



Roma, 30 maggio 2007

CONVEGNO NAZIONALE

Esclusivita' & Intramoenia

per una sanità di qualità

Relazione introduttiva di Massimo Cozza

segretario nazionale FPCGIL Medici

Centro Congressi Cavour

Un anno fa

E'passato un anno da quando, proprio qui, al Centro Congressi Cavour a Roma, abbiamo posto al Governo Prodi i temi della esclusività e della libera professione.

Sembrava infatti che, dopo la cancellazione della obbligatorietà della esclusività di rapporto da parte del Governo Berlusconi e l'introduzione della reversibilità annuale, tutti fossero stati colpiti da amnesia.

Forze sindacali, partiti, e lo stesso Governo dell'Unione.

Basta ricordare che nel programma sulla sanità presentato dalla Ministra Livia Turco al Parlamento, il New Deal per la Salute composto di ben 45 pagine, le questioni della esclusività e della libera professione erano assenti, per noi ovviamente ingiustificati.

E come non ricordare che per la scadenza della libera professione intramuraria allargata del 31 luglio 2006, la prima intenzione del Ministero della Salute era l'eliminazione di ogni ulteriore scadenza, lasciando di fatto la situazione invariata, per sempre.

Chi di voi era qui presente al nostro Convegno, una anno fa, si ricorderà le parole del Sottosegretario alla Salute Serafino Zucchelli, e la ferma risposta nelle conclusioni del nostro Segretario Generale della Funzione Pubblica Carlo Podda.

Lo stesso Sottosegretario Serafino Zucchelli, successivamente, annunciò che ci sarebbe stata una proroga della libera professione intramoenia allargata, di tre anni.

Ci opponemmo fermamente.

Un primo risultato della nostra azione fu una proroga, contenuta nel Decreto Bersani, grazie al prezioso intervento della Ministra Livia Turco, limitata ad un anno e con la novità dei poteri sostitutivi delle Regioni nei confronti delle aziende inadempienti, anche con la nomina di un commissario ad acta.

Inoltre, nello stesso comma del Decreto Bersani, si stabiliva che in ogni caso l'attività libero professionale non avrebbe potuto superare sul piano quantitativo l'attività istituzionale dell'anno precedente, nonché l'affidamento dei controlli alle stesse Regioni.

Ricorderete infine che la Ministra Livia Turco a luglio, dopo la nostra iniziativa, annunciò di voler reintrodurre la esclusività di rapporto obbligatoria per i direttori di struttura complessa.

Ebbene la maggioranza del mondo politico e sindacale insorse, allarmato dal possibile e contemporaneo cambiamento anche delle regole sulla libera professione intramoenia allargata.

E chi ha gridato più forte, era tra i cosiddetti baroni universitari e i primari, ormai con abitudini consolidate di occupazione dei posti apicali nei policlinici e negli ospedali pubblici, come trampolino di lancio per la loro consentita attività privata nei propri studi e nelle cliniche.

Vi ricorderete l'imbarazzante foglia di fico, costituita dallo slogan, "*così i migliori se ne vanno*", quando, con l'esclusività obbligatoria della Bindi sono tutti rimasti ben saldi nelle poltrone universitarie ed ospedaliere del servizio pubblico.

Noi invece apprezzammo la rinascita del principio della esclusività obbligatoria, annunciato dalla Turco, pur criticando la limitazione ai soli primari ed alla durata dell'incarico.

Il Patto per la Salute

Nei mesi successivi la Ministra, insieme alle Regioni, e con un confronto con il sindacato confederale, ha portato avanti il Patto per la Salute, che ha garantito in primo luogo risorse indispensabili per il futuro della sanità pubblica, pur in una situazione di processo di risanamento dei conti pubblici.

Altresì è stato avviato un serio processo di cura dei conti sanitari, con un affiancamento delle Regioni in profondo rosso.

Denunciamo però il maldestro tentativo di alcune di queste Regioni di far pagare il conto ai cittadini ed agli operatori, invece di colpire gli interessi speculativi del privato, gli sprechi del pubblico, le esternalizzazioni e le consulenze.

In particolare nella Regione Campania, il Piano di rientro riguarda, in gran parte, tagli al personale, con il blocco totale delle assunzioni e dei contratti a termine, il blocco parziale del turn-over, la riduzione del 20% dei fondi contrattuali già definiti e destinati al "secondo livello di contrattazione".

E' una situazione paradossale.

Sembrerebbe che la spesa sanitaria in Campania è fuori controllo, non per la latitanza della politica regionale incapace di una seria programmazione sanitaria, ma per colpa dei lavoratori, individuati quale unica fonte di sprechi.

Ritornando al livello nazionale, certamente le risorse sono ancora insufficienti a garantire la esigibilità dei Lea in tutto il paese, ma un positivo passo in avanti è stato fatto.

La fotografia scattata dall'ultimo rapporto Istat evidenzia che l'Italia è il Paese Europeo dove si vive più a lungo, con una maggiore aspettativa di vita di ben 6 mesi in più nell'ultimo anno, ed attribuisce questo successo alla quasi scomparsa della mortalità infantile, alla maggiore prevenzione, agli stili di vita più attenti ma anche alle maggiori cure sanitarie.

