



*“Al posto degli uomini
abbiamo sostituito numeri
e alla compassione nei confronti
delle sofferenze umane
abbiamo sostituito l'assillo
dei riequilibri contabili”*

*Federico Caffè
Umanesimo del Welfare
Micromega, 1986*

**Il futuro entra in noi
prima che accada**

(Rainer Maria Rilke)



INTRODUZIONE

Il SSN ha 40 anni ma è in pessima salute, e la prognosi rimane riservata. Un anniversario che non può passare sottosilenzio, specie quando più acuto si fa il tema della sua sopravvivenza e lo stesso modello cui si ispirò, il mitico NHS di Lord Beveridge, una specie di religione nazionale celebrata anche nella cerimonia inaugurale delle Olimpiadi di Londra, non se la passa meglio, a dispetto di una spesa maggiore.

Nel 2010 la famigerata L.122 diede avvio alla stagione del nostro scontento, inaugurando la politica dei blocchi, di contratti e turnover, e dei tagli, ai fondi contrattuali ed al finanziamento della sanità pubblica. E gli effetti sono ancora visibili dopo 8 anni e 4 Ministri della Salute.

In questi 8 anni di fermo biologico noi non siamo stati immobili, afasici o rassegnati, ma impegnati a fare da argine al peggio con iniziative, nel segno della massima unità sindacale, di proposta e protesta, scioperi nazionali, sit-in, comunicati e documenti e lettere e petizioni, convegni, assemblee, dentro e fuori gli ospedali, la grande manifestazione del 27 ottobre 2012, la mobilitazione professionale del 2015, che ci portò a Palazzo Chigi, fino all'ultimo sciopero nazionale del 12 dicembre 2017, che tanta risonanza mediatica ha avuto. La questione del diritto alla salute rimane, però, ancora una grande questione politica che la politica continua ad ignorare.

L'ultimo quadriennio è stato, però, segnato da alcuni provvedimenti, nei quali l'Anao ha giocato un ruolo da protagonista, che hanno inciso positivamente sulla nostra attività professionale.

- 1) La legge 161/2016, che recepisce anche per noi la Direttiva europea sull'orario di lavoro ed il diritto al riposo.
- 2) La legge 24/2017, sulla sicurezza delle cure e responsabilità professionale, la migliore possibile considerato il nostro ordinamento ed i vincoli di spesa, l'unico segno concreto di prossimità al disagio dei medici e dei professionisti sanitari, e di riconoscimento dei loro valori professionali e deontologici, un passo fondamentale secondo un editoriale del BMJ.
- 3) La legge di bilancio 2017, con il cumulo previdenziale che rende utili i contributi versati alle casse professionali, una deroga di fatto alla legge Fornero ed al fine pena mai.
- 4) La legge di bilancio 2018, con le norme di rango primario che hanno permesso la stabilizzazione dei medici e dirigenti sanitari precari, ed il rifinanziamento del nostro salario accessorio, sia pure a partire dal CCNL 2019-2021.

Fatti certo da apprezzare, ma che non cambiano il segno di una strategia complessiva che ha portato il sistema sanitario vicino al punto di non ritorno, attraverso il ridimensionamento dell'intervento pubblico e del ruolo, e del numero, dei medici, le cui condizioni di lavoro hanno raggiunto il punto più basso dell'ultimo ventennio.

A fronte di sfide epocali (aumento dell'anzianità della popolazione, delle malattie croniche e della non autosufficienza, accesso ai nuovi e costosi farmaci e dispositivi medici, esasperate spinte centrifughe, frattura netta tra Nord e Sud, avvento dell'Intelligenza Artificiale), le compatibilità rischiano di saltare, l'accesso dei cittadini ai servizi diventa sempre più ineguale, le motivazioni degli operatori sempre più volatili ed il loro disagio crescente fino ad indurli alla fuga. È entrato in discussione il diritto alla salute per tutti, come voluto dalla Costituzione, soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno, che la politica nazionale continua a confondere con l'ora del pranzo, dimenticando che alle sue sorti sono legate quelle dell'Italia intera.

Il Servizio Sanitario Nazionale si comporta come un sistema resiliente, ma mostra rughe crescenti ed evidenti erosioni strutturali in termini di accessibilità, equità e qualità, che interessano anche pezzi importanti della nostra vita professionale. Eppure, in uno scenario di crisi generale dei sistemi sanitari europei di impianto sovrapponibile al nostro, resta ancora capace, senza inutili trionfalismi e al di là di classifiche poco significative, di garantire la salute degli italiani in modo universalistico, secondo il dettato costituzionale.

La tempesta perfetta che lo ha investito negli anni della grande crisi è fatta di definanziamento, decentramento e decapitalizzazione, un mix che ha prodotto anche forti disegualianze.

IL DEFINANZIAMENTO

Il progressivo de-finanziamento della sanità pubblica è dimostrato inequivocabilmente dai numeri, che non sono opinioni. Dal 2013 al 2016 il rapporto della spesa pubblica sul PIL è passato dal 7,3 al 6,6%, e si avvia in una decrescita infelice al 6,3 nel 2020, avvicinandosi a quello dei Paesi dell'Europa orientale. L'incremento nominale registrato è servito ai giochi di parole tra tagli e minori aumenti, ma non a nascondere il fatto che l'Italia è il paese dell'OECD dove la tutela della salute assorbe la minore spesa globale, all'ultimo posto nel G7, sia in rapporto al PIL che pro capite, inferiore del 37% alla media.

SPESA SANITARIA 2000-2016					
Tab. 1 - Spesa san. <u>totale</u> pro-capite					
Paesi	Unità	Anni			
		2000	2010	2016	2016/2000
Francia	\$ US, 2010	3.261,2	3.872,0	4.087,9	+25,3%
Germania	\$ US, 2010	3.545,8	4.413,2	4.851,8	+36,8%
Italia	\$ US, 2010	2.683,5	3.140,5	2.995,3	+11,6%
Tab. 2 - Spesa san. <u>pubblica</u> pro-cap.					
Paesi	Unità	Anni			
		2000	2010	2016	2016/2000
Francia	\$ US, 2010	2.572,5	3.034,1	3.222,4	+25,3%
Germania	\$ US, 2010	2.814,1	3.682,8	4.103,7	+45,8%
Italia	\$ US, 2010	1.949,2	2.463,9	2.247,6	+15,3%
Tab. 3 - Spesa san. <u>privata totale</u> pro-cap. (out of pocket + intermediata)					
Paesi	Unità	Anni			
		2000	2010	2016	2016/2000
Francia	\$ US, 2010	688,8	837,9	865,6	+25,7%
Germania	\$ US, 2010	731,7	730,4	748,1	+ 2,2%
Italia	\$ US, 2010	734,2	676,7	747,7	+ 1,8%

24° Congresso Nazionale Anaa Assomed – Roma 27 giugno 2018

Con risultati di salute, però, non inferiori, ed in diversi aspetti anche migliori. Un paradosso di cui dovremmo essere orgogliosi, visto che facciamo le nozze con i fichi secchi, non un lusso che non possiamo permetterci e nemmeno quel sistema con le mani bucate che molti si ostinano a raccontare.

È innegabile che il sistema sanitario italiano, pur presentando margini di miglioramento della sua sostenibilità economica, sia significativamente sotto finanziato a causa di una visione della sanità come pura voce di costo nei bilanci pubblici, bancomat dello Stato, facile da usare, come una volta la benzina, per finanziare altre scelte politiche.

L'asfissia finanziaria riduce i servizi e taglia dove è più facile, non riuscendo a farlo dove è più utile, fino a entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema "(tutela della salute)", come riconosciuto dalla stessa Corte dei Conti.

Oggi le Regioni garantiscono i LEA, la forma normativa della eguaglianza del cittadino di fronte al diritto alla salute, grazie alle 3T, più Tasse, più Ticket, più Tagli. E a spese dei professionisti, delle loro ferie, delle loro risorse accessorie, dell'abuso del loro orario di lavoro. Se la sanità pubblica migliora i conti lo fa a discapito della performance, presente e futura, tanto che in alcune regioni si fa concreto il rischio dell'undertreatment (OASI, 2013) ed essere curati secondo i bisogni costituisce un limite etico, civile e sociale fortemente



minacciato e, da qualche parte, già travalicato.

Si dimentica troppo spesso che le politiche sanitarie sono anche politiche industriali visto che un euro investito in sanità ne attiva 3 nei settori collegati. Nessuna attività, pubblica o privata, ha, come la filiera della salute, costi pari a 7 punti di PIL ed un valore pari a 11, rappresentando un volano per la ripresa economica oltre che il più grande insediamento di saperi ed innovazioni tecnico-professionali che dà lavoro a circa 2 milioni di persone.

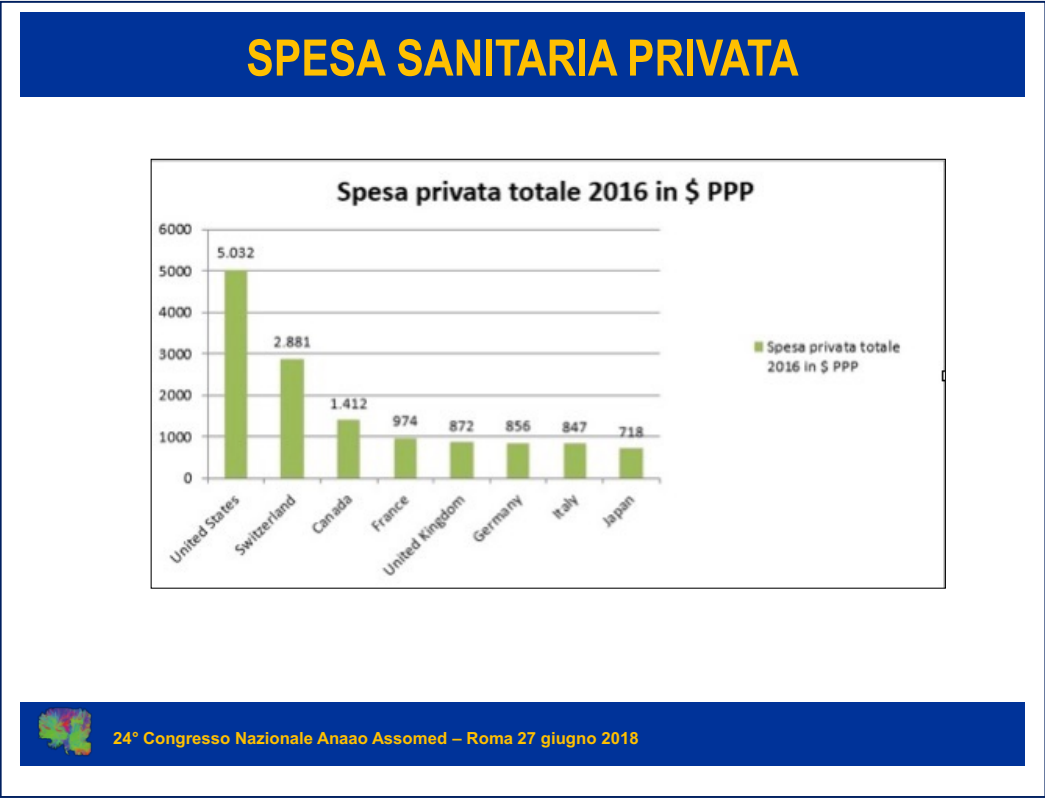
Sotto i colpi della crisi, e delle scelte e non scelte della politica, il servizio sanitario nazionale sta, però, cambiando pelle avviandosi a diventare un sistema duale, uno povero per i poveri, e con lavoratori poveri, il più grande ammortizzatore sociale esistente, l'altro affidato al reddito ed alla intermediazione finanziaria e assicurativa. E riparte il mantra della in-sostenibilità economica a sostegno di un sistema multipilastro o di una ibridazione tra modello Beveridge e modello Bismark, tanto più se si riduce la pressione fiscale. È la ricetta di Noam Chomsky per la privatizzazione, una strada certo possibile per la sanità che, però, non è lecito imboccare surrettiziamente attraverso la distruzione guidata del servizio pubblico.

