

La FP CGIL Nazionale e la FP CGIL Medici presentano il convegno



# **PER LA SALUTE BENE COMUNE QUALE GOVERNO CLINICO?**

una risposta delle professioni sanitarie  
contro la deriva politico-aziendalistica

## **Introduzione**

di Massimo Cozza

**Segretario nazionale FpCgil Medici**



**Roma, 31 maggio 2012 ore 9,30-13,30**  
Hotel Nazionale Sala Capranichetta  
Piazza Montecitorio

Il nostro servizio sanitario nazionale cammina su due gambe robuste e l'energia che consuma è minore di quella utilizzata negli altri paesi europei.

Vinciamo anche più gare a partire dalla lunghezza della vita.

C'è ancora da migliorare le modalità della corsa e certamente c'era da tagliare del grasso.

Ma ormai siamo arrivati ai tendini, e se verranno rescissi, le gambe sulle quali si regge il nostro servizio pubblico si bloccano.

Noi invece vogliamo continuare il percorso, migliorandolo.

La spending review dovrebbe riqualificare la spesa.

Non tagliarla.

Non dobbiamo spendere meno, dobbiamo spendere meglio.

Ben venga l'eliminazione degli sprechi, a partire dalla giusta individuazione dei prezzi di riferimento per gli acquisti.

Ma quando si afferma che si possono rivedere 97 miliardi di spesa sanitaria, si blocca il riparto del fondo sanitario 2012, si sostiene la possibilità di rimandare attività pubbliche verso il settore privato, allora non ci stiamo.

A fronte di una spesa pubblica di circa 110 mld siamo arrivati ad una spesa privata di 30mld.

Nel 2011 la spesa sanitaria è perfino calata dello 0,6% rispetto al 2010, e quella del personale si è ridotta del 2,4%.

Diminuire ulteriormente la spesa pubblica, scaricando costi maggiori sulle tasche dei cittadini, significherebbe la fine del principio prezioso dell'universalità del sistema, a danno della tutela della salute ma anche dei costi complessivi della salute.

Basterebbe studiarci l'evoluzione del sistema sanitario degli Stati Uniti d'America.

In questo quadro chi quotidianamente opera sul fronte - dai medici agli infermieri, dagli psicologi ai fisioterapisti, dai biologi ai tecnici, dalle ostetriche alle assistenti sociali, in sostanza tutti i professionisti della salute pubblica - si trova in una situazione di profondo disagio e malessere, non più sostenibile.

Il blocco del contratto e delle retribuzioni fino al 2104, che diventerà sempre più pesante a fronte dell'inflazione, la perdita di ruolo sociale, le continue denunce, gli sprechi, le consulenze e l'illegalità, unite a turni sempre più frequenti con riposi sempre più brevi e a montagne di straordinario anche non pagato, stanno portando ad un numero crescente di professionisti demotivati, portati alla medicina difensiva e all'abbandono di chi può, a partire dalla corsa alla pensione.

Ma anche la pensione, dopo l'iniqua riforma del Governo Monti, si allontana sempre di più, e insieme al blocco del turn over, sta portando a situazioni intollerabili.

Può un medico a 70 anni essere costretto ancora a fare la notte i turni di guardia operando di urgenza ?

Vi sono aziende che a fronte di richieste di risarcimento per presunti episodi di errori sanitari effettuano transazioni con chi denuncia il medico senza avvertirlo di essere stato accusato, salvo chiedergli poi indietro i soldi.

Siamo arrivati al punto che chi va in maternità non viene sostituito. Questo non accade solo nelle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro: basti pensare al problema della sostituzione delle donne medico anestesiste in Toscana.

E non dobbiamo dimenticare che in sanità a più stress di lavoro corrispondono più errori clinici.

Siamo perfino arrivati al ticket sull'intramoenia che aumenta i costi per i cittadini, allontanandoli ancora di più dal servizio pubblico a favore di chi opera nel privato.