Dall'altro lato una famiglia su tre non può far fronte ad una spesa imprevista di 600 euro, ed una su otto ha problemi con le spese mediche.

Il X Rapporto PIT Salute del Tribunale per i diritti dei malati-Cittadinanzattiva ha denunciato che 1 persona su 5 non è in grado di sostenere i costi, per prestazioni erogate in intramoenia, per visite specialistiche e per la diagnostica.

Si tratta adesso di lavorare per ridurre le differenze tra chi riesce ad accedere ai servizi pubblici disponibili e chi no, a causa di una situazione sociale svantaggiosa, nonché tra la sanità del sud e tra la sanità del nord.

C'è bisogno di una maggiore integrazione delle politiche sanitarie con le politiche sociali, per una risposta adeguata alla complessità dei bisogni del cittadino.

C'è bisogno di più equità sociale, di un sistema più solidale in grado di essere raggiunto da tutti coloro che ne hanno realmente bisogno.

Basti pensare alla questione fondamentale della non autosufficienza, sulla quale, rispetto alle buone intenzioni della finanziaria, registriamo la mancanza di un progetto comune del Governo.

Il pubblico e il privato

La relazione generale sulla situazione economica del Paese, recentemente presentata dal Ministro dell'Economia, indica per la sanità per l'anno 2006, un disavanzo totale di circa 4 miliardi, ma con manovre di rientro regionali in fase di realizzazione, per 3 miliardi, grazie anche agli stanziamenti aggiuntivi del Governo.

Le precedenti drammatiche situazioni di deficit sanitario, con il Patto per la Salute, sembrano essersi finalmente avviate in un percorso di miglioramento, che dovrebbe essere portato a compimento nel 2010.

La relazione evidenzia però, anche per il 2006, l'accumulazione di circa l'80% del deficit sanitario complessivo da parte di quattro Regioni.

Il Lazio con 1,6 miliardi, la Sicilia con 909 milioni, la Campania con 658 milioni e la Puglia con 239 milioni.

Si tratta delle Regioni dove il privato convenzionato è maggiormente presente, e dove in diversi casi la qualità dei servizi è criticata.

E appare stupefacente come anche le stesse Regioni governate dal Centro Sinistra, costrette a portare avanti effettivi piani di rientro, tendono di penalizzare maggiormente la

sanità pubblica rispetto alla sanità privata, nella quale i cittadini già riversano circa il 30% dei propri soldi destinati alla loro salute.

Nella sola Regione Lazio nel 2006 sono stati erogati alla cliniche convenzionate 224 milioni di euro, a fronte dei 182 milioni per gli ospedali pubblici.

Lo slogan privato è bello, forse mal si adatta in sanità.

Il ticket

Uno sciagurato incentivo verso il privato, è stato il risultato della iniqua rivisitazione dei ticket attuata con la Finanziaria 2007.

Al di là della incongruente estensione del ticket al pronto soccorso in tutto il Paese, penalizzante per i cittadini senza alternative sul territorio, paradossale è stato l'aumento del ticket sulle prestazioni ambulatoriali e sulla diagnostica, che ha dirottato il cittadino verso il privato, dove poteva ottenere la stessa prestazione ad un costo minore.

Una situazione intollerabile, denunciata dal sindacato confederale, e che finalmente è stata affrontata dal Parlamento, con la recente soppressione della norma.

Le liste di attesa

La questione del doppio canale pubblico-privato non interessa però, solo l'organizzazione sanitaria regionale, ma investe anche i dirigenti medici e sanitari del Ssn, e gli stessi cittadini, troppo spesso costretti a rivolgersi alla libera professione, a fronte della lunghezza delle liste di attesa negli ospedali pubblici.

Il X Rapporto PIT Salute evidenzia che la maggior parte dei cittadini si rivolge alla intramoenia per far fronte all'incompatibilità dei tempi delle strutture del Ssn e di quelle convenzionate, e individua come nevralgica l'oncologia, dove spesso "*sarebbe meglio non tardare*".

Così si rimettono in discussione i principi del Ssn, l'equità nell'accesso alle prestazioni essenziali, il riconoscimento e la valorizzazione per chi vuole lavorare in modo esclusivo e trasparente nella sanità pubblica.

Noi ci battiamo per un Ssn in grado di dare risposte adeguate ai bisogni salute di tutti i cittadini e in tutto il Paese, compresa la possibilità di scelta nel pubblico del medico dal quale farsi visitare e operare, in ambienti accoglienti, e nei tempi giusti.

Sappiamo che si tratta di un obiettivo ancora lontano in molte realtà regionali, e che ancora oggi la prima criticità è rappresentata dalle liste di attesa.

E' questo un problema complesso, che nasce dall'invecchiamento della popolazione, dalla rapida evoluzione della medicina, dalla sempre maggiore prevalenza della cronicità e dalla diffusione mediatica della informazione sanitaria.

Tra i determinanti delle liste di attesa si intrecciano però, anche inadempienze politiche, regionali ed aziendali, e, a volte, degli stessi operatori, a partire dai medici.