SISTEMA MULTIPILASTRO

La tesi della in-sostenibilità economica della sanità pubblica è sostenuta dal convincimento, quasi un calcolo politico, della incontrollabilità della dinamica della spesa e dal malcelato auspicio di una netta apertura ai mercati assicurativi, data la impossibilità di un aggravio della pressione fiscale. Negli ultimi anni il combinato disposto dei vincoli di finanza pubblica, delle scelte di politica allocativa, della crescita dei costi sanitari e della rilevanza della spesa sanitaria privata, con il sostegno di una raffinata strategia di marketing, che non è rifuggita dall'alimentare il rancore verso la sanità pubblica, ha rilanciato il tema della necessità di un secondo e terzo pilastro privato e/o di un universalismo selettivo.

Secondo l'ISTAT, nel 2016 la spesa sanitaria privata, che comprende anche prestazioni extra LEA e consumi dettati da scelte individuali, tra cui integratori alimentari per 3 mld e medicine non convenzionali, è stata pari a 37,318 miliardi di euro, il 91% sostenuto direttamente dalle famiglie, cioè out of pocket. La spesa intermediata da polizze di assicurazione e fondi integrativi, con il 60% delle prestazioni già previste dai LEA, interessa 11 milioni di cittadini per un valore di circa 4,7 mld di euro, cui va aggiunta la cosiddetta "spesa fiscale", nell'anno 2016 superiore a 3 mld. Senza contare i costi fiscali legati al boom del welfare aziendale, con il quale la classe operaia baratta salario con mutualità, segando l'albero che pure ha contribuito a piantare. Evidenti i profili di iniquità se il risparmio di imposta per coloro che ne beneficiano rappresenta un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti.

Checchè ne dicano i pilastristi, la spesa privata italiana complessiva ha avuto dal 2000 al 2016 il più basso aumento pro-capite (1,8 %) tra tutti i Paesi OCSE (con l'eccezione della Turchia), e nel 2016 in cifra assoluta è stata la più bassa tra i grandi paesi Europei lontana da quella di Canada e USA. Dunque, l'inarrestabile aumento è solo un allarme procurato.



La letteratura internazionale dimostra che i sedicenti “pilastri” comportano uso inefficiente della spesa, frammentazione dei percorsi assistenziali, sovra-utilizzo di prestazioni, anche futili, fino al 80% in più, incremento della spesa sanitaria totale, sia pubblica, sia privata. Il che non esclude la necessità di rivedere tutta la materia sia nel trattamento fiscale, sia nella definizione della natura integrativa delle prestazioni, per decidere se e con quali modalità integrare i canali di finanziamento per assicurare la migliore equità contributiva.

Vale la pena di ricordare che un sistema è sostenibile nella misura in cui la politica vuole che lo sia. I sistemi di finanziamento sono, infatti, prima ancora che soluzioni tecniche, scelta politica che esprime i valori della società e del suo sistema sanitario e le priorità dei governi. Il recupero della spesa fiscale potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute.

Molti affermano che la spesa sanitaria dell'Italia non sia sostenibile in futuro.

FALSO

Ecco il confronto della spesa pubblica e privata con altri paesi occidentali. I dati sono normalizzati per potere d'acquisto e riferiti ad una popolazione uguale a quella italiana (OECD 2017):

USA 437 MLD EURO	GERMANIA 245 MLD EURO
FRANCIA 207 MLD EURO	SVIZZERA 350 MLD EURO
AUSTRIA 231 MLD EURO	GRAN BRETAGNA 185 MLD EURO
ITALIA 150 MLD EURO	

La sostenibilità della spesa sanitaria non è una questione economica. Essa dipende da scelte culturali e politiche esprimendo i valori etici e il grado di civiltà di un Paese.



Respingiamo, comunque, al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket che, da meccanismo regolatore della domanda, sono diventati una robusta fonte di finanziamento, per un valore di circa 3 miliardi, quando non costituiscono con il superticket di 10 euro un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata.

Impoverire la sanità pubblica, svuotarla di competenze professionali e di innovazioni tecnologiche, significa condannarla a non reggere la onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, a scapito del grado di civiltà dell'intero paese. Una discussione sulla sanità per sua natura, interroga la democrazia e non può lasciare ai margini i costi legati alla corruzione, alla evasione fiscale ed alla invadenza pervasiva della politica, su cui i cultori della non sostenibilità semplicemente sorvolano.

La coartazione del perimetro dei diritti ed il cedimento del sistema di tutele stanno mettendo a rischio la coesione sociale e la solidarietà tra ceti e generazioni, rendendo altissima, come gli umori variabili del corpo elettorale dimostrano, la sfiducia dei cittadini nella democrazia rappresentativa e nelle istituzioni che la interpretano.

IL DECENTRAMENTO

L'attuale contesto del SSN vede ancora oscillare il pendolo tra Stato e Regioni, con i comuni nell'ombra, mentre diventano palesi le ambiguità della legislazione concorrente. Dopo la modifica del titolo V le Regioni tradizionalmente virtuose sono rimaste tali e lo stesso dicasi per quelle cosiddette canaglia, che hanno aumentato i loro disavanzi fino a quando lo Stato non le ha private della autonomia di spesa obbligandole a sottoscrivere i piani di rientro. Ed è rimasto inalterato il tradizionale gradiente Nord Sud (efficienza/inefficienza), una peculiarità del sistema Italia che il processo di aziendalizzazione non ha minimamente scalfito, un carattere della nostra società che rischia di diventare strutturale.

Il federalismo in sanità, spesso di abbandono, è fallito. E non si salverà nemmeno nella versione "a geometria variabile", che il nuovo Governo intende assecondare. Si rischia di favorire ulteriormente le spinte verso l'egoismo territoriale ed il sovranismo regionale, di ridimensionare il contributo fiscale delle Regioni ricche e di aumentare l'entropia del sistema con le relative diseguaglianze. In un Sistema sanitario già lacerato da importanti differenze, che arrivano a comprendere la stessa erogazione dei LEA, può venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno strappo definitivo tra Nord e Sud. Per questa via, il diritto alla salute, uno e indivisibile, verrà declinato in 21 modi diversi, cessando di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale, che diventa così la fonte primaria del diritto.

Più sistemi sanitari, a diversa efficacia e sicurezza, comportano una perdita complessiva di coesione sociale con una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere, che il fenomeno inarrestabile della mobilità sanitaria contribuisce ad aggravare sottraendo ogni anno 4,6 miliardi da un finanziamento in partenza più basso. Le Regioni del Mezzogiorno, mediamente più giovani, ricevono una quota capitaria media inferiore del 2,6% (-45,5 euro) rispetto a quella del nord e del Centro, e faticano a contenere i fenomeni di mobilità che portano via altre risorse. Le distanze tra due punti dello stesso Paese, Napoli e Firenze ad es., possono venire espresse non solo in km ma in aspettativa di vita, minore al Sud di 4 anni, e in tassi di mortalità evitabile, maggiori al sud, malgrado una spesa maggiore in rapporto al suo PIL. Mentre riesplode la questione settentrionale, la questione meridionale è lungi dal trovare soluzione: le diseguaglianze delegittimano la democrazia e le differenze rischiano di diventare divaricazioni, a scapito



della stessa unità nazionale. Sud e Nord sono diventati due Paesi diversi, così lontani da far dubitare che ci sia una sola terapia che possa andare bene per entrambi.

Un prodotto paradossale del federalismo è il neo centralismo regionale che ha cambiato la geografia istituzionale con la creazione di enti intermedi tra Regione ed aziende, la riduzione del numero delle aziende sanitarie fino a 163, l'imporsi di un gigantismo istituzionale, con relative turbolenze organizzative, che allontana i territori dai loro referenti istituzionali ed affida ad una diarchia tra Assessore e/ o Presidente e Direttori Generali la politica sanitaria fino alle carriere dei professionisti.

L'unitarietà del SSN in un contesto federalista esige la presenza di alcuni fili verticali. Non solo i LEA, ma lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato a favore delle regioni svantaggiate con indicatori diversi da quelli demografici, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, la individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, le competenze delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali. E luoghi nuovi, rispetto allo stesso Consiglio Superiore di Sanità, ormai dependance di una istituzione terza, in cui il lavoro e le professioni del SSN abbiano voce nei confronti delle scelte di politica sanitaria, sul modello di un "professional board" oppure di un *consiglio sanitario nazionale*, già previsto dalla L.833, una vera e propria cabina di regia nazionale, soggetto terzo, dal punto di vista istituzionale, tra Stato e Regioni.

Il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale perchè forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità nazionale se i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute. "Un nuovo equilibrio" deve ridefinire i confini dei ruoli e degli assetti istituzionali tra Stato, Regioni, e Comuni, o città metropolitane, in materia di produzione e tutela della salute.

