

20[°]

congresso nazionale anaaO assomed
genova 11-15 giugno 2006

relazione della segreteria nazionale

L'Anaa Assomed ed i suoi gruppi dirigenti eletti al Congresso di Matera hanno attraversato da protagonisti la fase di incerta transizione in cui da anni vive la Sanità italiana in un contesto, per di più, di profonda trasformazione nel rapporto tra stato e Regioni e tra Regioni ed Autonomie locali.

L'immagine paradigmatica di questa fase è quella degli ultimi giorni: la situazione economico-finanziaria di alcune Regioni grave fino a far temere il default convive con un referendum in cui siamo chiamati ad approvare o meno una riforma costituzionale che assegna alle Regioni la piena titolarità legislativa ed organizzativa in materia di sanità.

**IL SSN TRA
SOSTENIBILITA'
ECONOMICA
ED EQUITA'**

Nel dibattito sul sistema sanitario è tornato di attualità il tema della sua sostenibilità economica, accompagnato da un diffuso convincimento sulla incontrollabilità della dinamica della spesa pubblica con conseguenze insostenibili per gli equilibri di bilancio e da un malcelato auspicio di una netta apertura ai mercati assicurativi data la impossibilità di un aggravio della pressione fiscale.

La spesa sanitaria cresce in modo significativo: tra il 1995 ed il 2002 è aumentata in termini nominali del 54,2% a fronte di una crescita del PIL del 36%. Fra tutti i paesi appartenenti all'OECD, però, l'Italia è quello che ha registrato il calo più sostenuto della componente pubblica di spesa pari nel 2003 al 75,1% della spesa sanitaria totale, il livello più basso in tutta la UE, diminuito negli ultimi 20 anni del 18,8% mentre nello stesso periodo in Usa aumentava del 14%.

Nonostante i cambiamenti demografici e tecnologici in atto, la spesa sanitaria pubblica si attesta nel 2004 intorno a valori (6,5% PIL) ancora inferiori alla media UE, superiori solo a Spagna ed Austria ma fortemente lontani da Francia, Germania e Svezia, come del resto la spesa totale per il welfare: il 26% del PIL a fronte del 30% di Spagna e Francia e del 28% di Germania e UK (2002).

Il contenimento della spesa pubblica ha comportato, almeno in parte, un aumento della spesa privata che nel 2002 si è stabilizzata al di sotto del 2% del PIL e non appare in crescita anche se ormai copre circa il 50% della spesa per farmaci. Due sono le aree all'interno delle quali la insufficienza della copertura pubblica appare indiscutibile: le cure odontoiatriche e la non autosufficienza. Il punto è che per entrambe queste spese la via dei mercati pone problemi sia di efficienza che di equità, come dimostrano i casi di fallimento inequivocabile comune a diversi sistemi sanitari.

Nonostante il trend di spesa pubblica segni un rallentamento nel periodo 2001-2004, il disavanzo è ancora piuttosto rilevante (5,9 miliardi di euro nel 2005, il 60% dei quali a carico di Lazio, Campania e

Sicilia). Dal 2001 al 2005, malgrado la crescita del finanziamento di 19 miliardi, il disavanzo complessivo è cresciuto fino a 28,3 miliardi, ascrivibile prevalentemente ad un costante disallineamento tra finanziamento e spesa, fino alla ipotesi di un definanziamento, piuttosto che a fenomeni di spesa facile, che pure esistono.

Il nostro sistema sanitario rispetto a quello di altri paesi non spende di più né a livello complessivo (spesa pubblica-privata) né a livello di spesa a carico del SSN. Esso è riconosciuto come un punto di forza che deve essere valorizzato al meglio!

Se problema di sostenibilità finanziaria si pone, riguarda la possibile evoluzione nel medio/lungo termine della domanda di sanità la quale rende necessari alcuni aggiustamenti per fare fronte ad uno scenario in continua evoluzione in termini di struttura demografica e cambiamenti di morbilità. Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento delle cronicità, i crescenti bisogni di assistenza a lungo termine impongono nuovi modelli assistenziali. Anche in questo scenario il sistema sanitario può essere funzionale e sostenibile in un contesto di appropriatezza complessiva della offerta assistenziale ed a condizione che vengano affrontate con fondi strutturali specifici, che non gravino cioè sulle risorse attualmente destinate al sistema, due problematiche chiave, quali la tutela della non autosufficienza e le difficoltà economiche di alcune Regioni, specie del Sud.

Nel nuovo contesto caratterizzato da un necessario riequilibrio ospedale-territorio occorre delineare chiaramente il percorso politico, organizzativo e culturale capace di rendere possibile una razionalizzazione della spesa sanitaria puntando ad una riduzione del fabbisogno complessivo in funzione di un miglioramento della qualità. La elaborazione di linee guida al fine di individuare modalità di controllo e di verifica della appropriatezza della prescrizione e delle prestazioni non è sufficiente se non esiste un governo unitario del sistema in grado di assicurare la eliminazione degli aspetti ancora variabili ed il rispetto dei ruoli di tutti gli attori. E' necessaria una organizzazione a rete tra le diverse strutture socio-sanitarie capace di contemperare due esigenze: la necessità di concentrare i servizi per garantirne la qualità e la necessità della loro diffusione per facilitare l'accesso. La componente ospedaliera del sistema ha perso in 30 anni quasi 300.000 posti letto ma il territorio è rimasto vuoto di entità organizzative accessibili H24 in grado di intercettare e soddisfare le esigenze dei cittadini nonché di pratiche di misurazione e valutazione delle attività. Sono necessarie strategie chiare per una efficace integrazione di diversi modelli assistenziali.

Il persistente squilibrio tra finanziamento e spesa ha comportato

differenze sostanziali di strategia tra le varie Regioni per la copertura dei disavanzi.

Un mix di misure basato sulla applicazione di addizionali regionali a Irpef ed Irap ed alla quota di accisa sulla benzina o sull'innalzamento delle tasse di circolazione piuttosto che su ticket sulle prestazioni di pronto soccorso o sui farmaci. Alcune Regioni hanno avviato anche la dismissione del patrimonio immobiliare ed altre ancora misure di cartolarizzazione dei crediti.

Tra le cause responsabili dello stato del SSN non vanno taciuti i gravi limiti di gestione delle Aziende sanitarie ed i ritardi di programmazione regionale, come affermato nelle conclusioni della Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul SSN (2006): *"... problematiche rilevate in alcune realtà territoriali sono da attribuirsi non solo ad una carenza o ad una limitatezza delle risorse finanziarie, quanto piuttosto ad una incapacità organizzativa ed attuativa ...Il quadro di fondo che emerge ...è la sostanziale inadeguatezza ed arretratezza della rete assistenziale che conferma quanti e quali siano i divari territoriali nell'accesso alle cure e le fortissime differenze tra le Regioni meridionali e l'altra parte del Paese"*.

Basti pensare che i costi per punto DRG variano di oltre il 300% da una azienda all'altra.

Se sotto il profilo del livello dei servizi erogati alcuni miglioramenti in termini di prodotti intermedi sono innegabili, permangono sostanziali problemi di equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri, nel numero di morti dovute a differenze sociali, nel fatto che i cittadini delle Regioni più povere sono maggiormente esposti a rischi di inappropriata e, pur ammalandosi di meno, muoiono di più.

IL SSN COME FATTORE DI SVILUPPO ECONOMICO

Il SSN con 21 capofila regionali, 197 Aziende Sanitarie Locali, al cui interno operano presidi ospedalieri e RSA, 102 Aziende Ospedaliere, 37 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, 12 istituti di ricerca, 39 facoltà di medicina, più o meno integrate, nonché diverse agenzie regionali dei servizi sanitari, rappresenta la maggiore holding aziendale del Paese forte di 659.179 dipendenti (EURISPES 2006).