Dal lato regionale ed aziendale, è un problema che va affrontato in primo luogo a livello organizzativo, a partire da una profonda revisione dei meccanismi di prenotazione, da una chiarezza di rapporti tra pubblico e privato, dall'appropriatezza delle prescrizioni, da una lotta agli sprechi ed alla sottoutilizzazione delle risorse pubbliche già oggi disponibili.

Le liste di attesa vanno affrontate gestendole.

Ad esempio con Cup centralizzati che richiamino il cittadino per la conferma della prenotazione, e con l'inserimento delle prestazioni da richiedere nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici, con una chiara individuazione delle priorità di accesso.

Fondamentale è la realizzazione di un valido sistema informativo regionale, che consenta di creare una rete clinica e gestionale tra la medicina generale, i presidi territoriali ed ospedalieri.

Al fine della riduzione delle liste di attesa, nelle situazioni di necessità e di urgenza, potrebbe essere anche attivata la cosiddetta libera professione aziendale, prevista dalla legge e dal contratto.

Cioè l'acquisto delle prestazioni dei medici disponibili da parte della stessa azienda, oltre l'orario di lavoro contrattualmente dovuto.

Le aziende però, impegnate nei tagli, non solo non utilizzano la libera professione aziendale, ma, non effettuando in circa l'80% dei casi una reale contrattazione integrativa, non hanno neanche utilizzato il maggior impegno orario dei medici per la riduzione delle liste di attesa, 30 minuti a settimana previsti dal contratto firmato nel novembre 2005.

Si tratta, ogni anno, di ben 2 milioni e mezzo di ore.

L'ammodernamento del Ssn

Il problema delle liste di attesa, comune anche agli altri paesi occidentali, rappresenta certamente una criticità da affrontare, ma il treno della sanità italiana cammina, va nella direzione giusta.

Dobbiamo però vigilare su i tentativi di sdoppiamento dei binari, tra un sistema pubblico ed uno privato, con il rischio di deragliamento, come sta accadendo negli Stati Uniti d'America.

In questo senso abbiamo apprezzato la difesa del nostro treno anche da parte del Presidente del Comitato Sanità di Confindustria, Guido Riva, che ha recentemente detto di non credere in una sanità della "*carta di credito*", modello Usa.

Alcune carrozze sono però arrugginite, altre assalite da malfattori.

C'è quindi bisogno di aggiornamenti e di correttivi, che non stravolgano il concetto di azienda pubblica.

Condividiamo infatti la scelta di fondo a favore della aziendalizzazione come strumento per coniugare equità, efficienza e qualità.

Tenendo sempre presente, a tutti i livelli, che il fine delle aziende del Ssn, istituite con risorse pubbliche, non è il profitto, ma la salute.

Per questo abbiamo accolto con interesse le proposte avanzate dalla Ministra Livia Turco il 18 maggio al CNR a Roma, per arrivare ad un condiviso Ddl sulla qualità e sull'ammodernamento del Ssn, per una sanità dalla parte del cittadino.

Riteniamo che sia stato avviato un buon metodo, che può portare ad una condivisa proposta di Ddl di ammodernamento del Ssn, che la Ministra Turco ha intenzione di presentare entro il mese di giugno.

Positive appaiono le proposte di un rafforzamento del ruolo e delle funzioni del Collegio di Direzione, dei Dipartimenti e dei Distretti, nonché le funzioni di vigilanza da parte dei cittadini sull'accessibilità e la qualità delle prestazioni.

Fondamentale è la riaffermazione del merito e della valutazione, da realizzare attraverso l'individuazione di obiettivi definiti e di criteri non arbitrari.

Condivisibile è la volontà espressa dal Governo di voler allontanare la cattiva politica che si interessa di sanità per fini di lucro e di potere.

Si tratta di una battaglia che il nostro sindacato porta avanti a testa alta da tanti anni, in particolare in quelle Regioni dove è radicata la criminalità organizzata, dalla Sicilia alla Calabria, dalla Puglia alla Campania.

Già nella presentazione del nuovo progetto sulla qualità e sull'ammodernamento si intravedono però alcuni elementi contraddittori.

Finalmente si afferma di voler introdurre la massima indipendenza delle Commissioni selezionatrici per gli incarichi di direttore di struttura complessa.

Poi, invece di prevedere esclusivamente il pubblico sorteggio nell'ambito di un elenco nazionale, si dà la facoltà al Collegio di Direzione di individuare i componenti della Commissione, nell'ambito di una rosa scaturita dal pubblico sorteggio.

In pratica rimane sempre la possibilità, anche se parzialmente limitata, di mettere in Commissione gli amici degli amici.

Così come non ci convincono le proposte che pervengono dal Ministero della Salute circa le modalità di nomina dei direttori di struttura complessa.

In sostanza la Commissione dovrebbe selezionare non più di tre candidati in possesso delle migliori caratteristiche curriculari con riferimento all'incarico da conferire, pubblicizza il curriculum, e poi sottopone i tre candidati ad un colloquio attitudinale alla presenza del Direttore Generale, che sceglie il vincitore con motivazione scritta.