LA DECAPITALIZZAZIONE DEL LAVORO PROFESSIONALE

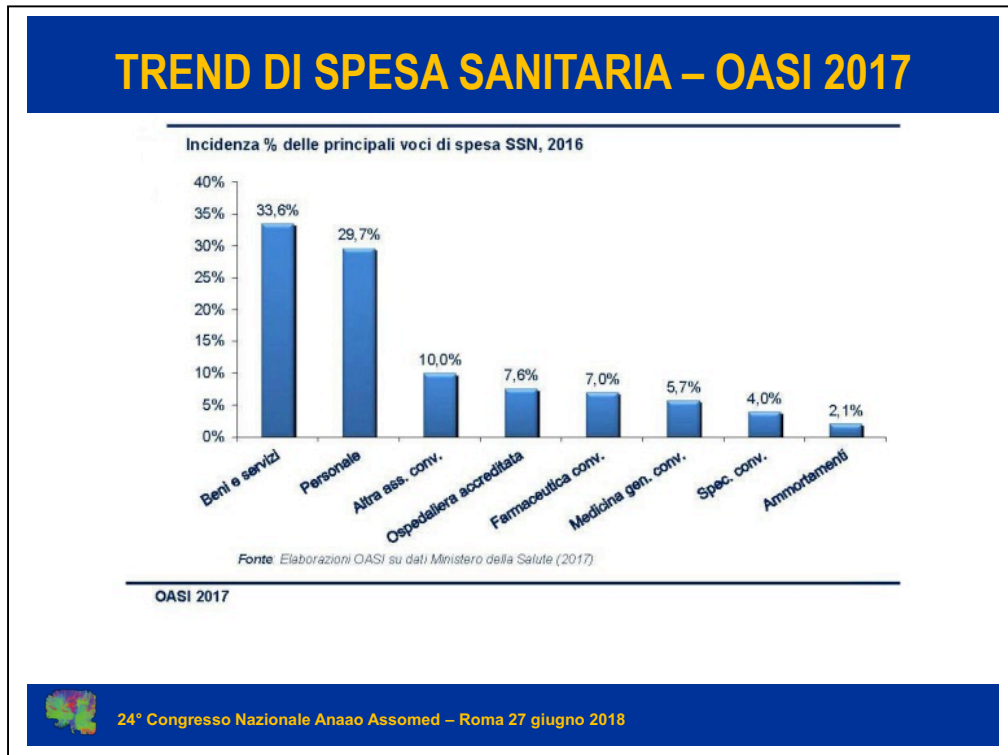
La morte di un sistema sanitario pubblico può avvenire anche attraverso la svalorizzazione e la umiliazione delle professionalità interne, quelle che nei convegni sono il capitale umano e nella realtà fattori produttivi da tagliare prima e più degli altri.

I medici, e tutti i professionisti sanitari, hanno cessato di essere una risorsa su cui investire per diventare un costo da ridurre, un problema e non parte della soluzione, ed il confine delle loro competenze è stato assunto come un elemento di rigidità da superare, laddove ostacola un sistematico trasferimento di atti e procedure da professionisti con costi più alti a professionisti con costi più bassi. Questo processo di tank shifting rende ancora più evidente la pericolosa distanza dei valori di riferimento di chi produce rispetto a quelli di chi gestisce. Il paradosso del modello di governo delle risorse professionali è tutto qui: catene di comando sempre più corte, distanze tra i valori di riferimento sempre più larghe.

Quel colpo di mano del comma 566 della legge finanziaria 2015, sulla scomposizione delle competenze esclusive del medico, limitate "ad atti complessi e specialistici", ben rappresenta la leggerezza progettuale e soprattutto la disinvoltura con la quale si intende affrontare questioni delicate e complesse quali le relazioni interprofessionali. Si disvela il sogno di disporre di regole che consentano nuovi e variegati mansionari professionali sempre più *low cost*, su cui fondare innovazioni delle organizzazioni e delle relazioni professionali. Il conflitto, cui non siamo interessati, sui confini delle competenze, resi incerti e contendibili, rende più vulnerabili tutti i professionisti, e la stessa tenuta del SSN, essendo la anarchia dei saperi fattore di debolezza complessiva.

Un fenomeno speculare e coerente a quello della deprofessionalizzazione è la decapitalizzazione del lavoro professionale, cioè la perdita di valore economico e negoziale e di tutele normative, l'impoverimento, anche numerico, del capitale umano, la subordinazione dei valori professionali a quelli gestionali. Tale processo si è sviluppato mediante il blocco dei contratti per nove anni, solo per noi ancora vigente, il congelamento delle

retribuzioni al valore nominale del 2010 e lo scippo dei fondi contrattuali, l'uso e l'abuso disinvolto dell'orario di lavoro, anche violando norme europee, l'attacco alle carriere, attraverso la riduzione delle strutture complesse e semplici e la volatilità degli incarichi professionali. Mentre il ricorso massiccio a contratti atipici estende l'area del precariato, il blocco del turn over respinge intere generazioni di giovani, lasciando al palo le loro speranze per una occupazione consona al lungo periodo formativo, producendo un taglio di 9000 medici e l'innalzamento della loro età media al vertice mondiale. Secondo la Corte dei Conti, il costo del personale dipendente, precipitato al 29,7% della spesa complessiva, con un risparmio di 2,6 miliardi solo negli ultimi 5 anni, è stato, insieme con l'imbarbarimento delle condizioni di lavoro, il vero prezzo pagato per la sostanziale tenuta del SSN in questi anni.



Non servono slides per raccontare la precarietà professionale ed esistenziale dei giovani, o per rendere visibili i posti barelle che hanno sostituito i posti letto, in attesa del cartello solo posti in piedi, o per esprimere il rischio civile, penale, patrimoniale, ed ora disciplinare, insito in ogni atto medico. Milioni di ore di lavoro non pagate, ferie non godute per anni, ritmi e carichi di lavoro che mettono a rischio la sicurezza delle cure, riforme delle pensioni che non considerano la diversa fatica, anche psichica, dei differenti lavori, contratti atipici diventati sacche di precariato stabile e terreno di coltura per un caporalato che retribuisce il lavoro medico con meno di 10 euro all'ora quando non ricorre al baratto della pizza con o senza birra. Fino al punto di chiederci di lavorare di più senza retribuzione e senza riconoscimento di ruolo. La austerità del blocco retributivo è peggio anche dei tagli lineari, perché, comunicando che le possibilità di crescita economica sono solo al di fuori del sistema pubblico produce disincentivi che lo impoveriscono.

I nuovi modelli di organizzazione del lavoro, derivati dalla industria automobilistica, pur in assenza di evidenze di maggiore efficienza o efficacia, come il flop della intensità di cura dimostra, assumono i medici ospedalieri come bersaglio privilegiato delle disfunzioni organizzative ed esprimono una tentazione forte di un uso opportunistico delle competenze in una prospettiva di sanità low cost. Dove i pazienti non sono più persone con problemi sanitari ma lavoro, ovvero una pila di cartelle cliniche, ed il medico un prestatore d'opera se non un venditore, in strutture che fanno della vendita sotto pressione la loro ragione di esistere.



La fragilità della “*relazione di cura*”rende piu debole lo stesso potere contrattuale.

Per dirla con parole del nuovo Ministro alla Salute “Il personale sanitario è stato la prima vittima sacrificale della contrazione delle risorse che ha colpito la sanità ed ha tutto il diritto di essere ascoltato e di essere trattato bene per la grande missione che svolge. Se non si interviene immediatamente rischiamo di trovarci solo operatori anziani e demotivati, di non avere giovani pronti al ricambio e quindi di non avere chi sostiene la sanità pubblica”.

La medicina non è mai stata più efficace e sicura di oggi, eppure mai come adesso c'è una rancorosa insoddisfazione per la sanità pubblica. La crisi di fiducia dei cittadini nella affidabilità del sistema sanitario ed il disagio crescente dei professionisti, che condividono il loro stesso cielo e la loro stessa costituzione emotiva, rappresentano minacce in grado di erodere la sostenibilità del servizio sanitario.

Serve una profonda riprogrammazione strategica delle politiche sanitarie. Cambiare paradigma ed investire sul lavoro professionale, che nella sanità pubblica rappresenta il capitale più prezioso, di ordine formativo, tecnologico, professionale e civile, è una strada che può rendere possibile quanto oggi appare impossibile, e cioè le compatibilità della economia con l'esigibilità del diritto unico ed indivisibile alla tutela della salute.

LA FORMAZIONE MEDICA

Non va meglio alle risorse fresche. La formazione medica post-laurea è diventata una vera emergenza nazionale, ancora orfana di responsabilità politiche, che non si può affrontare senza mettere in discussione il ruolo della Università. Che, in tutte le Regioni, di qualunque colore politico, si comporta, ed è autorizzata a comportarsi, come variabile indipendente, e parassitaria, del sistema sanitario, sostanzialmente al riparo da tagli e riorganizzazioni, priva di limiti e di obblighi sociali, subordinando le necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, fermi restando per il SSN tutti gli obblighi connessi al finanziamento.

L'ingessatura” dello specializzando in un ruolo più simile ad uno studente che ad un medico progressivamente coinvolto in tutte le attività specialistiche, rappresenta una anomalia in Europa. E non è l'unica. Si è strutturato un imbuto formativo, da noi descritto fin dal 2014, nel quale restano prigionieri migliaia di neolaureati cui viene negato l'accesso alla formazione specialistica o a quella di medicina generale, requisiti legislativi per operare in conto e per conto del SSN. Confinati quindi ai margini del mercato del lavoro, in una sorta di riserva indiana a bassa qualificazione professionale nella quale pescano soggetti interessati a sviluppare attività sanitarie concorrenziali con il pubblico, a costi più bassi. Sospesi tra sottooccupazione ed emigrazione. Nel periodo 2005-2015 11.000 medici italiani sono emigrati all'estero, portando via risorse e talenti. Mentre da noi la carenza di medici specialisti, come di medicina generale, è diventata drammatica e diffusa, e nei prossimi 5 anni oltre 45 mila medici lasceranno il posto di lavoro per raggiunti limiti di età, mettendo ulteriormente in difficoltà un sistema già oggi stremato, sempre che mutamenti legislativi, e condizioni di lavoro insopportabili, non accelerino la crisi.

I posti per la formazione specialistica sono oggi determinati dalla capacità formativa delle scuole universitarie e dal finanziamento statale. Occorre un incremento del numero di specialisti e di medici di medicina generale, insieme con l'inserimento del neolaureato nel SSN, con contratto a tempo determinato finalizzato al completamento del percorso formativo, mandando i Medici negli Ospedali dove sono i malati. Le Regioni hanno recentemente ri-presentato una proposta di implementazione dei contratti di specializzazione tale da coprire completamente il fabbisogno da loro programmato di 8.569 contratti, a fronte di un finanziamento attuale di 6.200 garantiti dal bilancio statale. Un incremento di offerta formativa, da avviare ad un percorso prevalentemente interno al SSN, che rappresenta una prima risposta al fenomeno dell'imbuto formativo, da valutare positivamente, a condizione, diciamo chiaramente, si tratti di un accesso al SSN aggiuntivo rispetto alle dotazioni organiche correnti, e con condizioni di lavoro e job description da definire nel CCNL della



dirigenza medica. Il nodo da sciogliere resta, comunque, quello del rapporto tra SSN-Università ed il livello della loro integrazione sul piano assistenziale e, contestualmente, della didattica e della ricerca. Non si può continuare a considerare, da parte dell'Università, l'Ospedale come un'immensa riserva in cui collocare in maniera automatica i docenti che "stanno stretti" nell'alveo universitario per mancanza di prospettive di carriera, una operazione a costo zero per dare respiro ad atenei ingolfati da troppe presenze e poche risorse assistenziali. È necessario recuperare una "cultura" dell'ospedale sotto il profilo della didattica e della ricerca applicata in collegamento con la ricerca scientifica accademica, con personale motivato sul piano professionale ed incentivato su quello economico.