Nel loro complesso le attività che producono beni e servizi a tutela della salute concorrono in modo significativo al processo di formazione della ricchezza del paese smentendo chi troppo facilmente bolla le spese del settore come puri costi da comprimere.

La filiera della salute assorbe direttamente il 6% degli occupati totali (1,4 milioni in tutto, aumentati del 12,8% dal 1996 al 2004, che, se si considera l'indotto, superano i due milioni, pari a oltre il 10% degli occupati), presenta la migliore performance nel valore della produzione

per addetto (138 mila euro contro i 106 mila della intera economia nazionale), costituisce il 5,4% del PIL con un valore aggiunto complessivo di 73,5 miliardi di euro che, con l'indotto, superano quota 149, raggiungendo l'11,1% PIL (Confindustria 2004). Il solo servizio sanitario pubblico vale il 7,1% della ricchezza nazionale.

Una alleanza tra economia e sanità è essenziale nella produzione di valore. Il SSN rappresenta un investimento per lo sviluppo e la crescita del Paese e non solo una spesa. Risanare per crescere, investire in sanità per rilanciare lo sviluppo del paese.

La crisi economica e produttiva in atto in Italia impone di ripensare i modelli di sviluppo da adottare e di riconsiderare la allocazione interna delle risorse disponibili. Occorre individuare un sistema di tutela della salute sostenibile da parte della economia nazionale e verificare se e in qual modo esso possa contribuire al suo rilancio. Il nodo di fondo è decidere come rendere compatibili i bisogni dei cittadini con le risorse disponibili e garantire i LEA nel riconoscimento del vincolo di bilancio stabilito in sede di programmazione economico-finanziaria.

AZIENDALISMO ED AZIENDE SANITARIE

Il ripensamento del sistema del welfare deve riguardare anche la "questione maledetta" rappresentata dall'aspetto istituzionale del problema.

La riforma del 1992 per ovviare all'eccesso di potere gestionale affidato dalla legge 833 ad organismi politici di nomina comunale (i Comitati di Gestione delle USL) scelse di trasferire le competenze normative, organizzative e gestionali alle Regioni. Tale soluzione ha aperto la strada, in molte realtà, ad un neocentralismo regionale essendo ridotta la conferenza dei sindaci prevista dalla riforma del 1992 quale organo politico, di fatto e di diritto, cui demandare il compito di fissare gli indirizzi delle ASL e di indicare gli obiettivi da raggiungere nel quadro delle indicazioni strategiche del PSR, ad un ruolo marginale.

Per fermare la attuale deriva regionale la reimmissione degli enti locali quali organi politici di mediazione tra i bisogni dei cittadini, le aziende sanitarie e gli assessori regionali potrebbe apparire soluzione fisiologica a livello territoriale favorendo anche le sinergie con le attività socio assistenziali che fanno istituzionalmente capo ai Comuni e riportare al centro il pendolo gestionale del settore sanitario.

Il Decreto legislativo 502/92 introdusse anche il processo di aziendalizzazione in sanità ed il modello organizzativo-gestionale delle Aziende Sanitarie.

A distanza di 15 anni dalla introduzione del processo di aziendalizzazione la natura giuridica delle Aziende sanitarie,

caratterizzate da duplicità di funzioni, istituzionali o primarie di concorso al miglioramento della salute ed economiche ovvero l'ottimizzazione delle risorse mobilitate per il perseguimento delle prime, appare ancora incerta. Non manca chi prevede una loro evoluzione in public company finanziate dai cittadini e governate dalle diverse categorie di *stakeholders* che rappresentano ai vari livelli le *community* chiamate a cofinanziare il sistema.

Il nodo reale è la forma ed i livelli di finanziamento del sistema sanitario sul piano regionale, e la assunzione di responsabilità rispetto a tali processi nel difficile tentativo di coniugare i bisogni delle comunità locali, che sono partners della programmazione sanitaria con varie modalità di partecipazione ai processi decisionali, con la responsabilità economica delle scelte da tale autonomia derivate.

In tale modello organizzativo sono stati introdotti negli ultimi anni nuovi soggetti istituzionali o apportate trasformazioni giuridiche, quali i Consorzi di "area vasta", le Aziende Integrate introdotte dal DLgs 517/99, le Fondazioni per trasformazione di Aziende IRCSS o creazione di nuovi soggetti giuridici, anche in rapporto con il privato.

Alla base dello sviluppo di tali iniziative di ingegneria istituzionale c'è l'illusione di vedere nelle riforme di sistema la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento, ma anche la crescente pressione per un ritorno degli enti locali ad un ruolo nel settore sanitario insieme con la volontà di sviluppare forme di collaborazione strutturale tra soggetti pubblici e privati. Ad oggi in questo ambito emerge una grande eterogeneità di obiettivi, di formule istituzionali e di soluzioni organizzative. Certo è che sono aumentate le differenziazioni interaziendali per quello che riguarda le configurazioni istituzionali, ridotte quasi ad una funzione aziendale ed il ruolo cui sono chiamati gli enti locali non sembra univoco.

Oggi occorre riconoscere che il processo di aziendalizzazione, non privo di ambiguità sia semantiche che sostanziali, ha suscitato delusioni più che risultati concreti anche perché esso è stato inteso soprattutto come recupero della dimensione economica insita nelle prestazioni sanitarie. Ha finora prevalso l'interpretazione di chi ha pensato ad una pura operazione contabile per riportare in pareggio i bilanci mentre nell'impianto organizzativo e funzionale si sono evidenziati elementi discutibili o largamente insufficienti, a cominciare dall'assetto direzionale. A dirigere una tale azienda è posto un Direttore generale, che rappresenta una vera e propria figura di "governatore" inviato dalla Giunta regionale, spesso senza alcun legame con la realtà territoriale dove va ad inserirsi, responsabile, di fatto, della strategia aziendale e di tutte le funzioni successive

d'organizzazione, di gestione, d'amministrazione e di controllo dei risultati. Compito francamente improbo. E se ne vedono, infatti, i risultati in molte realtà. L'anomalia del modello aziendale è palese.

Chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio appare il mandato principale di un DG che non ha particolari responsabilità politiche di lunga durata nei confronti del territorio che va ad amministrare. Occorre tagliare tutto quello che costa, compresi i diritti.

La strategia politica della salute del territorio dovrebbe tenere conto della necessità di coniugare la responsabilità politica locale con quella clinico-organizzativa dei dirigenti, espressione della professione, con un'apertura verso il Governo Clinico del sistema sanitario.

Le Aziende Sanitarie si comportano invece come Aziende contabili, tendenzialmente indifferenti al loro stesso finalismo istituzionale, scarsamente orientate verso la dimensione dell'efficienza, dell'efficacia e della appropriatezza scontando la marginalità della componente professionale medica priva di un coinvolgimento operativo nei percorsi gestionali.

IL MEDICO DIPENDENTE- DIRIGENTE

Lo status giuridico del medico ospedaliero è peculiare: dipendente e dirigente, sia per la propria natura intrinseca di interprete imperfetto ma unico dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà in quanto gestore di risorse anche ingenti. In tutti i medici sia pure con grado e intensità differente sono presenti i due ruoli essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto medico per la valenza delle risorse impiegate.