Ma ciò che è più grave è la mancanza del senso di appartenenza e l'orgoglio di lavorare in un'azienda pubblica, determinato in parte rilevante dalla stessa deriva aziendalistica, ragionieristica e partitica.

Il fine della salute è stato sostituito dal risparmio, da risposte da dare a chi rappresenta il partito di riferimento.

Il medico ospedaliero è bravo se non ricovera e se dimette il più presto possibile. Se prescrive in modo restrittivo i farmaci più costosi.

Non è più consentito il rapporto umano con chi soffre: per questo non c'è più tempo.

Siamo arrivati ad un'azienda sempre più monocratica dove il direttore generale, nominato dalla politica, può scegliere tra gli idonei come direttore di struttura complessa di un reparto di neurochirurgia chi vuole lui, o chi gli viene suggerito.

Non il più bravo, cioè il primo in una graduatoria compilata da una qualificata commissione di esperti estratti a sorteggio e con una trasparente valutazione comparativa tra i diversi candidati.

Siamo arrivati ad un'azienda dove allo stesso direttore generale vengono sempre di più ridotte l'autonomia e la responsabilità da direttive regionali.

E soprattutto nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro, è obbligato a rispettare pedissequamente le disposizioni dei Commissari.

Il tutto con una retribuzione spesso inadeguata al ruolo svolto di grande rilevanza pubblica.

E quando alcuni cambiamenti positivi, anche se parziali, si potrebbero realizzare, la cattiva politica si mette di traverso.

Stiamo arrivando alla fine della legislatura e incredibilmente anche l'ultimo testo del Disegno di Legge sul Governo Clinico, che finalmente contiene qualche novità positiva - dal Collegio di Direzione al superamento degli incarichi impropri ex 15 septies - è stato nuovamente fermato per supposte invasioni di campo in ambito regionale e per supposte questioni di bilancio.

La medicina difensiva esplose, a danno di tutto il sistema a partire dalla qualità dell'assistenza e dei costi, e il Ddl sul rischio clinico è sempre insabbiato al Senato.

Adesso, per superare il problema della medicina difensiva, confidiamo nell'impegno assunto dal Ministro della Salute Balduzzi, dal quale aspettiamo un provvedimento che venga approvato prima della fine della legislatura.

Ma c'è bisogno di una rivisitazione più profonda della vigente normativa in campo sanitario.

L'attuale contenitore aziendale non funziona più e va cambiato, ma non abbattuto.

La sua eliminazione rischierebbe sia di dare un colpo distruttivo al servizio pubblico, già in una fase di estrema difficoltà, sia di ritornare al passato della spartizione partitica.

Così come ipotizzare nuovi stati giuridici rappresenta una illusoria fuga senza alcun sbocco reale, anzi pericolosa perchè potrebbe portare al definitivo totale inglobamento dei professionisti nelle norme legislative dettate dal Parlamento, senza più nessuna capacità contrattuale.

Dobbiamo invece ricostruire un nuovo modello aziendale condiviso, partecipato, con un ruolo fondamentale per i professionisti della salute, e con il coinvolgimento dei rappresentanti dei cittadini.

Una nuova azienda dove le direzioni generali sono a fianco di chi lavora al fronte verso un obiettivo comune: la tutela della salute da perseguire con appropriatezza.

Una nuova azienda dove è fondamentale la legalità.

Basta leggersi le relazioni della Corte dei Conti, della Guardia di Finanza e dei NAS: tutte denunciano con allarme il malaffare in sanità.

In questo quadro abbiamo bisogno della politica. Ma di una politica che effettui la scelta di reinvestire nel servizio pubblico, di una politica che assegna risorse nella media europea, che sa programmare ma che si ferma di fronte all'uscio della professionalità di chi ci lavora.

Per questo oggi con il documento della Fp Cgil e della Fp Cgil Medici proponiamo l'Azienda sanitaria di comunità: l'Asac.