LA CRISI PROFESSIONALE

Per fenomeni strutturali e sovrastrutturali, i medici oggi sono nel punto di maggiore crisi professionale ed identitaria della loro storia, dopo il declino della "dominanza medica" ed il passaggio del paziente nel ruolo di protagonista in varie forme. Non più assolutizzati, come fino agli inizi del secolo scorso, "Dei in camice bianco", si ritrovano con atteggiamenti da nobiltà ingiustamente detronizzata, stretti nella morsa della burocrazia con retribuzioni e sviluppi di carriere bloccate, riduzioni massicce del *turn over* e conseguente aumento dei carichi di lavoro. Mentre le altre professioni stringono d'assedio ed i pazienti sono sul piede di guerra, come dimostra il contenzioso legale ed il lievitare delle aggressioni verbali e fisiche.

Crisi di un ruolo e di un lavoro che, però, a dispetto dei tentativi di ridimensionamento, mantiene intatto il suo fascino, vicino come è a temi cruciali dell'esistenza, la vita, la morte, la malattia e la sofferenza, ed alla vita delle persone, nelle corsie degli ospedali, negli ambulatori, nelle case dove vivono, nei luoghi dove lavorano. Un mestiere oggetto ancora di timore, talvolta di invidia, se tanti provenienti da altri mondi, economia, scienze ingegneristiche, politica, pretendono di dettarci tempi e agende parlando di quello che dovremmo fare con linguaggi estranei alla nostra quotidianità, usando parole anglosassoni che hanno smarrito ogni contenuto. Fino a dettarci l'imperativo "adapt or die". Non c'è spazio per le sofferenze che siamo chiamati a vedere, diagnosticare, com-patire, talvolta guarire, mentre i luoghi delle cure si trasformano lasciando sullo sfondo i curanti (e, ancor peggio, i curati).

In una strategia che ha utilizzato la crisi come alibi tecnico per obiettivi politici che puntano allo smantellamento del SSN universalistico, o alla versione soft dello universalismo selettivo, il lavoro dei medici è considerato un disvalore, una spesa da comprimere, un puro costo da abbattere. Anche favorendo processi di disintermediazione rispetto al medico con l'attribuzione al farmacista o al cittadino stesso del ruolo di committente dell'industria farmaceutica.

Il disagio professionale, che va progressivamente accentuandosi con il rischio di degenerare in un processo di delegittimazione, non è una novità post-moderna se di "disagio della professione medica" parla il rapporto dell'alto commissariato per la sanità pubblica del 1947 e di "crisi della identità professionale" Cesare Frugoni nel 1957. Oggi, però, è esasperato da diversi fattori convergenti.

1) La solitudine del medico a decidere del destino dei malati, in prima linea a mettere la faccia per reggere una domanda crescente e complessa con risorse decrescenti, a gestire il conflitto tra risorse e diritti.

2) La fine del modello paternalistico e della "libertà medica" intesa come potere, quasi sacrale, di assumere ogni decisione in solitudine per il bene del paziente, che si è trasformato in utente-consumatore esigente e diffidente, consapevole titolare di diritti.

3) L'avanzare delle nuove professioni sanitarie, che erodono i tradizionali ambiti di esercizio della professione medica, senza riconoscere il ruolo di leadership funzionale del medico nei processi e nelle attività cliniche di diagnosi e cura, in ragione del suo capitale formativo e delle connesse autonomie e responsabilità.



4) L'aziendalismo ed il conflitto tra organizzazione e professione, due universi, diversi e distinti, di valori e di vocazioni, che una cultura aziendalista di matrice manifatturiera non è riuscita a saldare o quantomeno a far convergere in modo efficace, perchè incapace di tenere conto del fatto che la complessità del nostro lavoro non tollera semplificazioni, unilateralismi decisionali, verticismi, e forme più o meno dissimulate di autoritarismo. L'adozione degli strumenti tipici del settore privato e l'enfaticizzazione della logiche gestionali hanno reso i medici dipendenti dalle decisioni altrui per quanto riguarda organizzazione dei servizi, valutazione dei risultati e allocazione delle risorse. La riduzione degli organici e il rispetto ossessivo del feticcio della produttività fine a se stessa ha poi ridotto molti di loro a validatori seriali di procedimenti diagnostici, totalmente inefficaci ai fini di una vera prevenzione, o a lettori solipsistici di immagini anonime, spesso inutili. Il lavoro retribuito è ormai diventato senza relazioni e senza piacere, senz'anima, tutto orientato al servizio dell'organizzazione aziendale e del paradigma economicista.

I medici ospedalieri appaiono bloccati in mezzo al guado, non potendo tornare sulla sponda di partenza di una mitizzata purezza della professione, slegata da ogni vincolo di responsabilità sulle compatibilità economiche, e non riuscendo a vedere l'approdo, tenuti lontano da antiche diffidenze del legislatore e soprattutto dalla volontà di chi gestisce oggi le aziende di non condividere potere e non fornire insieme con le responsabilità le risorse necessarie.

5) La concentrazione monopolistica dei mezzi di produzione, soprattutto nelle attività extraospedaliere, che trasforma la sanità in un mercato di merci e beni di consumo in cui il medico si sente espropriato della sua professione.

6) Il trionfo della medicina di carta e la zavorra burocratica che pesa sui 2/3 del tempo medico, con una durata della visita, principale fattore predittivo della soddisfazione dei cittadini, non superiore a 9 minuti in media. La mortificazione del ruolo professionale è correlata anche ad un carico di incombenze burocratiche che sottrae spazio alla clinica, ed al malato, alla faccia di tutti gli inviti alla umanizzazione delle cure, pretendendo di sostituire il cronometro allo stetoscopio. Sanzioni, multe, processi, controlli ex ante e giudizi ex post, a prescindere, nel trionfo di inutili indicatori per inutili obiettivi.

7) Machine learning. Lo sviluppo dell'intelligenza artificiale e l'invasione pervasiva delle tecnologie informatiche aumentano le incertezze sul lavoro professionale e sullo stesso mercato del lavoro. Il lavoro medico, tipicamente intellettuale, si scopre sostituibile di fronte all'avanzata delle tecnologie robotiche e di quelle sofisticate innovazioni che si pongono come macchine che "risolvono problemi", perché in grado di dominare enormi quantità di dati.

I medici italiani stanno pagando un contributo non indifferente alla crisi economico-finanziaria del Paese ed alla stessa sostenibilità del Servizio Sanitario pubblico. Basti pensare alla difficoltà di reggere riorganizzazioni a getto continuo, che spesso inseguono il risparmio contingente richiesto dalla manovra di turno senza configurare assetti affidabili per un arco ragionevole di tempo, ed al rischio insito in un esercizio professionale che opera in organizzazioni che sempre meno si permettono interventi per garantire al meglio la sicurezza delle strutture, dei processi clinico assistenziali e degli operatori.

Per uscire dalla crisi professionale dovremo usare il lavoro come fattore di cambiamento e ripensarlo, ricostruendo la autonomia perduta nel leggere e decidere le necessità del paziente. Perchè, come la filosofa Anna Rosa Buttarelli ci ricorda, *"Deve mantenere l'autorità sul lavoro chi il lavoro lo fa, non chi campa sul lavoro altrui. Chi svolge il lavoro conosce la qualità, il valore, le competenze e le esperienze che servono per svolgerlo al meglio"*.

Un lavoro come il nostro, *variabile e complesso, con ridotta tolleranza all'errore*, reclama, come contropartita di un cambiamento cui non vogliamo sfuggire, un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle



necessità del malato.

I LEA siamo noi, perchè sono i nostri saperi e le nostre competenze, che fanno la differenza tra malattia e salute, e, spesso, tra vita e morte. Senza un nuovo compromesso sociale tra Stato e Medici la sanità pubblica continuerà a rincorrere di manovra in manovra, di patto in patto, le ragioni della propria sopravvivenza acucendo il disagio dei cittadini.

OSPEDALE-TERRITORIO: UN PERCORSO CONDIVISO

L'ingegneria istituzionale del SSN ha concepito la organizzazione del rapporto tra rete ospedaliera e territoriale attraverso un unico filo conduttore di programmazione, l'abbattimento della dotazione dei posti letto, con ospedali diventati quinte teatrali per categorie professionali impoverite, anche numericamente, fino a livelli organizzativi che non riescono a fare di un ospedale un ospedale. Sono evaporati in 10 anni oltre 70.000 posti letto, con conseguente crollo del rapporto con gli abitanti sotto la media europea, specie nelle regioni del Sud che nemmeno riescono a raggiungere lo standard nazionale nel vuoto di politiche attive per le cure primarie. L'allungamento delle liste di attesa ed il sovraffollamento dei PS, divenuti luoghi simbolo del fallimento di politiche sanitarie recessive, sono un dramma quotidiano che cittadini e medici devono affrontare costretti su fronti opposti. L'ospedale è diventato un luogo dove è difficile entrare ma ancora più difficile uscire.

Restringere la rete ospedaliera concentrando le competenze e le tecnologie non basta se nello stesso tempo non cambia la organizzazione del lavoro, dentro e fuori l'ospedale, anche per rispondere alla transizione demografica, epidemiologica e di genere, ed alla carenza di medici. Contro la logica anti ospedaliera imperante, che sta dominando da tempo programmi e strategie politiche, istituzionali, professionali e accademiche, occorre delineare chiaramente il percorso politico, organizzativo e culturale capace di realizzare il necessario equilibrio ospedale-territorio. Ripensando ruolo, modello e organizzazione del lavoro delle strutture per acuti in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie, in una logica di rete clinica che offra diversi livelli di risposta a differenti setting di domande. E costruendo una prassi di vera integrazione delle famiglie professionali, fondata anche su processi di misurazione e valutazione delle attività e dei risultati, facilitando la comunicazione ed il confronto e la presa in carico dei cittadini in una ottica di continuità assistenziale che sfrutti anche le tecnologie informatiche. Del resto, la letteratura internazionale è unanime nel sostenere la necessità di organizzare modelli di assistenza sanitaria integrati tra ospedale e territorio.

