



IL DOCUMENTO UNITARIO

Premessa	2
Il finanziamento del Ssn	2
Il Patto per la salute 2010-2012	2
Un modello compatibile di federalismo	3
Lo stato giuridico	4
Il governo clinico	5
La responsabilità clinica	5
Le condizioni di lavoro	6
Il precariato	7
Le liste d'attesa	8
Ospedale-territorio	8
Il contratto di lavoro	9
La sicurezza dei veterinari del Ssn nei territori a legalità limitata	9
Conclusioni	10



PREMESSA

Da molti mesi assistiamo ad un indiscriminato attacco, da parte di esponenti del Governo centrale e dei Governi regionali ai medici, ai veterinari ed all'intera dirigenza del SSN, anche con aggettivi ignobili rivolti contro chi cura e tutela la salute dei cittadini.

E' la tipica politica demagogica che, inserendosi nella linea di congiunzione tra l'attività della pubblica amministrazione ed il consenso popolare, non opera distinzioni che salvaguardino la delicatezza e la specificità di settori deputati alla difesa di beni costituzionalmente protetti, qual'è la tutela della salute.

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Il finanziamento del Ssn rimane sottostimato come da sempre.

Il fondo sanitario nazionale italiano continua ad essere tra i più bassi di tutta la comunità europea e dei Paesi dell'OCSE con ripercussioni fortemente negative da una parte sulla qualità e quantità delle prestazioni da garantire ai cittadini e, dall'altra, sulle condizioni di lavoro degli operatori sanitari.

Non si intravedono cambiamenti, nonostante la recente sottoscrizione del Patto per la salute, in questa politica che non trova risorse aggiuntive da investire nel SSN, per ammodernare le strutture e far fronte ai bisogni di assistenza sanitaria dei cittadini.

IL PATTO PER LA SALUTE 2010-2012

Anche se, sotto il profilo strettamente economico il Patto rappresenta un timido passo in avanti, non risolve il problema di molte Regioni, che, in accordo con il Governo, continueranno a fare ricorso, a tagli indiscriminati delle voci di spesa, piuttosto che aggredire gli sprechi che determinano i disavanzi, con il risultato che molti cittadini vedranno messa in discussione la stessa erogazione delle prestazioni essenziali.

Il mancato intervento sul deficit di carattere strutturale delle Regioni determinerà nuovi aumenti delle aliquote Irap ed Irpef destinati a pesare ulteriormente sia sul sistema produttivo, sia sulle spalle degli incolpevoli cittadini e dei medici di quelle Regioni dove i ritardi o i malaffari della politica hanno procurato (e continuano a procurare) profonde ferite nel sistema sanitario regionale.

L'ulteriore riduzione del numero di posti letto per acuti (3,3 per mille abitanti), ne produrrà un ulteriore taglio accrescendo le preoccupazioni sulla sorte del Ssn di fronte all'evidente ritardo della riorganizzazione della rete ospedaliera.

In molte Regioni il taglio di posti letto in assenza di una contestuale riqualificazione dell'assistenza territoriale rischia di provocare un vuoto assistenziale nel quale saranno risucchiate prioritariamente le fasce di popolazione più deboli, gli anziani, i malati cronici, i portatori di polipatologie.



Tale scenario inquina ulteriormente il mondo del lavoro del Ssn e nega ai suoi operatori il supporto indispensabile per espletare al meglio la propria professionalità e per assumersi le connesse responsabilità.

3

UN MODELLO COMPATIBILE DI FEDERALISMO

L'attuale contesto del SSN appare ancora in fase di transizione e profonda trasformazione nel rapporto tra Stato e Regioni e tra Regioni ed Autonomie locali.

La riforma del titolo V della Costituzione del 2001 ha creato una situazione permanente di conflitto di competenze tra Stato e Regioni che rende impossibile ogni tentativo di correggere le attuali disfunzioni del sistema sulle quali nessuno vuole seriamente intervenire.