Un nuovo modello aziendalistico per rilanciare il servizio pubblico e per la ricostituzione del senso di appartenenza e di condivisione di tutti gli attori, con al centro la persona che soffre.

Un'azienda dove le decisioni con rilevanza clinica sono condivise in organismi istituzionali come un Collegio di Direzione rappresentativo delle diverse figure professionali.

Dove i Comitati di Dipartimento, con la componente elettiva, svolgono un ruolo fondamentale nelle decisioni organizzative.

Dove i rappresentanti dei cittadini insieme a tutti gli operatori ogni anno possono esprimere una loro valutazione dell'azienda.

Un'azienda dove i tavoli negoziali sono riaperti, anche alla luce della recente intesa sul pubblico impiego che abbiamo raggiunto con il Ministro della Funzione Pubblica, sottoscritta anche dalle Regioni, e che deve essere subito recepita dal Governo mantenendo gli impegni sottoscritti.

Un'azienda dove chi dirige una struttura non svolge la libera professione in uno studio privato, né in extramoenia né in intramoenia allargata, ma è il primo a valorizzare il servizio pubblico, compresa la possibilità di una vera intramoenia in spazi adeguati, e trasparente rispetto alle liste di attesa.

Dove chi lavora bene sa che verrà premiato e valorizzato, senza rischiare di essere invece declassato, come avrebbe voluto l'ex Ministro Renato Brunetta.

Dove si lavora in rete ed in modo integrato tra le diverse professionalità, tenendo conto dell'evoluzione della

medicina dove i ruoli e le competenze sono in continua trasformazione.

Basti pensare al modello dell'ospedale per intensità di cure dove viene valorizzata la competenza e la responsabilità della funzione assistenziale dell'infermiere anche nelle unità ad alta intensità di cura, nell'ambito del percorso clinico diagnostico-terapeutico con la responsabilità del medico.

Un'azienda dove ci sono le risorse necessarie per un lavoro dignitoso per dare risposte appropriate ai bisogni di salute dei cittadini, a partire dai livelli essenziali di assistenza diagnostici e terapeutici, oggi troppo spesso irraggiungibili per i lunghi tempi di attesa.

Dove al posto del precariato, delle consulenze c'è il lavoro a tempo indeterminato. Dove si fanno formazione, aggiornamento e ricerca.

Dove la gratificazione professionale si ritrova nel lavoro pubblico e dove l'esclusività del rapporto di lavoro è un valore da premiare e non da congelare, come in modo inappropriato sta accadendo in diverse aziende.

Un'azienda dove c'è il tempo per comunicare con chi soffre, consentendo un migliore trattamento anche dal punto di vista clinico.

Certamente ci vogliono le strutture, complesse e semplici, ospedaliere e territoriali ma senza l'applicazione automatica di parametri ragionieristici, usati solo come forbici per tagliare; ma anche senza abusi, inutili doppioni, sprechi ed assegnazioni arbitrarie, come accade in particolare in alcuni Policlinici Universitari.

Non dimentichiamo però che le strutture senza il personale adeguato non funzionano. Se non ci sono gli operatori non ci sono le prestazioni e le strutture rimangono sulla carta.

Vogliamo un'Azienda sanitaria di comunità dove la tutela di chi ci lavora, a partire dalle figure professionali sanitarie, è una preoccupazione comune.

Dove si operi per migliorare il clima organizzativo, sconfiggendo il disagio degli operatori, che dovrebbero ritrovare la loro gratificazione professionale nel lavoro pubblico senza fughe nel privato.

Concludendo pensiamo che la strada giusta sia un rilancio del servizio pubblico senza più tagli e sprechi, con un'Azienda sanitaria di comunità partecipata da tutti gli attori.

Su questa proposta oggi abbiamo organizzato questo convegno e ci aspettiamo un dibattito franco ed aperto tra chi riteniamo abbia a cuore la salute bene comune.