Si tratta di strutturare il rapporto ospedale territorio per gestire il paziente complesso in una logica dipartimentale ed un percorso condiviso tra tempi e luoghi differenti di erogazione della prestazione sanitaria. Il filo che unisce contratti e convenzioni è nel ruolo che si intende assegnare ai professionisti nel loro rapporto con le organizzazioni, che non può essere quello di operaio salariato negando valori professionali o sottomettendoli al primato delle logiche gestionali. Ma di attori che lavorano nel e per il ssn, con profili giuridici diversi ma non divaricati, diverse condizioni di lavoro e diversi ambiti di autonomia, ma non uno contro l'altro armato. Fino al gioco di prestigio di fare credere di potere finanziare la riforma delle cure primarie con i risparmi derivanti dal taglio dei posti letto e dalla riduzione delle strutture gestionali ospedaliere.

Una integrazione reale aiuta anche a superare la contrapposizione tra due logiche diverse di governo delle risorse finanziarie, quella tradizionale a silos verticale, focalizzata sul controllo degli input per livello di assistenza, o voce di costo, e la logica orizzontale che assegna le risorse per la presa in carico del paziente trasversalmente ai livelli assistenziali. Permettendo di riallocare le risorse tra i silos, se ne deriva una maggiore efficacia della presa in carico.



Occorre rimediare al fallimento di una riorganizzazione che ha trasferito risorse da ospedali a territori senza un riscontro efficiente ed efficace in termini di esiti di salute, scaricandone le spese sui cittadini (meno posti letto, più liste di attesa, strutture spesso fatiscenti, indicatori di salute differenti da regione a regione) e sui medici, in attesa di un adeguamento contrattuale da quasi 10 anni, demotivati dalle pseudo riforme, in preda ad un diffuso burn-out.

La stessa valorizzazione della prevenzione primaria, una pratica povera che non richiede grossi investimenti e rappresenta la modalità più efficace per ridurre la richiesta di cure, rischia di ridursi a puro slogan se non si chiarisce quanto lo Stato è disposto a sacrificare nel doppio ruolo di gabelliere e curante, per ridurre i comportamenti a rischio.

PROPOSIZIONI DI POLITICA SINDACALE

La strategia della ripartenza deve passare per una piattaforma che riproponga la questione del ruolo e le questioni del lavoro, senza eludere il gap tra complessità dei problemi e difficoltà a trovare soluzioni.

1) LA GOVERNANCE

Il processo di aziendalizzazione è giunto al capolinea e continua per puro ordine di servizio. Un modello di governance concepito e organizzato a partecipazione professionale e responsabilità sociale assente, con le aziende sanitarie trasformate in OGM dove la adozione degli strumenti della gestione privatistica non ha migliorato né il saldo economico né la qualità del servizio reso.

Il legame con le specificità sociali, ambientali ed epidemiologiche dei territori è diventato una variabile indifferente, la complessità delle organizzazioni e gestioni delle attività di cura ed assistenza è stata ricondotta a catene di comando sempre più corte e verticali, la pratica della appropriatezza ed efficacia delle cure, prerogativa dell'autonomia e responsabilità dei professionisti, è diventata palestra per tecnocrazie emergenti che operano secondo procedure *top-down*. Le organizzazioni sanitarie sono diventate strutture in cui il prodotto passa in terza linea e chi lo produce è a sua volta il costo maggiore.

In buona sostanza, l'Azienda sanitaria si è evoluta in un specie diversa, trasformandosi in un contenitore di anonimi fattori produttivi (i professionisti), costosi processi di produzione (le cure e l'assistenza) e consumatori sempre più esigenti (gli utenti), in un mix di costi in crescita e ricavi in diminuzione con bilanci che bisogna far quadrare comunque. I processi di riorganizzazione, tra accorpamenti, aziende uniche, aziende Zero, le massicce riduzioni dei posti letto per acuti, che rendono ancora più logoranti le composizioni delle reti ospedaliere nella matrice Hub e Spoke, le modellistiche sulle cure primarie e più in generale sulla assistenza territoriale, sono fortemente orientati da strategie di allocazione dei costi che non sempre coincidono con l'ottimale perseguimento dei fini di assistenza e cura delle persone. Oggi la mission principale, se non unica, delle Aziende sanitarie, è il governo dei costi di produzione attraverso un puro meccanismo di controllo dei fattori di produzione, medici e dirigenti sanitari compresi. In questo senso, l'Azienda Sanitaria va consumando *l'eterogenesi dei fini*. Non a caso, al loro interno Medici e dirigenti sanitari si sentono poco amati, controllati, vincolati alle norme che disciplinano l'organizzazione e ne fissano i livelli di subordinazione, limitando, non di rado, la stessa autonomia clinica. Si rafforza la tentazione di chiamarsi fuori per dedicarsi alla purezza della professione, lasciando che sia qualcun altro a pensare alla gestione. E la insofferenza, per una qualifica dirigenziale vissuta come etichetta priva di contenuti, l'inseguimento di percorsi di carriera professionali, la sottovalutazione della vera posta in gioco rispetto alle nuove professioni sanitarie, che hanno propri Ordini e, curiosamente, aspirano a quel ruolo dirigenziale che molti fra noi vorrebbero abbandonare.



Il guaio è che siamo chiamati ad impersonare un profilo di dirigente senza forme di partecipazione ai modelli organizzativi ed operativi aziendali, con perdita progressiva di autorevolezza professionale non compensata alla acquisizione di potere negoziale nella programmazione delle attività, e l'antica arte della cura si riscopre sottoposta a vincoli che ben poco hanno a che fare con la sua mission.

Il management riconduce i processi clinico assistenziali ad una sequenza di atti e procedure nei quali i professionisti vengono assunti quali meri fattori produttivi, orienta la valutazione prioritariamente sulla misura del consumo delle risorse, rende flessibili e trasferibili funzioni e competenze, delimita gli ambiti di autonomia e discrezionalità delle scelte dei professionisti. In una visione della *governance che* non intende modificare la catena di comando delle decisioni, comprese quelle che entrano nel core delle pratiche professionali e della selezione del merito e delle competenze. La discrezionalità connessa al principio del rapporto fiduciario, la natura monocratica del management aziendale, la subalternità dell'autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica sono il paradigma immutabile, quasi un valore indisponibile. Un pensiero unico, fortemente strutturato e tenacemente protetto nella architettura normativa dell'azienda sanitaria e della Regione divenuta una corporation.

Per di più, la cornice legislativa degli assetti gestionali del SSN non ha né scoraggiato né impedito la possibilità per i decisori politici di invadere la sfera gestionale della sanità, piegando alle esigenze della politica quelle della gestione. A partire dalle procedure di individuazione dei Direttori Generali e di selezione dei Direttori di struttura complessa, che hanno reso possibile il ramificarsi di interessi clientelari e spartitori, ai quali è stato subordinato il riconoscimento del merito e delle competenze professionali. Fino alla rinuncia al merito per la clientela, alla sicurezza delle cure per la sicurezza dei conti, al prevalere dello spazio dei numeri su quello dei diritti. La complessità del mondo sanitario non può, però, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio, cosa che in verità è accaduta raramente.

Di qui la necessità di ripensare l'attuale modello di governance, di fatto un potere monocratico su cose e persone, in una azienda diventata, dalla sua istituzione e nel decorso storico, un mero esercizio di creatività dei gruppi dirigenti regionali di turno.

Affinché non siano solo i conti a tornare ma anche l'esigibilità di un diritto fondamentale a cure efficaci, appropriate, sicure e di qualità, questione centrale è ridisegnare l'azienda sanitaria in ragione dei suoi fini, valutando con correzioni ed integrazioni l'ipotesi del modello delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona. Si tratta di pensare ad una azienda speciale che renda partecipi delle decisioni i portatori degli interessi del territorio di riferimento (in primis gli Enti Locali e cittadini), oltre che i medici e gli altri professionisti, tarata sulla complessità clinica e sul riconoscimento di un management professionale. Dobbiamo rivendicare responsabilità ed autonomia nell'esercizio di un ruolo insieme con forme di partecipazione, attraverso gli organi di rappresentanza della professione, ai modelli organizzativi ed operativi aziendali, perchè non accettiamo di essere gestiti senza alcun potere negoziale e di doverci adattare alle necessità aziendali tirandoci fuori dai codici etici e deontologici.

2) RUOLO: GOVERNO CLINICO

Dobbiamo rimettere mano al progetto del governo clinico, che mantiene le sue buone ragioni perchè capace di riconoscere la centralità del ruolo delle professioni all'interno delle Aziende Sanitarie, anche se ha perso forza, agibilità e concretezza, in una inerzia legislativa che ha indebolito potenzialità e deluso speranze. Governo clinico non come insieme di strumenti e procedure o uffici ad hoc, sganciati dalle linee di produzione, ma riconoscimento del valore sommerso delle competenze professionali intrinseco al ciclo produttivo.



Il problema che abbiamo ancora 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. Il riconoscimento e il rispetto di una sfera decisionale fondata su una sostanziale autonomia tecnico professionale deve tradursi nella individuazione di organismi professionali che orientino e supportino il management aziendale, magari integrato da un coordinatore clinico, nelle scelte tecniche ed in quelle, di selezione e verifica delle carriere, troppo discrezionali ed autoritarie, alleggerendo l'insopportabile deriva burocratica verso la quale è oggi sospinta la pratica dell'appropriatezza clinica. La efficienza gestionale e la stessa riduzione dei costi richiedono modifiche delle procedure cliniche, e quindi del comportamento professionale, che vanno affidate alla applicazione di conoscenze e valori di diretta derivazione clinica, abbandonando la invadenza e la prosopopea di una cultura manageriale che tutto riduce a fattore produttivo. Il modello dipartimentale può essere organo di governo delle carriere e della riduzione del disagio professionale, ri-collocandoci all'interno della organizzazione come garanti anche della sostenibilità della spesa.

Un diverso equilibrio, o meglio l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie, quello politico, quello manageriale e quello tecnico professionale è oggi questione centrale e cruciale nel vincere (o perdere) le due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario, quella del consenso dei cittadini e quella della sua sostenibilità economica, nella salvaguardia dell'universalismo e dell'equità, anche per riallineare diritti e risorse. Non basteranno a vincere queste sfide pur necessarie iniezioni di meritocrazia, in assenza di un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e sociale che, a garanzia di un servizio sanitario universalistico, equo, efficace e solidale, definisca un Patto con la Professione Medica in una nuova cornice culturale, giuridica, amministrativa, civile e sociale che rispetti i loro valori etici e deontologici.