Negli ultimi 15 anni è cambiato il mondo per il medico ospedaliero. Un cambiamento di ordine culturale, organizzativo, scientifico che ha fatto saltare le vecchie regole mentre nuovi paradigmi socio economici hanno obbligato a ripensare gli stessi codici deontologici. Ogni scelta clinica comporta una decisione etica ed economica ed il medico è responsabile di entrambe. Nello stesso tempo i Dipartimenti, per quanto istituiti più per adesione formale alla normativa che per scelta di sistema, hanno modificato i tradizionali assetti gerarchici e organizzativi delle "Divisioni" mutando i parametri di giudizio ed i simboli stessi del potere medico

Nelle Aziende sanitarie i medici si scoprono meno amati e più controllati, dovendo accettare le norme che disciplinano l'organizzazione fissando i livelli di subordinazione sia in termini di potestà decisionale che disciplinare. La identità professionale rischia di essere messa in crisi e forte è la tentazione di chiamarsi fuori per rifugiarsi nella cittadella della autonomia professionale per dedicarsi alla purezza della professione lasciando che sia qualcun altro a

pensare alla gestione. Ma ciò è incompatibile con il potere che è responsabilità e vigilanza: per avere un peso occorre imparare a gestire ed accettare un ruolo. Peraltro la autonomia della professione nella società moderna non ha più il ruolo di un tempo minacciata come è dalla crescita sia degli *strangers at bedside* che di peso specifico ed assoluto di aree direzionali quali controllo, organizzazione e gestione. Al capezzale del malato oggi le decisioni diventano frutto di articolate valutazioni anche di ordine economico alle quali il medico non può sottrarsi. In questo contesto il rischio è di essere respinti dalle aree strategiche e marginalizzati ad una delle varie componenti del ciclo produttivo. Marginalizzare la categoria nella cittadella della autonomia per poi trarre le conseguenze sociali, professionali, gestionali ed economiche di una professione non alla altezza della modernità e delle sue sfide è un obiettivo condiviso da molti.

Abbiamo oggi davanti a noi la strada obbligata di assumere come parte integrante del nostro bagaglio professionale le esigenze della appropriatezza delle cure e di una corretta gestione delle risorse. Accettare, cioè, di impersonare un profilo di dirigente cui è collegata non solo una dimensione professionale ma anche una di responsabilità nella gestione quotidiana e strategica delle risorse seguendo la rotta costituita dalla necessità di coniugare efficacia clinica ed efficienza gestionale ma rivendicando forme di partecipazione alla progettazione ed alla gestione di modelli organizzativi ed operativi aziendali. Nel 1983 un editoriale del BMJ annunciava la fine della libertà medica, oggi un recente editoriale della stessa rivista si chiede perché i medici sono così infelici.

L'esperienza di questi anni ha dimostrato che una politica di contenimento dei costi che non voglia ridurre qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario richiede una modifica delle procedure cliniche e quindi del comportamento dei medici, anche per evitare comportamenti opportunistici e meccanismi distorsivi connaturati nel nuovo sistema di finanziamento e nella stessa cultura aziendalistica. Obiettivi di questa portata non possono cioè essere affidati ai puri meccanismi aziendali di efficienza gestionale anche ove questi venissero impiegati al meglio, e questo è il caso meno frequente. Il loro raggiungimento non può prescindere dalle competenze e dalle professionalità dei medici, anzi, senza un loro pieno coinvolgimento, ogni politica di contenimento dei costi che non voglia limitarsi al puro calcolo ragionieristico del raschiare il barile tra tagli e ritagli è destinata al fallimento.

IL GOVERNO CLINICO

Una seconda fase del processo di aziendalizzazione deve partire dal riconoscimento che la efficienza e la ottimizzazione dei costi scaturiscono dalla applicazione di conoscenze e valori professionali di diretta derivazione clinica, ed arrestare il trend aziendalistico che limita spazi di libertà clinica e margini di contrattazione denunciando la deriva, la invadenza e la prosopopea di una certa cultura manageriale. La dirigenza medica non è semplice controparte della dirigenza aziendale o peggio ancora pura entità metafisica cui negare anche il diritto elementare di discutere le condizioni del proprio lavoro. Essa ha il ruolo di protagonista del cambiamento in quanto guidata da due principi fondamentali quali autonomia professionale e responsabilità nell'uso delle risorse, è "autrice di salute" e forza partecipe del governo delle attività cliniche che non accetta di essere ridotta a macchina banale cui affidare semplici mansioni esecutive pratiche che non interferiscano con i livelli gestionali nella logica di "non disturbare il manovratore". Senza che questo escluda conflitti più o meno frequenti, essendo un fenomeno classico delle organizzazioni complesse la oscillazione tra cooperazione e conflitto. L'amministrazione delle cure e l'imperativo categorico dei controlli sull'attività sanitaria e clinica (per certi versi sacrosanto) hanno elevate probabilità di scontrarsi con l'autonomia professionale delle decisioni cliniche i cui contenuti complessivi (cosa fare nel merito dal punto di vista medico, come e, cioè - il profilo organizzativo - dove e quando - il profilo logistico -) però non possono essere genericamente delegati e compressi in logiche operative che non sono proprie dell'attività sanitaria. E questo soprattutto nell'interesse del paziente.

Il processo di aziendalizzazione non può sottrarsi alla necessità di reclutare le intelligenze professionali alla mission aziendale, di costruire un senso di appartenenza attraverso la trasparenza degli obiettivi, delle strategie, della gestione, di darsi delle regole e di farle rispettare, di ridurre la incertezza cognitiva circa gli obiettivi ed i processi gestionali.

E' questo il tema del governo clinico.

Il problema che abbiamo di fronte è in sostanza quello di progettare un nuovo sistema che ricostruendo i valori di appartenenza alla professione privilegi le risorse sociali nei confronti dei valori economici che appiattiscono la posizione del professionista sulla organizzazione, superando la dicotomia tra sviluppo dei temi professionali e l'attuale modello organizzativo nel quale il professionista è spinto ad identificarsi. In questa ottica si inquadra la necessità di definire ruolo e composizione degli organismi rappresentativi dei professionisti all'interno delle Aziende introducendo anche meccanismi elettivi a

partire dalla consapevolezza che non potrà esserci una maxi azienda con mini medici.

Non è più il momento di rivendicare con malcelato snobismo la assoluta estraneità della materia sanitaria alle ragioni della economia quanto quello di ribadire con forza che la specificità della produzione assicurata necessita di strumenti interni di riconoscimento delle criticità e delle opportunità di sviluppo per individuare il migliore assetto possibile e la direzione del cambiamento.

Da una parte i diversi livelli di governo devono riconoscere che senza fare leva sui contenuti e sulle motivazioni professionali è impossibile trovare legittimazione e compatibilità alle politiche sanitarie, dall'altra i medici devono cogliere l'occasione di meglio esercitare le funzioni di dirigenza, al di là dei valori finali della partita doppia, utilizzando la conoscenza delle ragioni e delle forme in cui la razionalità sanitaria si intreccia con le logiche della economia per essere garanti della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate a difesa del SSN, dei cittadini e della categoria tutta.

Il prossimo futuro ci dirà se una nuova fase del processo di aziendalizzazione è in grado di esaltare una idea di dirigenza professionale capace di esprimersi attraverso la appropriatezza clinica, la corretta gestione delle risorse, una nuova organizzazione del lavoro centrata su processi e obiettivi, sull'integrazione delle professionalità, sulla ricerca della qualità.

Il passaggio obbligato è ridefinire la delega sociale oggi messa in discussione, e non solo per ragioni di spesa, perché si conquista una centralità politica se si acquisisce una centralità sociale e culturale. Inutile cercare scorciatoie.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una progressiva delegittimazione sociale del medico dipendente fino alla revoca della delega nel rapporto fiduciario con i cittadini. Non si tratta di una deliberata congiura contro di noi ma di ostinati processi strutturali e sovrastrutturali che coinvolgono diversi settori della società. Chi si batte per la Sanità Pubblica deve però sapere che senza una inversione di rotta si avranno ricadute negative sulla domanda sociale di salute accrescendo le quote di privatizzazione nel sistema sanitario. Minimizzare l'autonomia del medico pubblico, svalorizzarne la funzione dal punto di vista economico, deresponsabilizzarlo a macchina banale costituiscono le precondizioni per riallocare quote importanti della sanità pubblica al privato ed incrementare la iniquità del sistema.

SANITA' E FEDERALISMO

La Sanità costituisce, forse, il banco di prova più significativo della tensione federale che attraversa le correnti di riforma dello Stato, ma ciò comporta diversi rischi che non abbiamo mai sottaciuto.