Si tratta certamente di un passo in avanti, nella direzione da noi più volte richiesta, ma ancora insufficiente.

Vorremmo capire perché non debba essere direttamente scelto il medico professionalmente più bravo per quel posto, invece di lasciare la decisione finale sempre nelle mani del Direttore Generale, che, per sovvertire il diverso peso del curriculum, si può sempre appellare al colloquio attitudinale.

Per non parlare delle scelte, ormai troppo spesso arbitrarie, della nomina dei responsabili delle strutture semplici, e delle quali al Ministero della Salute non si parla più.

Chiediamo che anche in questo caso sia introdotta una normativa che consenta di effettuare le nomine sulla base di criteri basati sul merito. Dimenticarlo sarebbe un errore, ed un favore alla cattiva politica.

Per le nomine dei Direttori di Dipartimento, dove invece prevalgono le capacità manageriali ed il rapporto fiduciario, è invece condivisibile lasciare la scelta al Direttore Generale, nell'ambito di una rosa indicata dal Comitato di Dipartimento.

Infine, ancor più preoccupanti, sono le voci, provenienti dal Ministero della Salute, riguardanti un comma da inserire nel disegno di legge, che prevederebbe la possibilità per i baroni universitari e per i primari, di poter andare in pensione a 70 anni.

Siamo fiduciosi che si tratti, diciamo, di voci false e tendenziose.

Sarebbe paradossale che ciò che neanche Sirchia e Storace hanno avuto il coraggio di fare, fosse realizzato proprio dal Governo Prodi.

Con soddisfazione, dobbiamo però rilevare, che non sempre il gattopardismo vince.

Infatti, grazie al Presidente della Commissione Sanità del Senato Ignazio Marino, nella finanziaria 2007, è passata una norma che destina una parte dei fondi per la ricerca biomedica, ai giovani ricercatori sotto i quarant'anni, con una selezione meritocratica rigorosa, sulla base del *citation index* e dell'*impact factor*.

Praticamente l'opposto di chi vuole lasciare le nomine dei primari ai Direttori Generali, e consentire fino a settanta anni ai soli baroni universitari e primari l'occupazione dei posti nei policlinici e negli ospedali.

Ritornando alle proposte per migliorare il nostro Ssn, siamo d'accordo sulla implementazione di un sistema di valutazione che riguardi in primo luogo chi ha responsabilità gestionali, dai direttori generali, ai direttori sanitari ed amministrativi, ai direttori di dipartimento e di struttura complessa ed ai responsabili di struttura semplice.

Siamo invece preoccupati dalla mancanza di voci riguardanti la stabilizzazione dei dirigenti precari nella sanità pubblica, e di meccanismi cogenti che pongano un argine alle consulenze ed alle esternalizzazione dei servizi.

La Ministra Turco ha recentemente affermato che la parola chiave non deve essere più "pareggio di bilancio" ma "qualità e sicurezza", che bisogna far fuori le baronie e le cordate politiche, e che i professionisti devono superare il rapporto di subalternità che hanno oggi con la politica, come peraltro i cittadini.

Sono da sempre le nostre battaglie, di chi vuole lavorare nel pubblico con dignità, professionalità, autonomia e responsabilità.

Sia però ben chiaro che il patto di fiducia regge se poi le norme ed i fatti sono conseguenti alle parole.

Esclusività

Basti pensare alla questione della esclusività.

Abbiamo sempre ritenuto un valore l'obbligatorietà della esclusività del rapporto di lavoro con la sanità pubblica del dirigente medico, veterinario e sanitario.

Una posizione condivisa nel passato dal centro sinistra, e che con la Bindi aveva visto finalmente superato uno stato di commistione non più tollerabile, dove la principale attività professionale di una parte dei medici pubblici era nello studio privato e nelle cliniche, anche in considerazione delle inadeguate retribuzioni.

Il patto sancito con la Bindi era semplice e chiaro.

Il medico lavora esclusivamente nel pubblico, può svolgere la libera professione ma dentro le mura ospedaliere, e per questo riceve una specifica indennità economica.

Una scelta che per la CGIL e per la Bindi doveva riguardare tutti i medici pubblici, e che il Governo Berlusconi ha invece frantumato reintroducendo il rapporto non esclusivo per tutti coloro che annualmente lo vogliono richiedere, compresi i Direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa.

In sostanza oggi abbiamo una specie di self service, dove il medico annualmente decide se gli conviene di più lavorare solo nel pubblico con l'indennità e con la possibilità della libera professione intramoenia, oppure anche nel privato senza indennità, ma anche senza alcun controllo e regolamentazione.

La situazione diventa ancor più emblematica se pensiamo che, soprattutto nel Centro Sud, la libera professione intramuraria, in realtà non si svolge negli ospedali pubblici, ma negli studi privati e nelle cliniche, la cosiddetta intramoenia allargata.

Siamo arrivati al punto che in parti del nostro Paese le modalità di svolgimento della libera professione sono le stesse tra chi ha il rapporto esclusivo e chi non lo ha.

