



Carlo Lusenti (Anaa) sollecita il ministro sugli obiettivi prioritari dei prossimi mesi

«Ora risultati in tempi certi»

Ammodernamento irrinunciabile - Ssn-Università, questione di civiltà

Libera professione e rischio professionale, ammodernamento del Ssn, rapporti Ssn-Università, contratto, precariato, rapporti tra medici e altri laureati delle professioni sanitarie: «Il ministro deve insistere sui temi che ha lanciato. E deve porsi obiettivi da raggiungere in tempi certi, altrimenti il rischio è che su queste cose si faccia solo un gran parlare e quello che resterà del suo mandato siano solo argomenti come cannabis, fumo, bullismo. I provvedimenti chiave li deve portare a casa». Non ha dubbi Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaa Assomed che garantisce l'appoggio del sindacato sulle scelte concrete, ma non tralascia una lunga serie di criticità e di rischi che minacciano proprio questi temi all'ordine del giorno dell'agenda del sindacato.

Il disegno di legge sulla libera professione e sul rischio clinico è ormai destinato a trasformarsi in decreto legge, ma il suo vero problema sono i tempi di conversione.

Il decreto lo faranno in luglio e nei 60 giorni successivi, considerando anche la pausa estiva, difficilmente riusciranno a convertirlo. E se saltasse non esisterebbe più il presupposto legislativo per poter convenzionare, affittare, utilizzare spazi fuori dalle strutture per l'intramoenia. E c'è chi dice che se scadesse tutto si passerebbe dall'intramoenia "allargata" all'intramoenia "abusiva", perché la libera professione si farebbe lo stesso, ma scopperebbe il caos.

Ma ci sono anche altri elementi che ci preoccupano. La discussione sul Ddl parte alla Commissione Sanità del Senato - e in questo senso abbiamo scritto al presidente Ignazio Marino annunciando che non parteciperemo alla "corsa" agli emendamenti - e bisogna fare attenzione perché il testo raggiunto è in un equilibrio fragilissimo e se si comincia a cambiare, non si sa più cosa può succedere. Per ora Marino ha garantito che intende conservare il testo del Ddl, che poi diventerà decreto, almeno in un ramo del Parlamento.

Ha dei dubbi?

Fino a che punto il Governo è intenzionato a difendere il suo testo? Quando il tempo arriverà, useranno come schema per il decreto legge esattamente il testo del Ddl approvato dal Consiglio dei ministri, oppure, visto che per allora un po' di lavoro la Commissione Igiene e Sanità del Senato l'avrà fatto, si accoglieranno le osservazioni elaborate?

La questione è decisiva perché basta a esempio che in Commissione passi l'idea di reintrodurre rispetto al convenzionamento degli studi l'aggettivo "limitrofi" che era nel

primo testo, salterebbe tutto l'impianto attuale.

Quindi c'è un "problema tempo" e un "problema testo". L'intenzione del ministro sembra essere quella di usare esattamente il testo del Ddl per il decreto, ma ci sono pressioni forti sia in commissione Igiene e Sanità del Senato che da parte della Cgil e anche al momento eventuale della conversione in legge del Ddl ripartirà il "rischio" del Parlamento che in aula potrebbe trovare ostruzionismi da parte dell'estrema sinistra e il centro-destra potrebbe accodarsi per mandare sotto il Governo. Quindi anche il tragitto di conversione è pericolosissimo e tutti dovrebbero rendersene conto.

Altri problemi?

Altra difficoltà è nel fatto che il Ddl, domani decreto legge, è stato arricchito da quegli articoli sulla sicurezza che erano stati preparati per il Ddl sull'ammodernamento. E su quelli ci sarebbe ancora da discutere visto che erano elaborazioni non proprio compiute. Si tratta di misure volute per dare pronta risposta a precise emergenze, ma aver appesantito così il testo rende ancora più impossibile che il provvedimento muoia: non immagino cosa accadrebbe se una norma fatta per dare risposta all'emergenza dei fatti accaduti morisse nel giro di due o tre mesi. Sarebbe insostenibile.

Altro tema caldo è quello dell'ammodernamento del Ssn, su cui le Regioni non sembrano davvero tutte d'accordo.

Il nodo politico è che le Regioni del Nord e molte del Centro non vogliono il provvedimento perché hanno i loro poteri, difendono una loro "decente" amministrazione e la qualità dei servizi che hanno raggiunto e, soprattutto, che potranno raggiungere con l'applicazione piena del federalismo: difendono la loro autonomia di buoni amministratori. In realtà però anche al Centro-Sud secondo me potrebbe andare bene in alcuni casi che non se ne faccia nulla, non per difendere la buona gestione, ma per la possibilità di fare di testa propria come si è sempre fatto.