Un SSN basato su principi di solidarietà sociale ed equità aiuta i cittadini a definire il proprio senso di appartenenza e cittadinanza mentre una sua disarticolazione con la presenza di più sistemi a diversa velocità di crescita può comportare una perdita complessiva di coesione sociale, un progressivo smantellamento di garanzie formali e sostanziali, una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere, le quali ultime potrebbero trovarsi a scegliere tra investimenti finalizzati allo sviluppo e spesa sanitaria.

Appare fondato il rischio di associare alla soluzione federalista una modulazione dei diritti dei cittadini inaccettabile ed una accentuazione dei meccanismi competitivi di mercato o quasi mercato.

Ma *“La competizione per quanto utile alla economia deve essere temperata dalla solidarietà nei rapporti sociali (Dahrendorf)”*. Secondo Amartya Sen, premio Nobel per l'economia, fondamentale non è la “libertà del consumatore”, quanto piuttosto la applicazione dei concetti di “equità verticale” ed “equità orizzontale”, secondo cui i diversi devono essere trattati diversamente e gli eguali in modo eguale. La domanda è se la salute possa essere sottomessa alle leggi di mercato e se questo non finisca per escludere fasce di cittadini da forme garantite di assistenza.

La strada verso il federalismo sanitario appare, forse, senza ritorno ma alcuni elementi fondamentali, quali la definizione dei LEA e dello stato giuridico del personale, devono essere mantenuti nell'ambito di una competenza unitaria sviluppando una politica regionale orientata al miglioramento dei servizi e alla composizione non conflittuale tra le diverse componenti del sistema. Acriticamente ci si è lasciati attrarre dalle promesse federalistiche imboccando un cammino che, anche qualora ad essere realizzata fosse una versione solidale del federalismo, rischia di aumentare le ineguaglianze tra Regioni senza contare che *“l'introduzione del federalismo all'interno di un SSN finanziato dall'erario comporta un mutamento nella concezione della redistribuzione che, anziché questione di diritti di cittadinanza, diventa questione di solidarietà”*.

A produrre ineguaglianze tra Regioni potrebbe essere la inadeguatezza delle risorse per finanziare la spesa sanitaria o la insostenibilità politica delle modalità prescelte per attuare la perequazione.

Nel primo caso le Regioni sarebbero poste di fronte alla alternativa tra ridurre la assistenza sanitaria o aumentare i tributi propri in un contesto

fortemente sperequato come quello italiano ove il medesimo sforzo fiscale genera un saldo assai diverso. Nel secondo caso, pur non essendo la perequazione interamente orizzontale, ciò che alimenta il fondo è considerata una entrata delle Regioni, e la Lombardia dovrebbe sostenere da sola il 55% della solidarietà.

Anche in presenza di risorse adeguate e di una redistribuzione politicamente sostenibile rimane la questione della trasformazione della appartenenza locale nella fonte primaria del diritto sulle risorse.

Il livello di servizi sanitari cui gli abitanti delle Regioni povere possono accedere dipenderebbe essenzialmente dal grado di solidarietà manifestato dagli abitanti delle Regioni ricche. Il che è assolutamente contrario alle prospettive dei diritti di cittadinanza dove la appartenenza è alla comunità dei cittadini e i diritti sulle risorse valgono per l'individuo a prescindere dalle condizioni contingenti in cui si trova a vivere, e ci si muove verso un contesto in cui essi cessano di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale cambiandone radicalmente lo spazio. Ad eccezione parziale della Spagna, in tutti i paesi federali la sanità rimane un bene a carattere largamente nazionale rispetto sia al finanziamento che all'assetto complessivo.

Anche sul piano della spesa il federalismo deve ancora dimostrare, dati alla mano, i vantaggi acquisibili, pena il rischio di ritrovarsi in una situazione assai peggiore della attesa. Nel resto del mondo i paesi caratterizzati da federalismo politico spendono per la sanità di più rispetto a quelli non federali, il 9.9% del PIL vs 7.8 come spesa totale. Non siamo di fronte ad un toccasana per contenere la spesa e migliorare la qualità.

Per intanto il rapporto CENSIS 2006 dimostra che, in tempi di federalismo imperante, la qualità della assistenza non è migliorata, anzi è peggiorata secondo almeno un quarto degli italiani.

L'immobilismo del SSN ha coinciso con la percezione di una erosione lenta, ma certa, della adeguatezza della sanità mentre cresce anche la richiesta di un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato per evitare la frammentazione del sistema ed una sorta di "federalismo per abbandono".

Già oggi la responsabilizzazione della spesa in capo alle Regioni, come del resto era prevedibile data la differente situazione di partenza, ha reso più marcate le differenze economiche e di tutela.

Dalla analisi di alcuni indicatori si registra una variabilità interregionale tra Nord e Sud molto ampia ma un dato emblematico del gradiente esistente sul tema della prevenzione e tutela della salute è relativo alla distribuzione geografica dei programmi di screening per tumore della mammella. Nelle Regioni del Sud solo l'11% delle donne è inserito in

tali programmi contro l'80% delle donne delle Regioni settentrionali, con l'eccezione della Liguria ferma al 27,7% della popolazione interessata.

Questo quadro complessivo di differenziazione è confermato anche dai dati relativi alla mobilità sanitaria, che seppure fenomeno di rilevante complessità per il numero di cause che la determinano, sicuramente esprime un esplicito bisogno di salute dei cittadini che non trova risposte adeguate nella sede di residenza. La mobilità sanitaria passiva causa anche un notevole dispendio di risorse che contribuisce ad aggravare la situazione economica delle Regioni del Sud: nel 2003 è costata 800 milioni di euro (Campania 246, Sicilia 202, Calabria 166, Puglia 84 milioni di euro).

Sul federalismo fiscale il lavoro della alta commissione dimostra che analizzando il divario tra risorse e fabbisogno solo nei casi in cui la capacità fiscale è maggiore di quella media nazionale le risorse superano il fabbisogno (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio) mentre nel mezzogiorno le risorse erogate non sono sufficienti e restano affidate alla solidarietà interregionale. Il Decreto Legislativo 56 è rimasto anche per questo in letargo giuridico. Le Regioni hanno oggi il potere, ma è necessaria una politica per un progetto di servizio sanitario federale ed una idea federale di salute. *"La questione è chi, come, con che cosa si definisce la identità pubblica di un sistema sanitario regionalizzato, il suo governo e le sue politiche rispetto al diritto alla salute"*.

Mentre ha ancora scarsa rilevanza il dibattito sulle implicazioni della devolution sotto il profilo della equità e della giustizia distributiva, in un processo già iniziato di devoluzione dei principi, forti sono i rischi per l'integrazione sociale e la unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute.

"La medicina è una scienza sociale e la politica è medicina su larga scala" (Wirchow).

SSN E FACOLTA' DI MEDICINA

I rapporti tra Facoltà di medicina e SSN rimangono problematici. In qualsiasi sistema sanitario gli Ospedali sede di insegnamento, all'interno dei quali si concretizza il rapporto tra sistema formativo ed assistenziale, sono strutture di importanza cruciale ma, in Italia, tale rapporto è segnato da conflittualità, latente o manifesta, e contenziosi infiniti tra due istituzioni fortemente caratterizzate e in aperta concorrenza su molti fronti. Il decreto legislativo n. 517/1999 con la costituzione delle Aziende Integrate non ha risolto i molteplici problemi legati alla convivenza di componenti mediche con diritti e doveri

differenti. Per di più, esso è rimasto in gran parte inapplicato ed il processo di integrazione stenta a decollare, incapace di rispondere a logiche non sempre conciliabili.

Le conflittualità esistenti si rivelano difficilmente risolvibili in assenza di regole. Spetta alle Regioni intervenire per rendere i rapporti Università-SSN meno conflittuali e più rispettosi dei reciproci fini istituzionali evitando che anche di fronte al nuovo scenario, le 41 Facoltà di Medicina esistenti continuino a porsi come variabile indipendente del sistema proseguendo una politica di espansione assistenziale e tutela di privilegi.