Secondo alcuni, il dato che solo il 5% dei medici pubblici è in rapporto non esclusivo, è dovuto alla mancanza di ogni regolamentazione e controllo per chi svolge l'intramoenia allargata.

E allora perché rinunciare alla indennità di esclusività, anche se si tratta ancora di circa 750 euro lordi mensili ?

Vogliamo dire basta a questa situazione.

Vogliamo invece valorizzare in primo luogo chi ha scelto di lavorare solo per la sanità pubblica senza svolgere nessuna attività libero professionale, nonché coloro che vogliono svolgere una equa e trasparente attività libero professionale dentro le mura ospedaliere.

Pensiamo inoltre che consentire la scelta del rapporto non esclusivo sia sbagliato.

Così si tollera un evidente conflitto di interessi, a danno della sanità pubblica.

Un dirigente medico pubblico che, liberamente e senza alcuna regolamentazione, il pomeriggio visita nel suo studio privato ed opera nella clinica, in concorrenza con lo stesso ospedale nel quale lavora la mattina, è una situazione francamente poco sostenibile.

Eppure è stata reintrodotta da Berlusconi, e, come vedremo tra poco, la Ministra Turco intende modificarla solo in parte.

Noi ribadiamo la nostra scelta per l'esclusività per tutti i medici ed i dirigenti della sanità pubblica, e, a maggior ragione, per tutti coloro che hanno responsabilità gestionali.

In una ottica di introduzione di nuove regole che prevedono una obbligatorietà della esclusività, insieme ad una nuova regolamentazione della libera professione intramoenia, trasparente ed etica, riteniamo che vada affrontata la questione della indennità di esclusività.

In questo ambito, già un anno fa, in questo centro congressi, avevamo chiesto una sua rivalutazione.

Questa nostra richiesta è diventata uno dei punti cardini delle rivendicazioni sindacali unitarie, poste al Governo in occasione dello sciopero del 4 maggio.

E la Ministra Turco ha formalmente e pubblicamente garantito che la questione verrà risolta con la prossima finanziaria e che il Presidente Prodi lo ha già chiesto con una lettera al Ministro dell'Economia.

Aspettiamo la presentazione della finanziaria, anche se fino ad oggi il Governo non ha certamente brillato per rispetto degli impegni presi nei confronti del pubblico impiego, come la vicenda del rinnovo contrattuale ha dimostrato.

In un paese civile gli accordi firmati vanno rispettati.

A maggior ragione se si tratta dei dipendenti del pubblico impiego, che lavorano per garantire i diritti dei cittadini, a partire dal diritto alla salute, e che hanno già dato il loro contributo per il risanamento del Paese con una decurtazione delle buste paga dovuta all'aumento delle tasse nazionali e locali, al contrario di altri.

Si tratta di un contratto, scaduto da 17 mesi, per il quale si era già trovato un accordo nel novembre 2006, e che invece è stato rimesso in discussione dal Governo.

Un contratto, che, dopo l'accordo di lunedì sembra avviato finalmente a risoluzione, anche con il contributo del riuscito sciopero nazionale del 4 maggio di tutti i sindacati medici della sanità pubblica.

La libera professione intramoenia

La questione della esclusività rappresenta un principio storico per la CGIL, ma questa non può essere disgiunta dalla questione della libera professione intramoenia.

Oggi, su un totale di 105mila medici, circa uno su quattro, pur essendo in rapporto di esclusività, visita ed opera nel privato in intramoenia allargata, con pochi controlli e, a volte, con un livello di evasione fiscale che supera il 50% delle prestazioni, come recentemente evidenziato dalla Guardia di Finanza.

Il Ministro Sirchia aveva definito questa situazione come "*anarchica*".

Recentemente il Sottosegretario Zucchelli, che ringraziamo per la chiarezza e l'obiettività, ha dichiarato che "*C'è un cattivo governo del fenomeno che ha portato ad una mancanza di rispetto delle regole, senza trasparenza, senza valutazione dei volumi prestazionali, e con poco rispetto delle norme fiscali e dei prezzi concordati*".

L'Indagine della Commissione Sanità del Senato ha evidenziato come la situazione sia migliore al Nord, rispetto al Centro Sud.

Da diverso tempo abbiamo chiesto trasparenza ed una seria negoziazione sui volumi prestazionali resi dai medici in regime istituzionale e in libera professione.

Riteniamo infatti che in primo luogo il medico, nell'ambito del suo debito orario, debba svolgere le giuste prestazioni istituzionali, contribuendo così anche allo smaltimento delle liste di attesa.

Solo dopo verifica di quanto realizzato durante l'orario di lavoro, il medico può svolgere attività libero professionale dentro le stesse mura ospedaliere.

Noi continuiamo a ritenere che una intramoenia, trasparente ed etica, possa e debba rappresentare un beneficio per i cittadini, i medici, le aziende sanitarie ed il Ssn nel suo complesso.

I cittadini possono avere un miglioramento del servizio con la possibilità di scegliere il medico e di ricevere prestazioni con tariffe controllate e calmierate, e con la riduzione delle liste di attesa attraverso i posti lasciati liberi da chi si rivolge all'intramoenia.