Occorre toccare la matrice gestionale ed organizzativa per restituire la sanità ai medici ed i medici alla sanità, valorizzare un management professionale e ridefinire i processi decisionali nelle strutture aziendali. Dove pesa la assenza di reale autonomia rispetto ai vertici aziendali, causa l'asimmetria di potere esistente tra la direzione aziendale e i professionisti medici.

Nessun sistema è così complesso come quello sanitario. Un sistema complesso non cambia perché qualcuno concepisce e quindi impone una soluzione progettata allo scopo. I meccanismi top down, come le pesanti ristrutturazioni organizzative, l'introduzione di nuove regole e di più stringenti indicatori di performance sono destinati al fallimento. Il cambiamento imposto dalla politica non ha mai lo stesso peso del cambiamento clinicamente guidato. Nei modelli organizzativi che prevedono un alto coinvolgimento dei lavoratori si registrano aumenti della produttività che, insieme con la partecipazione, è la partita vera del futuro. Ma è del tutto evidente che servirà un sindacato 4.0.

3) POLITICHE CONTRATTUALI

Il CCNL è lo strumento appropriato per vincere la sfida più dura che consiste nel migliorare le condizioni di lavoro. Il blocco retributivo in vigore da 9 anni dura ancora, solo per noi, essendo in stallo le trattative per il rinnovo del CCNL 2016-2018 che rappresenta, oltre che un necessario ristoro economico, la chiave di volta per il CCNL 2019-2021, che può essere il contratto di un nuovo modello di organizzazione del lavoro e di nuove politiche retributive. Occorre che anche le politiche contrattuali riconoscano la diversa fatica, anche psichica, dei diversi lavori dei medici e la loro diversa collocazione nelle diverse aziende del SSN. Anche per ridurre il disagio lavorativo e rendere il livello delle retribuzioni coerente con la gravosità e rischiosità del lavoro. Una politica di riduzione dell'orario di lavoro contrattuale può accrescere il valore negoziale, in termini di salario, di tutte le prestazioni al di fuori, comprese quelle legate al disagio notturno e festivo. Che non possono più essere svendute al massimo ribasso o retribuite con indennità ferme da 20 anni.



La Libera Professione Intramuraria registra una flessione di volumi di attività in ragione di una domanda che cala, senza però diminuire gli introiti per le aziende e le entrate fiscali, ma anche di un suo diverso indirizzo che rende ancora più speciose le polemiche sulla sua legittimità sociale ed eticità nel sistema pubblico. Polemiche che vogliono portare a chiudere la libera professione intramoenia, come qualcuno sembra aver suggerito al neo Ministro come soluzione semplice, ma sbagliata, al problema complesso delle liste di attesa. Si preferisce evitare provvedimenti strutturali, e costosi, per continuare a strangolare il sistema con un tetto finanziario per le assunzioni, congelato al 2004, spingendo i pazienti verso il privato. Una politica che sembra parlare alla pancia e cerca il capro espiatorio nei dottori (prime vittime di un sistema che li sta sfruttando in termini mai visti), che non parla con i sindacati dei medici ma sembra avere chiaro come spostare nel privato le risorse pubbliche. In realtà, l'intramoenia, che con il lavoro extra orario dei Medici regala alle Aziende 300 milioni all'anno, che potrebbero ben essere utilizzati per ridurre le attese, adottata, magari a gestione privata, come ordinaria attività delle aziende, può diventare il perno di un piano di abbattimento delle liste di attesa, se potesse godere dei benefici fiscali e contributivi previsti per l'incremento della produttività nel privato, con specifiche incentivazioni per l'erogazione dei servizi in orari serali e prefestivi. Se invece l'attacco è al doppio lavoro dei medici, ricordiamo che il patto di esclusività, in base al quale nacque l'intramoenia, è già tradito, vista la irrisorietà attuale della relativa indennità, che vogliono esclusa anche dalla massa salariale, e che qualunque proposta di superamento non può avvenire isorisorse.

È ora di rimettere in campo una piattaforma organica che assuma l'obiettivo di restituire valore, anche economico, al lavoro professionale e veda nella sicurezza delle cure un obbligo deontologico, figlio del *primum non nocere* ippocratico, e nelle condizioni di esercizio della professione, anche logistiche, un elemento di dignità professionale, perchè oggi le questioni della professione non sono separabili da quelle contrattuali. L'intreccio tra questioni più tipicamente sindacali e quelle più tipicamente ordinarie deve assicurare che il rilancio della sanità pubblica si coniughi con la rivendicazione di ruoli e funzioni dei medici, quali garanti del diritto alla salute individuale e collettivo. Che non accettino più di essere marginalizzati dai processi decisionali e sono disponibili al cambiamento per esigere altri cambiamenti, in un esercizio di leadership come senso di responsabilità etica ed insieme rivendicazione di un ruolo sociale, prima che politico.

#Mai più ore di lavoro non pagate, ferie non godute per anni, ritmi e carichi di lavoro che mettono a rischio la sicurezza delle cure, precariato stabile, caporalato, emigrazione forzata.

4) UNO STATO GIURIDICO ADEGUATO AI PROFESSIONISTI

Lo stato giuridico del medico ospedaliero, e del dirigente sanitario costituisce un ossimoro peculiare: dipendente, per collocazione all'interno del pubblico impiego, e dirigente, sia per la natura intrinseca di interprete dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà nella gestione di risorse anche ingenti. In tutti, sia pure con grado e intensità differente, sono presenti i due ruoli, essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto per la valenza delle risorse impiegate e comportando ogni scelta clinica una decisione etica ed economica di cui il medico è responsabile, non per ignorare le ragioni della spesa e della economia ma per affrontarle in modo non subalterno e non subordinato.

Nella morsa dell'attacco ai sindacati ed al CCNL, l'ossimoro disegnato dal dlgs 229/1999 mostra tutti i suoi limiti, ed occorre avviare una riflessione. Ci troviamo sempre più stretti nel contenitore del pubblico impiego che non è coerente con la natura professionale, la specificità e la delicatezza dell'attività che i medici ed i dirigenti sanitari svolgono all'interno di strutture sanitarie ove sono considerati essenzialmente dei dipendenti, al massimo dei quadri, cui è affidato un incarico professionale, piuttosto che professionisti che lavorano per lo Stato. Un esempio della anomalia della situazione è dato dalla contrattazione per la area



della dirigenza sanitaria. La materia del nostro lavoro è rappresentata dal Ministero della Sanità mentre l'organizzazione dei servizi sanitari e dell'utilizzo del personale è definita dalle Regioni e la modalità di contrattazione dal Ministero della Funzione Pubblica, che sovrintende un contenitore che considera omogeneo in cui noi rischiamo di affogare. Occorre recuperare un livello contrattuale coerente e funzionale con il lavoro di tutti i medici, presso il Ministero della Salute o le Regioni.

Una soluzione realistica per recuperare la scissione tra contenitore e contenuti, le specifiche caratteristiche della professione e il suo compito primario, che è la tutela della salute dei cittadini, potrebbe essere rivisitare, su presupposti diversi e più coerenti con la natura peculiare del sistema di tutela della salute dei cittadini, il carattere di "dirigenza speciale" delineato dall'articolo 15 del vituperato Dlgs 229/1999. Si tratta di rafforzare in termini certi l'autonomia sia nel profilo professionale che gestionale per rendere peculiare la "funzione" sanitaria, dando contenuti e riconoscimenti alle singole posizioni e certezza alle azioni professionali specifiche, anche attraverso il supporto di modifiche legislative che ci tirino fuori da un contenitore che ha mostrato e mostra costantemente la sua assoluta inadeguatezza, costretto come è nella logica dell'appiattimento dentro un unico impianto legislativo. La riflessione, certo, è ancora acerba e sappiamo, con certezza, solo ciò che non vogliamo.

IL RISCATTO PROFESSIONALE

Noi siamo quelli che tengono aperti i cancelli della fabbrica senza fare serrate, malgrado il peggioramento delle condizioni retributive e di lavoro, quelli che hanno il reale ed effettivo possesso dei mezzi capaci di rispondere alla domanda di salute, anche sfruttando al meglio i grandi progressi della tecnologia, gli unici autorizzati a manipolare saperi e competenze, a declinare la medicina in prestazioni e servizi. Da questa leadership professionale dobbiamo ripartire per una civile e forte difesa del Servizio sanitario nazionale e del nostro ruolo, della sua autonomia e dei suoi legittimi interessi.

Dopo anni in cui molto è andato perso, ma è anche stato sperperato, di posizioni, fiducia, dignità, quel che resta ancora della nostra arte non è poco. Non si tratta solo del nostro destino o di quello della sanità pubblica. Si tratta anche della stessa idea di società, di comunità, di democrazia e libertà di tutte le persone. Il 4 marzo è finito non un equilibrio di governo ma un sistema. Una apocalisse culturale, per dirla con Ernesto De Martino, specchio del cambiamento dell'elettorato e del disallineamento dei diritti sociali e civili, si è scaricata nelle urne elettorali. È nato un nuovo Governo che attendiamo alla prova di fatti coerenti con le promesse in tema di garanzia dell'universalismo delle cure e di investimenti sul servizio sanitario pubblico e sui suoi professionisti. Senza pregiudizi ma senza sconti, pronti al dialogo costruttivo. È tempo che la politica decida se la salute dei cittadini è ancora un diritto costituzionale, da tutelarsi attraverso un'idea ed una azione progettuale e non abbattendo le condizioni professionali ed economiche dei lavoratori. Ed espliciti il modello di sanità che persegue per salvaguardare sia il diritto alla salute dei cittadini sia il lavoro, che del SSN è valore fondante, diritto a difesa di altri diritti, potente leva di cambiamento.

Abbiamo bisogno di un pensiero riformatore del sistema salute che coniughi soluzioni organizzative, che affrontino anche il problema del cambiamento dei modelli, compresi quello delle professioni, con la declaratoria dei nostri ruoli e delle nostre funzioni, con il valore intrinseco del sapere e del saper fare, con una nostra nuova rilevanza sociale. Per ritrovare rappresentanza, ascolto, rispetto, occorre riconquistare uno spazio politico, come interlocutori e come soggetto negoziale, rifiutando il ruolo di controparte del cambiamento. Se non riocuperemo noi questo spazio, Regioni e aziende, per evidenti interessi economici e consociativi e illusorie attese elettorali, riassegneranno il ruolo ed il lavoro del medico a chi si offre a minor prezzo e con maggior cedevolezza.