Si è acuita, di conseguenza, la crisi del carattere unitario del Servizio sanitario la cui disarticolazione, con la presenza di più sistemi a diversa velocità di crescita, comporta una perdita complessiva di coesione sociale ed una progressiva riduzione di garanzie formali e sostanziali. La stessa qualità e sicurezza delle cure, come le cronache dimostrano, è divenuta una funzione del codice postale ed il rischio clinico una variabile della latitudine.

Oggi appare fondato il pericolo di una modulazione inaccettabile dei diritti dei cittadini a fronte dell'incapacità di troppe Regioni di organizzare e gestire un Servizio sanitario efficiente ed efficace con la grave conseguenza di acuire sempre di più il divario tra Nord e Sud.

L'introduzione del federalismo all'interno di un SSN, finanziato dalla fiscalità generale, senza prevedere precise dinamiche perequative e solidaristiche rischia di creare una ulteriore sperequazione tra Regioni ricche e Regioni povere.

Il livello di servizi sanitari, a cui i cittadini di alcune Regioni possono accedere, rischia di dipendere essenzialmente dal grado di solidarietà manifestato dagli abitanti delle Regioni ricche; il che cambia radicalmente lo spazio dei diritti e muove verso un contesto in cui essi cessano di essere un bene pubblico nazionale, costituzionalmente garantito, per assumere una valenza locale.

Se la strada verso la devoluzione regionale appare senza ritorno, alcuni elementi fondamentali devono essere mantenuti nell'ambito di una competenza unitaria e quindi nazionale.

In particolare chiediamo:

- la definizione ed il finanziamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), accompagnati da pochi e chiari indicatori di offerta e da standard qualificanti, soggetti però a rigorosa verifica, lasciando a livello regionale il compito di organizzare la risposta.
- un fondo di perequazione di tipo verticale gestito dallo Stato;
- l'uniformità dei requisiti di accreditamento di strutture e professionisti;
- l'omogeneità dello stato giuridico del personale.



LO STATO GIURIDICO

- L'applicazione indiscriminata anche ai medici, ai veterinari e a tutta la dirigenza del SSN della **rottamazione al raggiungimento di 40 anni contributivi**, provvedimento di dubbia costituzionalità, è un attacco particolarmente grave.

Malgrado le proteste e gli appelli unitari della categoria, i dubbi di alcuni ministri e le ripercussioni sul bilancio INPDAP, valutabili in un aggravio di spesa di circa 3 miliardi di euro, con ostinazione degna di miglior causa, il Governo ha reintrodotto con il decreto anticrisi, legiferato ponendo per ben due volte la fiducia, questa norma incomprensibile che, per di più, ha annullato la precedente volontà contraria espressa palesemente dal Parlamento.

Cambiando le regole in corsa si sottrae ai medici ed agli altri dirigenti sanitari la libertà decisionale, acquisita a proprie spese, in merito all'età di quiescenza per attribuirla alle amministrazioni sanitarie, lasciando in balia del potere discrezionale e ricattatorio delle direzioni generali una generazione di professionisti che costituiscono la spina dorsale del sistema sanitario.

A fronte delle giuste proteste della dirigenza del Ssn, il portavoce del ministro Brunetta non ha trovato di meglio che irridere le organizzazioni sindacali dei medici, dei veterinari e dell'intera dirigenza del SSN accusandole di protestare contro un provvedimento, la rottamazione, a suo dire inesistente!!!

Espellere dal sistema professionisti a soli 58-60 anni di età vuol dire aggravare ed anticipare la crisi demografica della professione medica, in netta controtendenza con le declamate politiche previdenziali ed in contraddizione con lo stesso aumento dei limiti di età di quiescenza decretato per le donne del pubblico impiego, dottoresse comprese.

Si priva così il SSN di esperienze e competenze professionali senza alcuna garanzia di ricambio e, quindi, con gravi rischi per la tenuta del sistema sanitario pubblico manifestando, nel contempo, una schizofrenia legislativa laddove si guardi ad attuali ddl che, pur carenti, vanno nel senso esattamente opposto alla rottamazione.