I medici hanno una possibilità aggiuntiva di valorizzazione professionale, utilizzando gli strumenti e gli spazi messi a disposizione dall'azienda, la possibilità di un approccio interdisciplinare, e non si devono spostare da un capo all'altro della città per arrivare in studi privati, che devono pagare e gestire.

Le aziende sanitarie possono avere un ulteriore canale di entrate, una più prolungata utilizzazione delle strutture e dei macchinari, ed una maggiore presenza negli ospedali dei professionisti, comunque sempre disponibili per eventuali emergenze ed urgenze.

D'altra parte la stessa Indagine conoscitiva del Senato ha evidenziato l'esistenza di situazioni virtuose dove i tempi di attesa sono rispettati, le liste controllate, e la libera professione intramoenia ben organizzata, regolamentata e redditizia per l'azienda.

In altre parole la libera professione dovrebbe essere un valore aggiunto rispetto ad un servizio di qualità assicurato ovunque, e a tutti.

Una opportunità in più, e non una necessità per il cittadino costretto a pagare per essere visitato od operato.

Una libera professione intramoenia virtuosa dove prevalga la massima trasparenza anche nei sistemi di prenotazione e di pagamento delle prestazioni, deve vedere una gestione diretta dell'azienda, sollevando peraltro i medici da ulteriori impegni ed adempimenti burocratici.

Le prenotazioni per l'attività libero professionale si devono effettuare solo tramite un Centro Unico di Prenotazione dedicato dall'azienda, anche per via telefonica o tramite internet.

Il pagamento delle tariffe deve avvenire solo presso le casse aziendali degli uffici ticket, presso sportelli bancari o tramite altre modalità che consentano un accesso facilitato ai cittadini, ma che vedano il divieto del diretto pagamento al professionista.

Esaustiva deve essere l'informazione all'utenza, che deve comprendere i nominativi dei professionisti, le prestazioni, le tariffe, gli orari e gli indirizzi ed i recapiti telefonici sia degli ambulatori che dei punti di prenotazione.

Una adeguata informazione andrebbe garantita anche nelle carte dei servizi e nei siti internet aziendali.

L'azienda in fase di definizione annuale di budget dei Dipartimenti, dei Distretti e delle Unità Operative, dovrebbe tenere conto dei volumi di attività libero professionale in rapporto ai volumi di attività istituzionale da rendere, in rapporto alle risorse disponibili ed alle liste di attesa.

Il monitoraggio delle prestazioni in libera professione dovrebbe essere sistematico ed inserito nel meccanismo di budgeting, attraverso l'informatizzazione della prenotazione e della registrazione delle prestazioni effettuate.

Fondamentale è la questione degli spazi.

Non è vero che non c'è differenza tra lo studio ospedaliero e lo studio privato.

La differenza c'è.

Se per alcuni è più conveniente un'attività libero professionale nei propri studi o in clinica privata, per altri poter svolgere tutta la loro vita professionale nell'ospedale pubblico rappresenta un traguardo importante, a vantaggio della qualità della vita e della loro stessa professionalità, con conseguenti ricadute positive per i cittadini.

Noi vogliamo rappresentare questi medici.

Certamente c'è chi non riconosce questi vantaggi, e forse ha interessi diversi dall'eccellenza dei risultati clinici e da una buona organizzazione, e preferisce lo status quo senza controlli.

Il Senatore Ignazio Marino li ha definiti appartenenti alla categoria minoritaria dei cattivi medici.

La libera professione intramuraria è però una situazione negata in diverse parti del Centro e del Sud, ed in alcune parti anche del Nord.

Questa volta le responsabilità sono chiare, così come sono state evidenziate dalla Indagine conoscitiva del Senato.

Pensate che è dall'anno 1999 che le Regioni avrebbero dovuto reperire gli spazi necessari per la libera professione intramoenia e regolamentare tutta la materia, compresi i controlli.

Ebbene dall'Indagine risulta che, dopo 7 anni, solo il 55% delle Regioni ha regolamentato la libera professione intramoenia.

E sono ancora rimasti inutilizzati dalle Regioni circa 350 milioni di euro, disponibili e finalizzati alla costruzione degli spazi per la libera professione intramuraria.

Nel tempo abbiamo assistito ad un progressivo tana libera tutti, dove la transitorietà della utilizzazione degli studi privati è diventata spesso la norma, con un connubio tra l'inerzia delle Regioni e delle aziende e gli interessi privati di una parte minoritaria dei medici.

Infine non dobbiamo dimenticare anche ciò che accade nell'ambito della libera professione intramoenia in regime di ricovero, per la quale vi è necessità di trasparenza, ancor di più rispetto a quella ambulatoriale.

Già dalla Finanziaria del 1999 e dal successivo atto di indirizzo del 2000, il direttore generale era tenuto a reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in case di cura ed altre strutture, pubbliche e private non accreditate, con le quali stipulare apposite convenzioni, fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti.

Oggi, dopo 8 anni, abbiamo una disponibilità di posti letto per la libera professione negli ospedali pubblici di circa il 2,3 per cento, rispetto ad una quota che dovrebbe essere tra il 5 e il 10 per cento.