Per invertire le curve di caduta del consenso sociale e della contestuale crescita dei costi e ricercare



compatibilità tra scienza, politica ed economia, noi possiamo garantire una idea altra di sostenibilità del servizio sanitario, che letteralmente non esiste senza il suo capitale umano, che poggia sulla valorizzazione, sulla autonomia e sulla responsabilità delle professioni contro la manipolazione strutturale delle architetture e dell'impianto della sanità, assicurando appropriatezza clinica e qualità della prestazione. All'Italia occorre un Ssn nuovo, adatto ai cambiamenti epocali in corso, inclusivo di valori e competenze, libero da mercantilismi e malaffare. Il governo di questo cambiamento spetta a noi, rilanciando la cultura del tempo clinico, necessario per sostanziare la relazione di fiducia tra chi ha un problema di salute e chi deve aiutarlo, e riscoprendo il valore dell'atto professionale insieme con il senso del nostro ruolo autorevole nella società evoluta.

IL SINDACATO

In questi anni sparare contro il sindacato è diventato una variante della retorica anti-casta, terreno di consensi a buon mercato, fino ad additarlo, da più parti, come la concausa di tutti i guai del medico e della medicina. Un effetto collaterale dell'attacco al lavoro, certo, ma non è un caso se sono stati presi di mira i due strumenti che regolano il rapporto tra datori di lavoro e lavoratori fin dall' '800, cioè CCNL e sindacati.

Ciononostante, quando cambia il contesto, per le organizzazioni cambiare non è più una scelta, ma una necessità. Le trasformazioni che investono le categorie professionali che vogliamo rappresentare ed il Servizio Sanitario Nazionale in cui viviamo, gli stessi luoghi fisici del nostro lavoro ed i suoi strumenti, esigono un sindacato di cambiamento o un cambiamento del sindacato. L'esplosione dei contratti atipici, così diversi dal rassicurante tempo indeterminato cui eravamo abituati, il collasso del sistema formativo, la nuova composizione dei tavoli contrattuali, la transizione di genere in atto, la gobba demografica con l'invecchiamento della categoria, lo stesso analfabetismo sindacale di ritorno impongono una rilettura del nostro mondo. Non appare più scontata, infatti, la capacità delle organizzazioni sindacali di rappresentare in maniera adeguata il lavoro nelle molteplici forme in cui oggi viene declinato, dopo la metamorfosi profonda che negli ultimi anni ha subito. Fino a vedere nell'ospedale non più la meta agognata né il punto di arrivo di una storia naturale del "fare il medico". Complici il peggioramento delle condizioni di lavoro, e delle retribuzioni, nonché la desertificazione delle progressioni di carriera ed il controllo asfissiante delle organizzazioni, cominciano a diffondersi forme di lavoro nelle quali i medici rifuggono lo status di dipendente per muoversi come autonomi cottimisti di lusso. E cresce il fenomeno della fuga dall'ospedale, figlio legittimo di un lavoro svilito nella sua funzione sociale, de-capitalizzato, precarizzato, de-materializzato, impoverito dal punto di vista retributivo e numerico.

Raggiunto dall'onda lunga della crisi di consenso e di fiducia verso le istituzioni, il sindacato si vede costretto a ridefinire e reinventare la sua capacità di rappresentanza se vuole evitare la eclissi del tempo di mezzo. Ripartendo dall'orgoglio di essere componente indispensabile nella gestione dei sistemi complessi come quello sanitario, che non funzionano senza processi di rappresentanza, come dimostra una recente ricerca del FMI che correla sindacato e contrattazione con basso livello di diseguaglianza socioeconomica. E dal coraggio di rifiutare la riduzione dei rapporti di lavoro a questione privata, guerra personale da condurre in solitudine contro il potere. Il mondo che vorrebbero molti politici, di destra e di sinistra, del popolo e delle elites, che puntano sul rapporto diretto con gli utenti di tv e web, in cui il sindacato semplicemente non esiste, superato dai tempi che corrono scartando chi non sta al passo. Il lavoro al tempo del colera.

Sia chiaro che non ci sentiamo orfani della concertazione, ma protagonisti che in questi anni hanno dato voce, contenuto, e prospettive, ad un dilagante disagio professionale, mettendo i piedi nel fango per tenere i professionisti ancorati ad una idea di sanità pubblica. Anche se, paradossalmente, l'acuirsi di incertezze e



criticità nel mondo del lavoro tende a alimentare un neoindividualismo competitivo e autosufficiente, fino a fare ritenere antiquata l'idea associativa, nata dai grandi partiti e movimenti del secolo breve, come forma organizzata di tutela delle aspettative e dei legittimi interessi, individuali e generali, continuiamo a credere che i problemi di uno sono problemi di tutti. *"An injury to one is an an injury to all"*, il motto di un sindacato americano del primo Novecento. Nessuno rimanga solo con i propri problemi.

La portata delle sfide che siamo chiamati ad affrontare rende, però, necessaria una rappresentanza sindacale più forte, capace di recuperare le linee di frattura e lo smarrimento della identità professionale, per far valere le ragioni della professione. L'Intersindacale, di cui siamo stati anima e corpo in questi anni, ha avuto il grande merito di riempire il periodo di fermo biologico con una massa critica unitaria capace di grande slancio e di molteplici iniziative. Oggi è palese una sua sostanziale inadeguatezza rispetto alle necessità. Nei nuovi scenari la crisi di identità della professione e la estrema frammentazione della sua rappresentanza costituiscono fattori strutturali di debolezza, che non dobbiamo accettare con fatalismo. Non usciremo dalla crisi uguali a come ci siamo entrati. Anzi, non ne usciremo affatto se rimarremo uguali a come siamo entrati.

Non basta più la volontà di fuggire dalla coazione a ripetere conflitti orizzontali, tra medici e medici, fenotipi differenti non ancora divenuti etnie, nella consapevolezza che essi fanno il gioco dell'avversario. Serve, soprattutto nel mondo della dipendenza, una ristrutturazione della offerta sindacale che risponda alla esigenza di costruire un modello strutturato di rappresentanza unitario federativo, in attesa di mettere in campo un nuovo soggetto sindacale, che superi le scorie e le sigle del novecento in un polo attrattivo con una forza superiore al 50%. Senza mortificare legittimi orgogli di storie e culture associative differenti, ma con la straordinaria responsabilità di mettere quelle diversità al servizio di una visione comune della professione, per legittimare e rafforzare il prestigio del suo ruolo sociale, civile e politico. Ma occorrono idee che camminino sulle gambe di uomini e donne alla altezza della sfida.

Nei rapporti con l'Ordine professionale occorre adoperarsi affinché "la cultura ordinistica" diventi patrimonio comune, superando posizioni denigratorie ancora presenti.

necessario, anche ai fini sindacali, rilanciare il ruolo degli Ordini professionali che debbono acquisire il più alto livello di credibilità e affidabilità, in modo da rappresentare sicuro riferimento per i medici, i cittadini e per quanti hanno titolo e responsabilità nella azione di governo del sistema sanitario. La difesa degli ordini professionali rappresenta un obiettivo strategico e irrinunciabile. Ma occorre lavorare per un Ordine rifondato, autonomo ed autorevole, "casa" di tutti i medici al di là della provenienza e dello stato giuridico dei gruppi dirigenti protempore.

Se la medicina moderna non può diventare mera pratica tecnologica, ma deve sempre far prevalere la dignità della persona, c'è necessità di un elevato impegno corale di coraggio, di umiltà, di rottura di vecchi schemi culturali, di superamento di anacronistiche divisioni. Anche chi non condivide questa impostazione deve rientrare nell'ordine di idee che esso rappresenta una necessità. Non possiamo aspettare oltre né indulgere in quell'eccesso di autoreferenzialità personali e di gruppo che le nostre innumerevoli sigle consentono, disperdendo energie preziose. I numeri della sindacalizzazione medica, i più alti del mondo del lavoro, rimarranno figura astratta se non riusciremo a trasformare la aritmetica in politica. Magari ci vorrà del tempo perché la cabalistica numerologica e certi meccanismi producano risultati ma alla fine lo faranno. Il sindacato è anche capacità di assumere rischi, senza la quale nessuna innovazione è possibile.



È difficile? Certo ma, per dirla con Seneca, “non è perché le cose sono difficili che noi non osiamo, è perché non osiamo che sono difficili”.

LA TESTIMONIANZA

Sono un dirigente medico ospedaliero e ho da poco firmato le mie dimissioni dal Sistema Sanitario Nazionale. Mi sembra giusto fornirvi la mia testimonianza anche se non sono mai stato iscritto ad alcun sindacato. Ho preso questa decisione dopo un travaglio durato per mesi. Nei 12 anni in cui sono stato dipendente pubblico ho toccato con mano un continuo peggioramento delle condizioni di lavoro. La scarsa attenzione della politica al sistema sanitario pubblico che si è concretizzata in un defianziamento senza precedenti ha scaricato di fatto sulla buona volontà dei medici e degli infermieri il mantenimento di un livello decoroso di prestazioni. Abbiamo subito ricatti morali che ci costringono annualmente a impegni orari ben superiori al nostro debito contrattuale senza alcun incentivo economico oppure ci obbligano ad erogare un numero di prestazioni per ora incompatibili con una qualità accettabile del servizio e con le tempistiche per garantire l' ascolto del paziente. L'aggiornamento congressuale o sul campo è percepito come un fastidio da parte delle aziende, sottoposto a vincoli e autorizzazioni così che per il medico risulta più agevole completare qualche corso ECM on line giusto per far vedere di aver ottemperato all'obbligo formativo:

se poi un cardiologo consegue 150 crediti su corsi che parlano di igiene delle mani alla fine non importa a nessuno. Si sono moltiplicati gli adempimenti burocratici quali piani terapeutici, incontri, riunioni, audit, compilazione di resoconti e giustificativi che nulla hanno a che fare con il “core” della nostra professione. Per compiacere un manipolo di burocrati ci siamo inventati finti indicatori per raggiungere altrettanto finti obiettivi; per questi obiettivi in nome di miseri incentivi contrattuali abbiamo venduto la nostra etica personale e professionale. Rendiamo conto a dirigenti di secondo livello schiavi della politica che li ha messi in quella posizione: chi si adatta viene premiato con qualche incarico intermedio atto ad accarezzare il proprio ego, chi si ribella, come ho fatto io, finisce mobbizzato, demansionato e demonizzato. Oggi ho fatto una scelta di libertà, o almeno una scelta che mi garantisce di essere schiavo di chi voglio io. Spero che possiate comprendere dal mio scritto il disagio che molti altri colleghi provano e magari non manifestano. Vi auguro buon lavoro.