Un rilevante motivo di contrapposizione tra ospedalieri ed universitari continua ad essere rappresentato dalla progressiva occupazione degli spazi e delle carriere ospedaliere da parte degli universitari attraverso l'utilizzo della didattica come grimaldello per l'accesso alla direzione di strutture assistenziali e per la loro clinicizzazione rischiando di alterare finalità, obiettivi e metodi del servizio sanitario. Per di più, l'obbligo normativo di dover rispondere alle esigenze della formazione post-laurea in strutture ospedaliere rimane sostanzialmente disatteso essendo noto che gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorchè occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza.

Appare urgente un forte rinnovamento dei percorsi formativi, iniziando a ragionare su un modello che non può più essere quello tradizionale delle facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni a far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico, aprendo una discussione sui futuri luoghi della didattica medica per consentire ad ogni specializzando di acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità in una Rete Formativa Regionale. La formazione professionalizzante richiesta dalle normative è ad oggi in gran parte disattesa sebbene certificata al momento degli esami finali.

Il sistema attuale, che di fatto esclude le competenze e le prerogative del Servizio Sanitario Regionale, non serve ai soggetti in formazione che vivono una condizione professionale, sociale, economica inaccettabile in attesa di un adeguamento alla normativa europea, non serve ai cittadini perché la relativa ristrettezza delle strutture formative non garantisce l'acquisizione delle indispensabili competenze ed esperienze, non serve alle Regioni perché di fatto parcheggia preziose risorse professionali in circuiti formativi estranei alle esigenze del sistema. I Medici formati negli altri Paesi europei possono accedere agli incarichi di livello più elevato quando sono in media di cinque anni più giovani rispetto ai colleghi italiani, con migliori prospettive per

quanto riguarda l'esperienza e la carriera. Vista la eccessiva lunghezza di tale percorso e la sostanziale inefficacia dell'attuale organizzazione dell'attività di gran parte delle scuole di specializzazione, che in molte discipline continua a essere lontana dal garantire gli obiettivi formativi previsti dalla UE, appare incongruo, e inutilmente penalizzante per i medici che completano la propria formazione in Italia, il mantenimento dell'obbligo della specializzazione per accedere alla dirigenza medica del SSN. L'alternativa è rappresentata dalla possibilità di inserimento del neolaureato nei posti vacanti del SSN, assicurandogli il percorso formativo adeguato, integrato con componenti teoriche, attraverso la mobilità all'interno dell'area in cui presta servizio.

Noi rifiutiamo la teoria del "destino manifesto" per cui i medici ospedalieri sono condannati a cedere spazi e competenze all'espansionismo universitario per rifugiarsi nelle riserve di un SSN povero e per i poveri, lasciando ad altri le magnifiche e progressive sorti della formazione e della didattica e della assistenza nei settori ad alta specializzazione.

Superare il vissuto da "separati in casa" che caratterizza la situazione attuale è possibile attraverso la capacità di darsi regole e di farle rispettare per assicurare una risposta adeguata alle attese che la società civile giustamente "pretende" dal sistema integrato formazione medica-ricerca-assistenza sanitaria e trasformare l'occasione legislativa in opportunità di crescita, per i professionisti e per il sistema, a vantaggio della qualità delle cure erogate ai cittadini. Se non si cambia, però, nessuno si salva. Ne' gli Ospedali ne' le Facoltà.

LA VERTENZA SALUTE

Abbiamo chiamato "vertenza per la salute", una inedita alleanza di tutti i dirigenti medici della dipendenza pubblica con i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta, gli specialisti convenzionati, gli specializzandi, che ha messo in movimento centinaia di migliaia di medici su identiche parole d'ordine, e uguali obiettivi di giustizia sociale e di identità professionale.

Un percorso che si è snodato in sei lunghi mesi, a partire dalla fine del 2003, attraverso una serie di tappe nelle quali si sono succeduti eventi caratterizzati da una grande partecipazione di consensi dentro e fuori la categoria che hanno avuto il merito di porre la questione della sanità italiana e dei gravi problemi di ordine economico che l'affliggono al centro dell'interesse del mondo politico e della attenzione dei cittadini, liberandola da quelle nebbie nella quali era precipitata, abbandonata alla indifferenza ed ad una lenta agonia.

I medici italiani per la prima volta insieme, al di là di ogni rappresentanza e ruolo, hanno denunciato all'opinione pubblica i danni

provocati nel SSN da anni di sottofinanziamento, hanno attaccato la politica economicistica delle Aziende sanitarie, che limita la loro autonomia professionale, e hanno reclamato la necessità di rinnovare un contratto scaduto da due anni inutile per adeguare le norme ed i diritti ai nuovi bisogni che l'esercizio della professione impone. Di fronte ai nostri occhi c'era l'evidenza drammatica del peggioramento delle condizioni generali del Paese come tutti gli indicatori stavano a dimostrare e come affermavano i più importanti centri studio (Ceis Eurispes, Ragioneria generale dello stato, ecc.) con un rapido e progressivo impoverimento del ceto medio e delle fasce più deboli della popolazione. I medici stessi, che appartengono ad un ceto medio professionale che trae il reddito esclusivamente dal proprio stipendio in circa il 70% dei casi, vedevano nel biennio 2003-2004 la perdita del loro potere di acquisto aggirarsi intorno al 16,5%. La inflazione programmata in base ai quali si rinnovano i contratti era sempre più lontana dalla inflazione reale ogni giorno facilmente constatabile e la risposta del governo sembrava esclusivamente interessata a far saltare lo spirito di concertazione alla base dell'accordo sul costo del lavoro del 1993.

Nella vertenza per la salute abbiamo anche voluto mettere in guardia i cittadini dalla minaccia che il federalismo sanitario costituisce per la integrità del SSN che con l'approvazione della riforma costituzionale rischiava, e rischia, di frammentarsi in 21 servizi sanitari regionali, diversi tra loro per risorse disponibili e per offerta e qualità delle cure creando di fatto una sanità a "doppia velocità".

Il primo appuntamento è stato al cinema Capranica di Roma il 3 dicembre 2003 ed in quella sala affollata in ogni ordine di posti i dirigenti medici, veterinari, sanitari e tecnico amministrativi del SSN hanno deciso di unirsi ai cittadini, ai malati, agli anziani, alle fasce deboli della popolazione per contrastare un disegno, implicito nelle proposte politiche e strisciante nelle pieghe di una società in crisi di identità e di valori, mirato a ridimensionare i livelli di assistenza e ad abbassare la qualità complessiva del servizio pubblico a tutto vantaggio della medicina privata, sottraendo di fatto la tutela della salute dai diritti di cittadinanza.

Gli obiettivi della comune azione sindacale hanno scosso la categoria e sensibilizzato l'opinione pubblica che nelle parole d'ordine che li sintetizzano facilmente hanno riconosciuto la volontà dei medici di difendere il bene salute e gli interessi della collettività.

La vertenza per la salute ha abbracciato un periodo di sei mesi scandito da tappe che resteranno nella memoria collettiva dei medici italiani: dal grande sciopero generale di 24 ore del 9 febbraio 2004 che

registra una partecipazione eccezionale di circa il 90% dei medici, ai successivi dell'8 e del 9 marzo con la "lettera aperta ai cittadini" e la devoluzione di un'ora del nostro lavoro alla Caritas, alle 1.000 assemblee che si svolgono contemporanee nei posti di lavoro ed agli incontri in ogni Regione con i presidenti delle Giunte, membri dei gruppi parlamentari, organi di stampa e televisioni del 14 aprile 2004. Infine il 24 aprile lo sciopero di 24 ore e la grande manifestazione nazionale a Roma alla quale hanno partecipato 30.000 operatori della sanità, in rappresentanza di tutte le sigle sindacali insieme alle organizzazioni dei cittadini e dei malati ed il 3 giugno ancora uno sciopero di 24 ore con la manifestazione dei segretari delle OOSS davanti al Ministero dell'Economia.