Voi, invece, volete la legge...

Noi l'ammodernamento lo vogliamo. E lo vogliamo perché su alcune questioni o c'è una struttura unitaria a livello nazionale o non regge più nulla. È necessario guardare bene cosa è accaduto col federalismo su cui ho dubbi fortissimi che sia la giusta strada da seguire. A esempio non è possibile che le norme per selezionare i direttori di struttura complessa siano diverse da Regione a Regione e tutti abbiano legiferato per conto loro.

Uno dei punti politici di un anno fa era che il referendum che ha bocciato la devoluzione avesse segnato anche un'inversione di rotta, in real-

tà è stato uno stop transitorio. Nei fatti ora il federalismo nella sua completa attuazione supera i contenuti della devoluzione e questa è una delle ragioni per cui le Regioni frenano sull'ammodernamento che ha una connotazione più centralistica. E la questione di legittimità costituzionale che alcuni pensano di sollevare è uno dei modi, appunto, per frenare.

Che testo prevede?

Non vorrei che il testo che alla fine uscirà dal Consiglio dei ministri chiamato «ammodernamento» sia minimalista e affidi tutto ad accordi Stato-Regioni o, peggio, sia un provvedimento che il Governo vara, ma che il Parlamento affossa. Sarebbe una grandissima occasione persa e senza unitarietà il sistema non reggerebbe più. Un conto è avere un sistema coeso di Ssn fatto dalle Regioni con un'autonomia forte; un conto è dire che c'è una deriva e ciascuno fa per conto proprio. Nel mezzo c'è un'autonomia regionale che su alcuni temi deve avere spunti di omogeneità su tutto il territorio nazionale come il contratto, la scelta dei direttori di struttura complessa, la governance delle aziende. Queste devono essere regole comuni, poi sugli aspetti organizzativi ognuno fa bene a fare per conto proprio, ma alcune regole del gioco di base devono essere uguali per tutti.

Voi siete sulle barricate anche per il nuovo rapporto da disegnare tra Ssn e Università.

Questo è uno dei nostri temi storici e si dice che nel confronto tra ospedalieri e universitari gli ospedalieri perdano sempre. Ma io sono convinto che il confronto, quando è il caso, vada tenuto aperto comunque, non in funzione di chi vince o perde, ma solo perché è una battaglia di civiltà. Oggi a esempio un medico del Ssn va in pensione al massimo a 67 anni, mentre un universitario, per le funzioni assistenziali, a 72. Ci sono cinque anni di differenza in funzione dei quali gli ospedalieri che vanno in pensione prima non vengono sostituiti e in questo modo la composizione della popolazione medica cambia.

Poi c'è il tema della formazione che è scandaloso: non si riesce nemmeno più a fare bandi per le scuole di specialità, continuiamo ad avere specialisti che non ci servono e non quelli che ci servono, i medici entrano in ospedale "sfiniti" a 35 anni, mentre all'estero, a esempio negli Usa, al massimo si entra a 24 anni. Qui da noi la fase più vitale del percorso professionale si butta via facendo il portaborse nelle cliniche universitarie. Questi temi devono essere affrontati. E il Ddl non basta davvero a risolverli. Né serve quello sui Policlinici universitari, annunciato come decreto da due ministri, diventato Ddl minimale e con tentativi da parte dell'Università di caricarlo di contenuti propri trasformandone i connotati e il fine, diventando un altro regalo agli atenei. Per quel che ci riguarda noi cercheremo di proteggere il testo scritto da Turco e Mussi.

E siamo all'argomento principale delle vostre proteste di questi mesi: il contratto.

Siamo stati gli unici a scioperare e questo è stato un momento utile, perché non è facilissimo tenere insieme

due aree - medici e dirigenza non medica - su alcune parole d'ordine, quelle e non altre, su una lettura categoriale e non per politica di parte, senza fare lo sciopero su un solo argomento come la libera professione, ma su una serie di temi tra cui questo, ma dove il primo è, appunto, il contratto. Il tutto dopo aver trovato un minimo comune denominatore serio, compatibile con gli equilibri del Paese, da sostenere in modo unitario e con gli strumenti disponibili.

A v e v a m o scioperato con Berlusconi per i temi di allora, abbiamo scioperato con Prodi per i temi di adesso, il che non vuole dire essere irresponsabili, ma guardare i problemi esattamente per quelli che sono.

Intanto è tutto fermo...