24° Congresso Nazionale Anaao Assomed – Roma 27 giugno 2018

L'ANAAO ASSOMED

Quanto a noi, nelle ultime settimane la Associazione ha affrontato una nuova fase congressuale con un aumento degli iscritti, rispetto al Congresso 2014 ed una loro tenuta rispetto alla rilevazione Aran del 2015.

Un risultato, che riconferma il nostro primato anche nella nuova area contrattuale voluta dalla L.150/2010, straordinario, se solo si pensi al lungo periodo di blocco contrattuale e del turnover, al calo del numero di dirigenti sanitari in questi anni, alla gobba demografica, alla crisi della rappresentanza comune a tutte le organizzazioni.

Lascio un sindacato più forte, anche nella reputazione che per un soggetto di rappresentanza è uno dei patrimoni più preziosi, che si costruisce in anni e si sgretola in pochi giorni. Un sindacato capace di farsi portatore di istanze diverse e di tutelare interessi legittimamente differenti, includere letture differenti del mondo sanitario, intenzionato a cambiare le parole ed i paradigmi della professione, a partire dalla formazione, e (ri)cominciare dal valore del lavoro e della salute. Pronto a pensare globale e agire locale, accettando la sfida dello spostamento dell'asse delle politiche contrattuali verso i livelli decentrati. Per essere protagonista della sanità italiana, nella quale un destino comune tiene insieme il diritto alla cura ed il diritto a curare. Simul stabunt, simul cadent.

Il cantiere del cambiamento è per noi aperto. Se i problemi non si esorcizzano negandoli, non possiamo fare finta di non vedere che le nostre assemblee faticano a riempire le sale in cui sono ospitate, e la progressiva disaffezione alle iniziative di lotta e protesta, specie se comportano un qualche onere. Le uniche piazze piene sono quelle virtuali, dei followers e dei meet up e le persone stanno insieme giusto il tempo che serve a scegliere con un click tra un sì ed un no.

Perciò non è peregrino cominciare a chiederci fino a che punto i nostri iscritti si sentono adeguatamente rappresentati nelle loro aspettative e tutelati nei loro legittimi interessi. E se le donne-medico ed i giovani medici riescono a percepirci come compagni della stessa ed unica battaglia professionale e sindacale. E



come fare fronte alla crisi di partecipazione e di vocazione che i numeri nascondono. Per ora.

Un sindacato che voglia opporsi alle derive in atto ed al tempo stesso progettare il futuro, deve promuovere e governare un ricambio di genere e di età, con una forte assunzione di responsabilità verso le nuove leve, per evitare un bipolarismo anagrafico che appiattisca l'offerta sindacale su profili di "medici arrivati", quasi una controparte o comunque una parte che ha lasciato ai giovani lavori a diritti zero.

Già dal Congresso di Silvi Marina nel 2010 abbiamo cominciato a cambiare la struttura organizzativa, prendendo atto del matrimonio celebrato con il sindacato più rappresentativo dell'area della dirigenza sanitaria. Ed introducendo il limite di mandato per gli incarichi apicali, per evitare di eternizzarli in una occupazione vitalizia facendone un ostacolo verso nuove leve, anche a costo di mettere in discussione la consuetudine a trasformare l'Anaa Assomed, ed i suoi organismi, quasi in una seconda casa dove crescere ed invecchiare. La funzione dei dirigenti sindacali è a termine per forza di cose, e la capacità di farsi da parte richiesta a tutti è un fattore essenziale per la crescita del sindacato ed il suo allineamento continuo con il mondo del lavoro che vuole rappresentare. Un sindacato, però, deve avere una anima ma anche radici, deve governare le differenze coniugando il vecchio con il nuovo, procedendo per innesti e non per furia rottamatrice che non porta risultati, come la politica dimostra. Non si rottamano valori e persone, identità e patrimoni storici.

"Anaa Giovani" vuole essere un laboratorio di under 40 chiamato ad agire sul campo con proprie iniziative e proposte, per esprimere il proprio punto di vista nella lettura del mondo sanitario. Un modello imitato da altri, che esprime non un puro omaggio alla moda giovanilista del tempo, ma la consapevolezza di dover cambiare il modo di essere sindacato, a cominciare dalla immagine e dalla percezione che del sindacato hanno troppi colleghi giovani. AG è stato un esperimento riuscito a metà, perché faticiamo ad accettare i giovani per come sono, a fare proposte con loro e non per loro, a formare una nuova generazione di dirigenti che si facciano carico della proposta politica della Anaa del futuro. Certo ringiovanire comporta un rischio, ma nel lungo termine diventa un vantaggio, specie se consideriamo che l'età media dei nostri iscritti è di 53, 66 anni, in aumento rispetto al 2010 e al 2014.

ISCRITTI ANAAO ASSOMED GENNAIO 2018/ETA'							
ETA	M	F	ALL'INTERNO DEL GENERE		SUL TOTALE DEGLI ISCRITTI		
25-30	119	155	1,06	1,58	0,57	0,74	
31-40	823	1.208	7,36	12,34	3,92	5,76	
41-50	1.933	2.633	17,29	26,90	9,22	12,56	
51-60	4.008	3.553	35,84	36,30	19,11	16,94	
61-70	4.238	2.227	37,90	22,75	20,21	10,62	
71-88	62	11	0,55	0,11	0,30	0,05	
	11.183	9.787	100,00	100,00	53,33	46,67	
media generale		53,66					
media dm maschi		55,34					
media dm femmine		50,66					
media ds maschi		56,81					
media ds femmine		55,37					

24° Congresso Nazionale Anaa Assomed – Roma 27 giugno 2018



E le donne, che rappresentano circa il 46% degli iscritti e sono maggioranza in 5 Regioni e nella fascia di età inferiore a 54 anni, già reclamano una nuova organizzazione del lavoro, capace di conciliarlo con i tempi di vita, senza passi indietro sul terreno dei diritti.

ISCRITTI ANAAO ASSOMED 2009-2018/DONNE			
REGIONE	ANAAO % iscritte donne 2018	ANAAO % iscritte donne 2009	ANAAO differenza % iscritte donne 2009-2018
ABRUZZO	42,2	33,1	9,3
BASILICATA	34,9	24,4	10,5
CALABRIA	43,6	25,2	18,4
CAMPANIA	35,9	23,5	12,4
EMILIA ROMAGNA	52,1	36,7	15,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	50,3	30,8	19,5
ITALIA	46,43	33,3	13,13
LAZIO	45	32,9	12,1
LIGURIA	50,2	37,6	12,6
LOMBARDIA	46,3	35,5	10,8
MARCHE	43,3	29,3	14
MOLISE	44,8	33	11,8
PIEMONTE	48,7	40,9	7,8
PUGLIA	36,9	23,3	13,6
SARDEGNA	60,2	52,2	8
SICILIA	46,7	28,5	18,2
TOSCANA	49,2	36,7	12,5
TRENTINO	49	36,6	12,4
UMBRIA	52,3	27,8	24,5
VALLE D'AOSTA	34,5	20,2	14,3
VENETO	45,5	31,4	14,1

Stenta ad affermarsi, però, un'elaborazione finalizzata non solo a modelli di lavoro *life balanced*, ma anche a modelli di cura attraversati dal pensiero e dall'espressione della differenza, capace di accompagnare la scelta di diventare “medica” con la coscienza profonda della differenza femminile come valore capace di trasformare l'ambiente sanitario e disfare i paradigmi che lo hanno disumanizzato. Crescita di iscritte ma non ancora di partecipazione e di vocazione, malgrado politiche positive di quote di rappresentanza, catalizzatori di processi subliminali, che tante polemiche e tante resistenze hanno suscitato.

La stagione dei padri fondatori che pensarono, alla fine degli anni 50, ad un nuovo sindacato medico autonomo, e quella di coloro che lo fecero protagonista della nascita del servizio sanitario nazionale, è giunta al termine, anche per ragioni anagrafiche. I successori si trovano a governare un cambio, non solo di giocatori ma anche di moduli di gioco, alle prese con modalità di comunicazione che ancora non padroneggiamo ed innovazioni tecnologiche di cui ancora ignoriamo gli effetti.

Toccherà ai nuovi organismi statutari trovare parole d'ordine e bandiere per una nuova sceneggiatura per vecchi e nuovi interpreti, stilare una agenda di obiettivi chiari e percepibili per un progetto capace di suscitare speranza e fiducia. Un orizzonte che tiri fuori la categoria dai sentimenti di frustrazione, paura e rancore, tanto simili a quelli espressi dalla maggioranza degli italiani. Per questo ha bisogno di uno shock, di un suo 4 marzo, che sia in grado di avviare un riscatto professionale figlio legittimo dell'orgoglio di quello che rappresentiamo.

CONCLUSIONI

Take home message. Il sindacato medico e della dirigenza del SSN non è morto, il che non è poco di questi tempi, e vuole continuare a farsi carico della difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale, provando, ancora una volta, a tenere insieme legittimi interessi delle categorie e diritti dei cittadini. Con l'orgoglio di quello che siamo, nonostante tutto, tocca a noi caricarci sulle spalle anche questa responsabilità.

Per quanto mi riguarda, ho fatto insieme a voi, con poche certezze e molte incertezze il viaggio nei nostri



ideali, ma soprattutto nei doveri e nelle responsabilità che ci siamo assunti verso la nostra professione e verso i cittadini del nostro Paese. Malgrado gli errori, spero che qualcosa rimanga nelle teste, se non nei cuori. In fondo importanti sono i passi ma anche le impronte che lasciano.

Non poco abbiamo fatto ma c'è ancora molto da fare e, senza titanismo e senza vittimismo, dobbiamo chiedere molto perchè ad accontentarsi di poco ci si riduce fino a scomparire.

Forse è vero che il futuro non è più quello di una volta, ma a noi tocca presidiare quel particolare tempo che Sant'Agostino chiama il presente del futuro, cioè la speranza, tanto potente da attivare specifici circuiti neuronali. E sperare malgrado la disperazione. Anzi, proprio a causa di essa (E.Bloch). Pur senza mister Wolff che risolve i problemi dobbiamo, come suggeriva Bob Kennedy, vedere la realtà chiedendoci perchè no.

Ecco, dunque, l'impegno che ci assumeremo insieme per un Sistema Sanitario (ri) progettato per il futuro, restituire la sanità ai medici ed i medici alla sanità, liberandola dalla supremazia della logica finanziaria ed economica - Come ricorda Atul Gawande, ci sarà richiesto certo "talento e perseveranza", ma a nulla servirà senza il "coraggio - di un costante impegno morale".

Il meglio deve ancora venire. Se metteremo in campo una profonda radicalità nel modo di ripensare le nostre categorie con idee rifondatrici e rigeneratrici, ce la possiamo fare, e ce la faremo. Quelli che resistono non sempre vincono, ma quelli che vincono sono sempre quelli che resistono.