Una tappa fondamentale è stata la sottoscrizione di un manifesto-proposta dal titolo eloquente: "Per un servizio sanitario Nazionale equo e solidale: un impegno comune per un obiettivo condiviso" da parte di 52 sigle sindacali del mondo medico e della dirigenza del SSN, vero preludio politico di quella unità sindacale che avrebbe portato alla firma del CCNL 2001-2005.

Negli stessi mesi anche il Comitato Nazionale "solidarietà e salute", costituito per il sostegno ed il rilancio del SSN, alla cui nascita l'Anaa Assomed ha partecipato insieme ai medici di famiglia ed ai medici ambulatoriali, e al quale presto ha fatto arrivare la sua adesione un vasto mondo di rappresentanza dei cittadini, dei malati, delle associazioni di volontariato e del mondo politico, ha intensificato la sua attività e fatto sentire forte la sua voce. La sua forte impronta unitaria e le sue parole d'ordine a difesa di un sistema di protezione sociale del quale la sanità è un fondamento imprescindibile, hanno aiutato a diffondere la convinzione nella opinione pubblica e nel mondo della politica della necessità di un piano straordinario di investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico e di una programmazione diversa del sistema dell'offerta, coerente con i nuovi bisogni di salute ed i nuovi orientamenti di politica sanitaria.

Una grande stagione di lotta e di sensibilizzazione non priva di momenti difficili e tentativi ripetuti di dividere il fronte sindacale.

L'ostinata indifferenza del Governo però non ha fermato la protesta dei medici dipendenti che anzi si è rafforzata con l'ingresso dei sindacati dei medici convenzionati che hanno sposato appieno le ragioni della vertenza. Il numero delle sigle sindacali interessate è salito così a 52, contribuendo al successo della manifestazione a Roma del 24 aprile che è stata straordinaria, per usare l'unica parola adatta a descrivere quella giornata. Il disperato tentativo dell'allora Ministro della salute Sirchia di spaccare il fronte sindacale almeno sulle modalità di

protesta, con la convocazione di tutte le sigle sindacali a Milano prima dello sciopero generale fissato per il 3 giugno, non ha sortito effetto, consapevoli come eravamo del fatto che il livello di mobilitazione e di coinvolgimento raggiunti tra i colleghi non poteva essere “venduto” per un pugno di mosche in assenza di atti concreti da parte dell’esecutivo e delle Regioni, per soddisfare le richieste poste dalla Vertenza per la Salute.

Anche la legge sulla nuova esclusività di rapporto fu proposta come motivo sufficiente per sospendere lo sciopero, rinunciando ai temi generali della vertenza compreso il rinnovo del contratto, ma anche in questo caso la risposta dell’Anaa Assomed è stata di netto rifiuto.

E’ stata una stagione importantissima che ha visto una mobilitazione senza precedenti, 74 ore di sciopero, una manifestazione nazionale di 30.000 medici e la unità sindacale di 52 sigle per la prima volta tutte insieme. Siamo stati la principale fonte ispiratrice, prima l’anima e poi il motore di questa grande avventura vincente con la quale siamo riusciti a saldare i legittimi interessi del rinnovo contrattuale con la difesa della medicina pubblica, la sola cornice possibile dove possono trovare la giusta collocazione gli interessi della nostra categoria.

IL RINNOVO DEL CONTRATTO DI LAVORO

La trattativa per il rinnovo contrattuale è iniziata con molto ritardo e nelle condizioni di partenza più sfavorevoli e penalizzanti, per la categoria. La saldatura tra gli interessi delle Regioni, sempre più tesi a spremere i medici, e quelli del Governo sempre meno interessato alle sorti del SSN, portò ad un atto di indirizzo da parte del Comitato di Settore, organo tecnico di Governo e Regioni, i cui punti più “qualificanti” vogliamo brevemente ricordare:

- abolizione delle 38 ore lavorative settimanali e l’introduzione dell’orario minimo di lavoro per tutta la dirigenza;
- abolizione delle 4 ore settimanali dedicate all’aggiornamento;
- messa in discussione dell’indennità di esclusività, per mantenere la quale furono, informalmente chieste dalle Regioni sei-otto ore settimanali di lavoro in aggiunta alle 38;
- abolizione del Comitato dei Garanti;
- riduzione del fondo di posizione;
- utilizzazione degli incrementi contrattuali dedicati alla copertura dell’inflazione solo per incrementi variabili aziendali da ricontrattare annualmente.

L’unico punto positivo era costituito dalla proposta di un rafforzamento del livello di contrattazione regionale.

A tale inquietante proposta occorre aggiungere la mancata entrata in vigore delle code contrattuali relative al CCNL 98-01 che, sottoscritte il

7 maggio 2003, videro la loro applicazione quasi un anno dopo e cioè l' 11 febbraio 2004.

Questo era lo scenario in cui ci si apprestava ad iniziare le trattative contrattuali.

Il nostro principale merito è stato quello di avere ricercato, sempre, anche quando altri sperimentavano autonome scorciatoie in virtù di dichiarate vicinanze politiche con partiti di Governo, l'unità sindacale. Dopo le difficoltà iniziali si riuscì a mettere tutti attorno ad un unico tavolo sì da potere controbattere con più forza le inaccettabili proposte della controparte. La sottoscrizione del CCNL ha dato ragione alla nostra continua ricerca dell'unità sindacale, patrimonio che non andrebbe disperso qualunque siano i colori delle coalizioni di governo. La sigla definitiva e la conseguente entrata in vigore del CCNL sono avvenute dopo 46 mesi dalla scadenza del precedente e dopo quasi un anno di faticosa trattativa. Da un Governo che aveva prefigurato un Paese-azienda, con le connesse efficienze, forse era lecito attendersi qualcosa in più!

Durante la trattativa abbiamo contrastato con tenacia e responsabilità ogni tentativo di ridurre il confronto sindacale alla confezione di nuove regole tese a conseguire un vecchio obiettivo e cioè la massima produttività dei servizi, attraverso l'utilizzo senza limiti della forza lavoro professionale, a parità di costi ed indifferenti a qualità, efficacia, appropriatezza e sicurezza. Ecco perché abbiamo subito rifiutato le proposte di incremento dell'**orario di lavoro** a parità di retribuzione, contenute nell'atto di indirizzo.

Nello stesso tempo, però, abbiamo reso disponibile una quota dell'orario riservato all'aggiornamento per contribuire alla riduzione delle lista d'attesa. Una tale disponibilità, nel rispetto delle singole volontà individuali, è stata estesa, anche oltre l'orario di lavoro dovuto, a prestazioni assistenziali rese in libera professione aziendale.

Con le stesse finalità abbiamo costantemente riproposto sul tavolo contrattuale le soluzioni tecnicamente possibili ed economicamente sostenibili di **miglioramento degli standards assistenziali**, soprattutto relativi alle attività connesse all'urgenza-emergenza, situazioni ambientali particolarmente difficili ove si produce non solo la maggior parte del disagio professionale ma anche la minor sicurezza delle prestazioni rese, e si alimentano le insoddisfazioni e la sfiducia dei cittadini spingendoli sempre più spesso a devastanti azioni di rivalsa per vera o presunta malpractice.

Con la previsione di nuovi obblighi di **tutela assicurativa** in capo alle aziende, compresa la rivalsa per colpa grave, e la specifica indicazione a formalizzare attività aziendali dedicate al risk management, abbiamo

risposto non solo alla legittima richiesta di tutela dei medici, ma anche all'esigenza condivisa di garantire ai pazienti sicurezza delle prestazioni e certezza dei risarcimenti laddove dovuti.