Siamo a giugno e non è ancora uscita la direttiva madre per i contratti. Poi devono arrivare le direttive di settore e bisogna avviare la contrattazione: il rischio è veramente che si parta questo autunno e si salti di fatto un biennio. La necessità di insistere, sollecitare, su questo tema è forte, e noi lo abbiamo fatto anche utilizzando lo strumento dello sciopero. La partita del contratto è importante anche perché resta uno dei pochi temi unificanti del sistema: un unico contratto di lavoro su tutto il territorio nazionale. Il comparto del personale ha fretta di andare avanti perché ha le elezioni delle Rsu a novembre e le conferenze hanno voglia di arrivarci con risultati concreti. Se loro chiuderanno entro novembre, noi verosimilmente potremmo farcela per la primavera 2008.

Cosa c'è di irrinunciabile sul tavolo?

Di irrinunciabile c'è una cosa il cui finanziamento non è nel contratto e su questo noi scriveremo a Prodi e Padoa-Schioppa in occasione del Dpef e della Finanziaria: l'indennità di esclusività è ferma da sette anni e va rivalutata. Se si vuole rendere più vincolante l'esclusività, estendendola ai direttori di struttura complessa e in alcuni casi di struttura semplice, bisogna dargli il valore che ha, e che non è più marginale. Per il resto il contratto lo faremo con le risorse dell'accordo generale e questo deve essere un contratto di consolidamento e chiarimento rispetto alle rivoluzioni degli anni passati. Abbiamo bisogno di consolidare gli istituti contrattuali, non fare l'ennesima fuga in avanti che destabilizza il sistema e non viene capita da chi ci lavora, quindi non penso sia un contratto di forti cambiamenti dal punto di vista normativo.

La vostra categoria ha anche il problema del precariato.

È un tema di cui tutti parlano: ci sono circa 12mila medici precari. Quando si parla di precariato nella pubblica amministrazione di solito

si parla di persone che hanno un rapporto di lavoro a tempo determinato, ma è comunque un rapporto di lavoro. Nel nostro caso non parliamo di questo: negli ultimi anni sono stati inseriti circa 10mila medici con i più vari rapporti di tipo libero-professionale, attivando forme di vero sfruttamento e creando le condizioni di instabilità, incertezza del futuro, impossibilità a investire professionalmente su se stessi che abbassa la qualità del sistema, non perché quei

medici non siano bravi, ma perché chi fa le guardie notturne poi esce e deve fare altro per vivere e l'attenzione non sarà mai la stessa di chi sa che quella notte fa parte del suo unico mestiere per i prossimi trenta anni.

Infine un tema sempre più di primo piano per la gestione dell'assistenza: il rapporto tra i medici e gli altri neo-laureati delle professioni sanitarie.

Con un meccanismo di dirigenza diffuso, c'è un rischio reale di ridurre i ranghi di chi svolge le funzioni base, ma il pericolo maggiore non è questo. È quello di entrare in conflitto sul piano professionale per l'attribuzione delle funzioni. E questo conflitto si gioca sul letto del malato.

È un problema che tra i medici abbiamo già avuto quando il "giro" al letto del paziente era quello tra assistente, aiuto e primario, dove ciascuno doveva far vedere di essere il più bravo. Ora c'è un unico livello di dirigenza e la cosa si è risolta, ma se questo conflitto lo importiamo nuovamente nel rapporto tra medici e professionisti e lo estendiamo ancora per tutte le categorie esistenti e tutte le sedi, diventa veramente un grosso guaio.

Sappiamo bene che ci sono nel mondo, ma anche in Italia, esperienze dove la professione infermieristica ha forti responsabilità. Ci sono ambulatori infermieristici dove c'è un circuito organizzato per cui a esempio il paziente va a fare un ciclo di medicazioni prescritte dal chirurgo e poi da lì è rimandato al chirurgo guarito, oppure nel corso dell'intervento viene rinviato al medico per una rivalutazione del caso. Ci sono luoghi dove la lettera di dimissione è doppia: medica e infermieristica per tutto ciò che attiene all'assistenza. E questo è ben fatto.

Però...

Però va definito chi fa che cosa, si devono trovare forme di organizzazione professionale, ma non si può lasciare tutto al confronto su un terreno di conflitto che alla fine sono i malati. Per quel che ci riguarda, dopo l'estate porremo il problema alle professioni cercando il dialogo: noi non faremo ostruzionismi, ma loro dovranno prendere impegni precisi su organizzazione e responsabilità.



“ C'è il rischio di un conflitto di funzioni con i nuovi laureati delle professioni al letto del paziente senza un dialogo preventivo ”



“ Una revisione del sistema serve a dare garanzie di un assetto unitario che faccia da binario alle politiche autonome delle singole Regioni ”