L'Indagine del Senato ha infine rilevato come nei Policlinici Universitari e nelle aziende ospedaliere di maggiori dimensioni, si arriva anche a 10 case di cura convenzionate, oltre a 200 studi professionali privati autorizzati.

Le proposte di modifica al Ddl sulla libera professione e l'esclusività

Adesso, in prossimità della scadenza del 31 luglio 2007, quale termine ultimo della proroga per la libera professione intramoenia allargata, le questioni della libera professione e della esclusività sono all'attenzione del Parlamento, contenute in un Ddl approvato dal Consiglio dei Ministri l'11 maggio 2007, che affronta, nella giusta direzione, anche il rilevante tema della sicurezza.

Un significativo passo in avanti è contenuto anche negli articoli dedicati alla esclusività ed alla libera professione, ma senza le opportune modifiche la norma rischia di far avviare il sistema per la strada sbagliata.

E trattandosi di un provvedimento che verosimilmente sarà trasformato in decreto legge e poi in legge, è necessaria una immediata correzione del Parlamento.

In primo luogo chiediamo che l'esclusività venga estesa a tutti i medici ed i dirigenti della sanità pubblica.

Non si vede per quale ragione si debba lasciare la possibilità di rimanere in rapporto non esclusivo migliaia di dirigenti medici che dovrebbero essere impegnati e retribuiti per garantire il diritto alla salute dei cittadini.

Medici ai quali in rapporto di esclusività è comunque data la possibilità della libera professione, attraverso l'intramoenia.

Si tratta di una scelta sbagliata per un Governo impegnato per il rilancio della sanità pubblica.

E ancora più grave sarebbe lasciare l'attuale dizione del Ddl, che consente anche a chi ha la responsabilità di una struttura semplice di rimanere in rapporto di non esclusività.

Ci appelliamo al buon senso del Parlamento.

Se non dovesse essere accolta la nostra richiesta di estensione della obbligatorietà della esclusività a tutti i dirigenti della sanità pubblica, chiediamo che venga almeno estesa a tutti i medici, veterinari e sanitari, con responsabilità gestionali.

Cioè non solo ai direttori di struttura complessa, ma a tutti i responsabili di strutture semplici, dipartimentali e non.

Si tratta peraltro di una scelta già presente e condivisa nelle Conclusioni della Indagine del Senato, sia di maggioranza che di minoranza.

E' una scelta di chiarezza, che consentirà di porre fine ad atti aziendali con decine di fantomatiche strutture semplici, che, secondo la legge e secondo il contratto, dovrebbero avere responsabilità di gestione umane, tecniche o finanziarie, e che invece sono nate per dare le stellette a singoli dirigenti, che spesso dirigono solo se stessi.

Il nuovo contratto, poi, dovrà regolamentare in modo trasparente tutta la materia, valorizzando realmente la professionalità della maggioranza dei medici e dei dirigenti, penalizzati dalla arbitrarietà con la quale oggi si creano e si affidano le responsabilità delle strutture.

Per la libera professione intramuraria, c'è bisogno di superare le ambiguità dell'attuale formulazione del Ddl.

E' venuto il momento del linguaggio della chiarezza.

Apprezzabile è l'affidamento integrale alle aziende sanitarie delle prenotazioni e dei pagamenti delle prestazioni in intramoenia, che non devono superare per volume quelle eseguite nell'orario di lavoro, così come l'adozione di un tariffario idoneo.

Si tratta di passaggi decisivi per la trasparenza.

Appare fuori luogo solo un inciso, contenuto nel Ddl, che limita questo affidamento nel caso di acquisto, locazione o convenzionamento con altri spazi ambulatoriali esterni.

Qualcuno, a pensar male, potrebbe ritenere che per la libera professione svolta dentro gli ospedali, le prenotazioni e gli onorari potrebbero essere ricevuti direttamente dal medico, e che per la libera professione in regime di ricovero nulla deve cambiare.

Siamo fermamente contrari, e chiediamo al Parlamento il superamento dell'attuale ambigua formulazione.

Così come non condividiamo una totale delega alle Regioni per la regolamentazione della libera professione per i dirigenti veterinari.

Chiediamo che il Parlamento preveda il principio della incompatibilità dello svolgimento della libera professione di chi dovrebbe controllare, nei confronti di chi dovrebbe essere controllato, pur garantendo anche ai veterinari la possibilità dell'intramoenia.

Stiamo vincendo la battaglia sulla trasparenza, sulla reintroduzione della esclusività, anche se parziale, ma rischiamo di perdere sul doppio canale pubblico privato.

Il nodo centrale è rappresentato dalla possibilità di continuare, anche dopo il 31 luglio 2007, nel doppio canale del medico con esclusività di rapporto con la sanità pubblica, ma con lo studio privato.

L'attuale formulazione lascia aperta questa possibilità alla volontà politica delle singole Regioni.

E' una scelta sbagliata ed iniqua.

Una falla che rischia di far cadere tutta la diga.

Paradossalmente si arriverebbe in alcune Regioni ad una situazione ante Bindi, attraverso una istituzionalizzazione degli studi privati, anche dopo il 31 luglio 2008.