E' stato poi rivisitato tutto il **sistema delle verifiche** sancendo il principio che, pur essendo la Dirigenza Medica sottoposta ad una doppia valutazione, annuale sui risultati dal Nucleo di Valutazione e a fine incarico di carattere professionale dal Collegio Tecnico, solo il secondo può determinare eventuali sanzioni che intervengono sulla revoca degli incarichi.

Gli oneri della **formazione permanente** (ECM) sono stati attribuiti alle aziende, che, pertanto, devono garantire ai propri dirigenti l'accesso al numero e tipologia di crediti previsti dalla normativa nazionale.

Si è istituito **un livello regionale di confronto** su numerose materie per le quali, ferma rimanendo l'autonomia contrattuale delle singole aziende, le Regioni possono emanare linee di indirizzo.

Questo coordinamento non afferma un terzo livello di relazioni sindacali ma è correlato soprattutto agli istituti negoziali per la cui realizzazione le Regioni si sono impegnate a corrispondere risorse aggiuntive per il miglioramento della qualità e dell'offerta dei servizi anche attraverso un investimento delle risorse finalizzato agli obiettivi strategici regionali.

Il sistema delle relazioni sindacali conferma, quasi integralmente, lo schema attualmente vigente con la aggiunta della costituzione, presso ogni azienda, di un comitato paritetico sul fenomeno del **mobbing** con compiti di monitoraggio, individuazione delle cause e formulazione delle proposte per contrastare lo stesso fenomeno.

Riguardo ai **contenuti economici** la costruzione del nuovo tabellare che ha utilizzato tutto il 5,66% degli incrementi contrattuali e il conglobamento di parti accessorie della retribuzione (posizione, risultato, RIA) ha creato i presupposti per una certezza sulla entità e corresponsione degli arretrati e per l'incremento della retribuzione di riferimento a fini previdenziali (Quota A, TFR).

Chiuso il quadriennio normativo ed il I biennio economico si doveva affrontare il II biennio economico e, in concomitanza con le ipotesi di riduzione delle aliquote fiscali ci si prospettò la possibilità di un vero e proprio baratto fisco-contratto.

La ipotesi più radicale prevedeva di saltare il rinnovo del II biennio per il pubblico impiego con un risparmio netto di circa 5 miliardi di euro mentre una seconda, più moderata, proponeva il rinnovo al 3,7% anziché al 5,2% di incremento.

Pur diffidenti nei confronti di una riforma fiscale che rendeva più ricchi i già ricchi lasciando ridicole briciole ai ceti medio-bassi, ci siamo chiesti

se, egoisticamente, l'applicazione delle nuove aliquote alle retribuzioni della nostra categoria al posto del rinnovo contrattuale poteva rendere vantaggioso lo scambio contratto-fisco. Ebbene, i numeri parlavano di un risparmio fiscale medio di 53 euro mensili per 80.000 medici che in cambio si sarebbero dovuti accontentare di 40 euro lordi mensili derivanti dal rinnovo contrattuale. Ci siamo, quindi, battuti per una urgente apertura delle trattative ed il 9 marzo u. s. è stata siglata la relativa pre-intesa che, a distanza di 6 mesi dalla avvenuta scadenza, aspetta ancora di esplicitare i suoi effetti.

I contenuti di tale accordo sono stati fortemente influenzati dal grave ritardo della trattativa che si stava spingendo a ridosso di un tempo oltre il quale il rinnovo sarebbe stato reso impossibile per molti mesi ancora e determinato dalle imminenti elezioni politiche con tutto ciò che ne sarebbe conseguito non rappresentando certo il rinnovo del contratto del II biennio economico della dirigenza sanitaria l'argomento prioritario di qualunque nuovo governo.

Pertanto, di fronte ad un netto e strumentale rifiuto da parte dell'ARAN ad accettare un riconoscimento economico dello sviluppo professionale legato a fasce di anzianità, siamo stati costretti ad accettare una tanto cervelotica quanto irremovibile posizione sulla individuazione della platea dei destinatari del beneficio economico in prima applicazione. Anche perché il passare del tempo rendeva sempre più difficile la tenuta unitaria del tavolo sindacale facendo emergere difformi orientamenti di alcune componenti poco disposte a riconoscere priorità remunerative per i turni di lavoro disagiato.

Un ulteriore ostacolo, gravissimo sotto il profilo istituzionale, politico e sindacale, alla pattuizione nazionale di un riconoscimento economico adeguato per il lavoro disagiato è stato posto dalle federazioni sindacali della funzione pubblica che in modo formale hanno cercato di dettare regole e comportamenti all'ARAN violando l'autonomia del nostro tavolo negoziale.

Nelle condizioni date è stato impossibile ottenere di meglio salvo fare saltare la trattativa non siglando la preintesa; il mandato, però, della Segreteria Nazionale e della Consulta dei Segretari Regionali non era questo e, nonostante palesi incongruità che potranno trovare soluzione in sede aziendale, crediamo di avere ben seminato per il prossimo rinnovo.

La recente esperienza ci ha fatto comprendere come, nei fatti, la logica pattizia contrattuale sia in grado di modificare alcune delle criticità presenti nella nostra attività ed organizzazione del lavoro e non si riduca a mero incremento economico personale; il che non vuol dire abbandonare lo strumento legislativo e quello formativo-culturale. Non

si può, infine, non prendere atto delle enormi lungaggini e pastoie burocratiche cui è soggetto il nostro CCNL in sede di rinnovo. Esso è vittima di una perversa ed infernale giostra che lo fa girare dal Consiglio dei Ministri, al Comitato di settore, agli atti di indirizzo, all'ARAN, al Ministero dell'Economia, nuovamente al Consiglio dei ministri, quindi alla Corte dei Conti, nuovamente all'ARAN e nuovamente al Consiglio dei Ministri in una logica di controllo ex post di nessun valore e di nessuna efficacia se non quella di allungare a dismisura i tempi di entrata in vigore di norme regolarmente e liberamente pattuite e sottoscritte. Una riforma della contrattazione che renda più snello il percorso appare necessaria per il prossimo futuro.

2006: UN ANNO STRAORDINARIO

In ultimo, non certo per importanza, in questo anno straordinario che è stato il 2006 per l'Anaa Assomed, non possiamo non ricordare la gioia ed il sano orgoglio associativo con cui abbiamo salutato prima la elezione di Amedeo Bianco alla Presidenza della Fnomceo, dopo che Aristide Paci era stato riconfermato Presidente dell'Onaosi, e poi la partecipazione al nuovo Governo del Paese di Serafino Zucchelli in qualità di Sotto Segretario del Ministero della salute.

ANAAO ASSOMED E ASSOCIAZIONISMO MEDICO

Viviamo un tempo di pensiero debole e di identità fragili, una fase di lungo, profondo e incerto cambiamento sociale, che non coinvolge solo il nostro piccolo mondo professionale e nazionale.

Parafrasando W. Allen potremmo sostenere che le ideologie sono morte, le grandi idee anche e le antiche identità professionali non si sentono tanto bene. In questo contesto, che riguarda tutto il mondo e la cultura occidentale, rappresentare gli interessi e le speranze della professione medica, nel mezzo di un guado di ridefinizione di identità sociale del quale non si vede ancora l'approdo, è stato in questi anni un compito complesso e dalla rotta incerta.

Non solo il contesto di valori e punti di riferimento, sociali e professionali, è stato, e continuerà ad essere per la nostra professione, confuso e poco rassicurante, ma anche i tradizionali strumenti utilizzati per affrontare i problemi del lavoro e delle categorie professionali hanno vissuto una specifica crisi di identità e di ruolo.

In particolare, paradossalmente, l'acuirsi di incertezze e criticità nel mondo del lavoro è stata accompagnata dalla perdita di credibilità delle organizzazioni sindacali. Il sorgere di un neoindividualismo competitivo e autosufficiente, in un mondo in cui sembrano prevalere come uniche idee forti il mercato e la cultura aziendale, ha fatto ritenere a molti antiquata e inefficiente l'idea associativa come forma organizzata di tutela dei legittimi interessi di categoria.

