse del merito e dei cittadini, la professionalità deve essere incentivata. Al pari di magistratura e università anche nella dirigenza medica sanitaria e pubblica le carriere devono essere decise dalla comunità scientifica senza ripetere gli errori del passato.

E' in gioco l'indipendenza e l'autonomia di servizi pubblici essenziali che devono essere svincolate dal politico di turno. E' una battaglia di civiltà giuridica e di valorizzazione della professionalità e del merito da fare al più presto. Qualunque soluzione non può che essere migliore di un'esistente che demotiva i colleghi e li costringe a trovare gratificazione e riconoscimento del lavoro svolto solo nell'attività libero-professionale certamente da tutelare ma che non deve essere l'unica opportunità.

STATO GIURIDICO E RAPPORTO DI LAVORO PROPRIAMENTE DETTO

Va respinto qualunque tentativo di sottrarre la dirigenza medica e sanitaria dal contesto della dirigenza pubblica. Da un lato le proposte proprie dei confederali che enfatizzando i disagi della dirigenza e auspicano il ritorno allo status di semplici dipendenti e dall'altro l'atteggiamento di sigle autonome che auspicano l'abbandono del ruolo dirigenziale per trasformarlo in quello di professionisti privi di competenze gestionali, ed entrambe vanno contrastate. La differenza tra Anaa Assomed e altre sigle risiede proprio nel fatto di aver creduto e nel continuare a credere nella Dirigenza come elemento qualificante di medici e sanitari. Senza la Dirigenza aumenterebbe ulteriormente la subalternità nei confronti dei vertici politico-amministrativi e la confusione nel quadro delle competenze delle figure professionali. La Dirigenza indispensabile per un minimo di autonomia professionale e di capacità decisionale. Anche le larvate ipotesi di un rapporto di tipo convenzionale, come i medici di base, sottende l'intenzione di ridurre il medico e il sanitario ad un ruolo di mero prestatore d'opera. Non a caso è in atto una progressiva riduzione del ruolo dei dirigenti sanitari sempre più marginalizzati, l'abbandono della richiesta di pareri da parte dei Consigli dei sanitari, ridotti quasi all'inutilità e sistematicamente manomessi e condizionati, la dice lunga sul fastidio per una dirigenza medica e sanitaria potenzialmente capace di disturbare il manovratore. Sempre più frequente è la sottrazione ai dipendenti dell'elaborazione di pareri che vengono sistematicamente richiesti a consulenti esterni di comodo assoldati per confezionare giustificazioni tecniche a decisioni politiche. Non solo una parte della categoria e le Direzioni generali ma l'attacco alla Dirigenza sanitaria parte anche dalle Regioni e dallo Stato centrale: gli obiettivi sono un risparmio economico sulle retribuzioni sganciandole dal tabellare unico della Dirigenza pubblica e di ridurre il ruolo dei professionisti medici a compiti esclusivamente tecnici senza incidere, sia pur marginalmente, all'organizzazione del lavoro e alle scelte gestionali e politiche delle cosiddette Aziende sanitarie. Il ruolo sociale delle professioni sanitarie ne uscirebbe distrutto.

L'irresistibile tentazione alla distruzione della dirigenza sanitaria trova sempre nuovi tragici esempi quali la cosiddetta "piramide" degli IRCCS varata nell'ultima legge di bilancio che ha relegato a dipendenti del comparto numerosi ricercatori, all'assalto alla dirigenza di professioni sanitarie che prefigurano una sanità a compartimenti stagni e del tutto inefficiente, al ricorso alla sostituzione del dirigente con altri soggetti convenzionati, precari o con rapporti libero-professionali, all'assunzione mediante il 15 septies. Sono tutte manovre che tendono a sminuire, diluire e limitare il ruolo dirigenziale.

La dirigenza effettiva in effetti è rimasta nelle mani esclusive del vertice aziendale di nomina politica. L'illusione che l'aziendalizzazione esaltasse il ruolo dirigenziale dei sanitari è andata delusa. Per questo le argomentazioni fatte in precedenza incidono pesantemente sui contenuti effettivi e l'effettiva praticabilità della dirigenza stessa.

La soluzione pertanto non è il ritorno al passato bensì il rilancio del ruolo dirigenziale.

Il tentativo di precarizzare la dirigenza passa anche attraverso l'abbattimento dei vincoli per l'accesso alla dirigenza rivedendo e rielaborando il vincolo della specializzazione al di fuo-

ri di un periodo transitorio determinato, certo, nel rispetto dei vincoli europei e del diritto del cittadino alle cure specialistiche. Ogni apertura in tal senso viene sistematicamente strumentalizzata per creare una nuova coorte di precari senza futuro utili solo al becero risparmio economico immediato. In un contesto aziendale di questo tipo, come si è cercato di spiegare nei punti precedenti, risulta difficile non arroccarsi sulla difesa dell'esistente.

Non siamo noi a dover decidere il destino dei colleghi specializzandi, ma nemmeno compete a Regioni ed Università.

Semmai va riproposto con forza il tentativo di un riconoscimento della Dirigenza sanitaria come categoria speciale. Non si comprende perché tale status venga negato ai medici e ai sanitari del SSN mentre viene riconosciuto ai medici e sanitari universitari a dispetto delle effettive capacità produttive, a tutte le forze del comparto sicurezza e perfino ai vigili del fuoco.

Il medico e il sanitario non possono essere dei ruoli qualunque, non si può negare l'impatto sociale e sull'interesse generale delle nostre professioni, ruolo di mediazione tra cittadini e azienda sanitaria tra diritti, bisogni reali e istituzioni.

In particolare il medico e il sanitario dirigente dovrebbero essere i primi interlocutori di cittadini ed istituzioni a loro dovrebbe essere affidata la vigilanza e la supervisione del privato accreditato e che persegue fini di lucro in termini anche di appropriatezza, leale concorrenza, qualità delle prescrizioni.

Il contributo alla programmazione sanitaria, alla formazione all'innovazione sono compiti da recuperare nel contesto della dirigenza sanitaria. In definitiva più che ricercare nuovi contenitori si tratta di recuperare contenuti alla funzione dirigenziale.

Insiste il dovere di informare correttamente i cittadini sulle effettive condizioni economiche ed organizzative del SSN e guadagnare la loro fiducia a prescindere dai legami con l'Azienda, ente fallimentare che come abbiamo detto va rifondato in un modello completamente diverso e riportato in capo alla responsabilità dello Stato.

Le sperimentazioni, possibili ed auspicabili, possono avvenire solo in un contesto di garanzia del ruolo centrale della dirigenza sanitaria da parte di tutti gli interlocutori.

Va contrastata anche la tendenza delle Regioni a scardinare lo stato giuridico unitario della professione medica e sanitaria, le normative concorsuali e di reclutamento, le norme europee e le buone pratiche organizzative riconosciute dalla comunità sanitaria internazionale.

Riconoscere autonomia e competenza è l'unica strada se si vuole perseguire l'interesse generale sapendo che in mancanza di idee nuove riemergono quelle vecchie e perdenti. Il passato che ritorna è sempre la peggior soluzione.