Nulla vieta infatti di indicare tra i cosiddetti "*spazi ambulatoriali esterni*", da convenzionare per sempre, gli stessi studi dei medici.

La Bindi prevedeva questa possibilità come transitoria fino al reperimento degli spazi dentro le mura ospedaliere.

Il Ddl della Turco, se lasciato con l'attuale formulazione, in Regioni consenzienti, potrebbe invece seppellire il principio dell'intramoenia a favore degli studi e delle cliniche private.

E le convenzioni con gli studi privati già esistenti sarebbe viste con favore dalle aziende inadempienti e dai medici che hanno un maggiore interesse nel privato più che pubblico. Così come le convenzioni con le cliniche private.

Un connubio di interessi negativi che impedirebbe nei fatti ogni reale cambiamento di una situazione incancrenita in ben troppe parti del paese.

Chiediamo quindi al Parlamento di prevedere chiaramente, per l'intramoenia ambulatoriale, che gli unici spazi esterni reperibili, da acquistare, affittare o convenzionare siano collettivi e gestiti dalla stessa azienda, e solo transitoriamente, fino al reperimento degli spazi intramurari.

Così come chiediamo che vengano introdotti nel testo chiari meccanismi di trasparenza per la gestione della libera professione intramoenia in regime di ricovero, consentendo quest'ultima nelle cliniche private non accreditate, solo transitoriamente.

Il Ddl, prendendo atto delle inadempienze regionali ed aziendali, prevede sostanzialmente una ulteriore proroga di un anno, durante il quale indica una serie di azioni da intraprendere.

E' vero che dove c'è la volontà e la capacità politica, come nel caso dell'Assessore Enrico Rossi in Toscana, l'intramoenia si sta realizzando in modo appropriato, ma in diverse Regioni dove si parte da una situazione di mancanza di impegno e di controlli, limitarsi ad una semplice indicazione equivale ad una resa.

La formula contenuta nel Ddl che indica i principi e lascia alle Regioni la completa responsabilità delle loro attuazione non va bene, rischia di fare un altro buco nell'acqua.

Non ha funzionato per otto anni, compreso l'ultimo conseguente alla prima proroga della conduzione Turco, e non si vede perché questa volta dovrebbe funzionare.

Si tratta di atti disattesi in una parte delle aziende sanitarie per anni, nel disinteresse generale, nell'interesse solo di pochi, ma con danni per i cittadini e per i medici che credono nella sanità pubblica.

Nel Ddl mancano, e pertanto vanno indicate, scadenze precise, sanzioni e poteri sostitutivi che impegnino Governo, Regioni ed Aziende.

Basta leggere con attenzione i risultati della Indagine del Senato per comprendere che c'è bisogno di interventi scadenzati per il reperimento degli spazi mancanti, per l'attuazione di una gestione trasparente, per l'attivazione di un sistema stabile di controlli.

E siccome pensiamo che la volontà della Ministra, della maggioranza Parlamento e delle Regioni sia di non lasciare incancrenire l'attuale situazione, chiediamo di introdurre nel testo del Ddl un cronoprogramma con tempi certi, l'affidamento alle Regioni del controllo sugli stati di avanzamento dei progetti di rientro aziendali, l'obbligo di adottare interventi sostitutivi, e la previsione di adeguati regimi sanzionatori per le inadempienze.

Dopo 8 anni dalla emanazione della norma di legge che lo prevede, chiediamo infine alla Turco che, finalmente, venga istituito presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio nazionale sulla libera professione intramoenia.

La battaglia continua

Concludendo, possiamo senz'altro affermare che la nostra iniziativa sindacale ha rimesso al centro dell'attenzione della politica sanitaria le questioni della esclusività e dell'intramoenia.

In questa battaglia non siamo soli, e le autorevoli presenze previste al nostro Convegno, ne sono testimonianza.

Riteniamo inoltre che la stessa Ministra Livia Turco, potrà essere ancora una volta condividere ed essere sensibile alle nostre richieste.

Siamo orgogliosi dei risultati raggiunti, e del crescente consenso al nostro sindacato, dimostrato anche dall'aumento delle adesioni dei medici, dei veterinari e dei dirigenti sanitari.

All'indomani della presentazione del ddl sulla libera professione e sulla esclusività, la Repubblica intitolava "*Primari ospedalieri, stop al lavoro privato*", il Corriere della Sera "*Visite a pagamento solo negli ospedali, per i primari cade l'extramoenia*" ed il Giornale "*Sanità, le visite private gestite dalle Asl*".

In sostanza le notizie evidenziate nei titoli rappresentano una parte delle innovazioni per le quali ci siamo sempre battuti.

Per la valorizzazione professionale ed economica del medico in esclusività di rapporto.

Per il definitivo superamento in tutte le Regioni del doppio canale "*medico pubblico con studio privato*", per arrivare al più equo e trasparente "*medico pubblico con studio pubblico*".

Nell'ambito di una più generale impegno della nostra confederazione, per un servizio sanitario nazionale pubblico di qualità, universalistico e solidale.