In questo quadro va aggiunta la perdita, o la profonda ridefinizione, di ruolo della politica e delle istituzioni, che non riescono più a porsi come elemento decisivo di guida e promozione dei cambiamenti sociali, ma piuttosto ne assecondano i mutamenti seguendo le pressioni più forti e visibili, non sempre quelle più nobili e coerenti con il bene comune.

Certo non è stato facile sostenere un lavoro sindacale più incerto nel quadro di riferimento, più instabile nel ruolo degli attori sulla scena, più fragile nei valori guida, più confuso nei modi possibili dell'azione, all'altezza di chi si rappresenta e dei problemi che si hanno di fronte.

Comunque possiamo dire con sobrio orgoglio di essere riusciti nel compito di mantenere vivo, ed anche rafforzare, il ruolo di quello che noi chiamiamo sindacato dei medici ospedalieri, ma che nei paesi anglosassoni avrebbe la più esplicita identità di lobby responsabile.

Abbiamo difeso e promosso il nostro diritto a migliori e più sicure condizioni di lavoro insieme al diritto dei cittadini a migliori e più sicuri ospedali, abbiamo iscritto nell'agenda della politica, che non lo avrebbe fatto autonomamente, i valori dell'equità e della solidarietà come fondamenti di un sistema di tutela della salute pubblico e nazionale, abbiamo reclamato il diritto alla salute, ed agli strumenti che lo rendono esigibile, come diritto di cittadinanza e non come semplice tutela che lo stato garantisce in relazione alla propria ricchezza o al luogo in cui capita di vivere, abbiamo valorizzato il ruolo dei professionisti come risorsa per garantire ai servizi sanitari di essere motore dello sviluppo sociale ed economico del paese.

Abbiamo fatto tutto questo non per capacità o meriti personali, ma per i valori e le idee che sono a fondamento della ormai cinquantennale vita della nostra associazione.

In un mondo privo di certezze e in continuo e accelerato cambiamento, in un paese fragile e a civiltà limitata, in una professione confusa e nutrita di individualismo noi abbiamo avuto, e abbiamo tuttora qualcosa in cui credere.

Crediamo negli ideali e nelle idee che sono da sempre il patrimonio più solido e disponibile di questa associazione e degli uomini che ne hanno fatto la storia.

La passione per il lavoro, il nostro lavoro, ma anche la passione civile che ci fa identificare con i luoghi del nostro lavoro, che sono a loro volta luoghi di identità collettiva delle comunità.

Il rispetto per l'umanità delle persone che noi serviamo, e che a noi si affidano nei momenti più critici e decisivi della vita.

Il senso di responsabilità di una categoria che è classe dirigente del paese, che non può e non vuole sfuggire a questo ruolo, ma solo esercitarlo con maggior o minore consapevolezza e dedizione.

La fiducia nell'onestà e nella competenza di donne e uomini che hanno dedicato le loro migliori capacità ad una professione difficile ed entusiasmante. Su questi punti cardinali abbiamo costruito sino ad ora la rotta della nostra associazione, e gli stessi continueranno ad essere per il futuro i valori e gli ideali di riferimento.

Non possiamo però cullarci in una rassicurante conservazione, abbiamo bisogno su questa traccia di definire nuove analisi, elaborare nuove idee, proporre nuove strategie e iniziative. Dobbiamo guidare e non subire le trasformazioni, essere promotori di una rinnovata e più forte identità del sindacalismo medico.

Partendo naturalmente dalla nostra struttura.

Nell'ultimo decennio abbiamo attraversato, forse senza mai descriverlo esplicitamente, un profondo cambiamento che adattava il nostro modo di essere alle mutate esigenze della categoria. Siamo passati da una gestione monocratica e direttiva ad una democratica e partecipativa, seguendo lo spirito del tempo e le attitudini degli uomini.

Ora è necessario compiere un passo ulteriore per reggere al ruolo di guida che la categoria ci riconosce. Dalla democrazia e dalla partecipazione deve nascere un assetto organizzativo che faccia della delega e dell'assunzione di responsabilità l'elemento decisivo di una maggiore efficienza esecutiva e di una più continua e capillare presenza dell'associazione all'interno della categoria.

Bisogna fare leva sino in fondo sulla disponibilità e le capacità delle persone in un clima di trasparente collaborazione, senza confusione di ruoli ma con la completa valorizzazione di tutte le energie e tutte le competenze.

Questa scelta ci è richiesta dalla difficoltà dei tempi ma anche e soprattutto dalla coerenza con il disinteressato impegno civile a cui abbiamo liberamente deciso di dedicarci e di cui a tutti i colleghi dobbiamo rendere quotidianamente conto.

Non tutto naturalmente si conclude all'interno delle mura di casa nostra.

E' necessario riflettere sui rapporti e le relazioni che in questi anni hanno regolato il vasto e articolato mondo del sindacalismo medico.

Anche in questo caso abbiamo guidato la transizione da un contesto conflittuale e competitivo, caratterizzato anche da diffidenze e ostilità, ad uno scenario di riconoscimento e fiducia reciproci.

Le iniziative del Comitato solidarietà e salute, la battaglia per il rinnovamento degli Ordini, il lavoro di elaborazione comune per il rinnovo contrattuale, hanno segnato un percorso fortemente condiviso e sintonico in un contesto in cui, senza mettere in discussione la storia e la specificità di ciascuno, si ricercava costantemente il massimo

grado di unità della categoria.

Questo ci chiedono i medici: più unità, su valori comuni, progetti condivisi, in una azione più forte e coesa a difesa delle istanze della categoria e dei diritti dei cittadini.

Anche su questa strada non possiamo nasconderci le molte difficoltà ed il rischio di apparire velleitari, ma definire un patto di consultazione permanente, elaborare in modo comune idee ed iniziative, continuare a difendere insieme i valori in cui tutti crediamo è esattamente ciò che si aspettano da noi i tanti medici che continuano ad affidarci le loro speranze in un lavoro migliore.

CONCLUSIONI Con l'orgoglio che ci deriva da una storia che viene da lontano e dalle vicende degli ultimi mesi noi intendiamo continuare la nostra azione nell'interesse della categoria assecondando una naturale vocazione al cambiamento ed al protagonismo.

L'insieme di vecchi e nuovi problemi esige più e non meno sindacato evitando il pendolo romantico tra titanismo e vittimismo. Utilizzando la consapevolezza della nostra storia come strumento di identità collettiva punteremo a ribadire con forza una rinnovata centralità del medico che è il soggetto che interpreta la mediazione tra malato e malattia e garantisce l'efficacia clinica senza la quale non può esistere efficienza (Cochrane).

Attraverso il superamento della frantumazione corporativa della rappresentanza degli interessi miriamo a fare prevalere una visione unitaria della categoria capace di essere portatrice di valori di carattere generale per continuare, a partire dalla ragion d'essere della nostra associazione, a difendere la medicina pubblica e la autonomia professionale, vero strumento per tutelare i legittimi interessi dei medici, contemporaneamente garanti verso le amministrazioni della appropriatezza e verso i cittadini della qualità delle prestazioni.

Perché questo avvenga, però, è indispensabile che l'Anaa Assomed difenda la sua autonomia che nulla ha a che vedere con il corporativismo ed il disinteresse dell'impegno civile. Essa è strumento indispensabile di libertà per essere da stimolo e pungolo per tutti a cominciare da questa alleanza e questo Governo.

Essere protagonisti tutti insieme governando le differenze: questo è il ruolo del sindacato oggi.

Perché uscire da un problema da soli è egoismo, uscirne tenendo legati valori ed interessi legittimi è il sindacato, è l'Anaa Assomed di oggi e di domani.

Questo è l'impegno di chi si appresta a raccogliere l'eredità di chi oggi ci saluta ma non ci lascia cui rinnoviamo ancora una volta il nostro affetto e la nostra gratitudine.