- In questo contesto il decreto di **Riforma del pubblico impiego** prevede lo svuotamento della contrattazione (in aperta contraddizione con il processo di privatizzazione del rapporto di lavoro), ulteriori sanzioni, l'accorpamento delle aree contrattuali con limitazione dell'autonomia dell'area medica, mentre giacciono in Parlamento su binari morti, anche per la netta opposizione delle Regioni, provvedimenti legislativi di miglioramento del sistema, come quello sulla governance e quello sul rischio clinico.

Inoltre, non si adotta alcun provvedimento concreto sulla sorte della libera professione intramoenia a pochi mesi dalla scadenza dell'ennesima proroga (31 gennaio 2010).

- La cosiddetta **Operazione trasparenza**, che coinvolge il pubblico impiego, ma non altre categorie pure retribuite dai cittadini quali magistrati ed universitari, anche molto criticate, dimostra



ulteriormente una politica forte con i deboli, ma incapace di colpire le principali cause del degrado del sistema Italia, dietro le quali si nasconde chi è in grado di esercitare forti pressioni sulla classe politica per mantenere anacronistici privilegi.

- Il **sistema formativo** ha ormai raggiunto il livello di allarme, per la persistenza di condizioni di extraterritorialità per le Facoltà di Medicina, ancora una volta legittimate quale variabile indipendente del sistema. Comunque in evidente crisi è l'intero sistema formativo universitario delle professioni sanitarie che va completamente ripensato e ridisegnato.

IL GOVERNO CLINICO

Da anni si discute di riformare il sistema sanità ed ogni Governo cerca di mettervi mano, vanamente per la compatta opposizione delle Regioni di tutti i colori politici. Sembrano tutti solidali, Governo, opposizione, forze sindacali, organizzazioni manageriali, ma quando si arriva al vero nocciolo del problema, chi gestisce la Sanità contrasta la vera consistenza della riforma: eliminare il controllo politico dalla gestione.

La Commissione Affari Sociali della Camera ha licenziato un progetto unificato di riforma che non sembra modificare le storture del sistema.

I professionisti del Ssn dovrebbero utilizzare il governo clinico non solo quale mezzo per partecipare attivamente alle scelte strategiche, ma quale vero e proprio strumento di rilancio culturale, scientifico ed operativo, sostituendo la visione dirigista con quella fondata su una maggiore responsabilità degli attori del sistema.

Certo alla politica competono le decisioni di programmazione in sanità e la scelta dei modelli organizzativi, ma non è più tollerabile l'ingerenza della logica partitica nelle nomine dei Direttori Generali o, ancora peggio, nelle nomine dei Direttori di Struttura Complessa. Le scelte e le consequenziali nomine, dovrebbero sempre avvenire sulla base di una selezione che parta dal "*saper fare*" e da quello "*che si è fatto*" valutando, in tutti i campi, i risultati raggiunti.

LA RESPONSABILITA' CLINICA

Recenti studi della FIASO (la Federazione delle Aziende sanitarie e Ospedaliere) hanno dimostrato che circa l'85% degli eventi avversi sono da ricondurre a problemi di natura organizzativa che, tuttavia, espongono i cittadini a danni evitabili ed i professionisti sanitari a contenziosi logoranti con un aumento progressivo della medicina difensiva (il cui costo è calcolato in circa 12mld di euro/anno) oltre ad incrementi dei costi di gestione e dei premi assicurativi.

A fronte di ciò la dirigenza sanitaria viene riconosciuta responsabile, in sede processuale, solo entro un range tra il 10 e il 20% dei contenziosi nelle numerose cause presentate in sede civile e penale



(circa 30.000 nel solo anno 2007). Tutto questo richiede una profonda rivisitazione della legislazione sul rischio clinico con l'introduzione di strumenti quali:

- il riconoscimento della responsabilità civile a carico della struttura;
- la costituzione di un fondo per l'alea terapeutica;
- la realizzazione di camere di conciliazione in sede stragiudiziale e l'attivazione indifferibile di una vera attività di risk management, normata da legge, in tutte le aziende a fronte di unità operative esistenti, oggi, solo sulla carta.

6

LE CONDIZIONI DI LAVORO

- Strutture di Pronto soccorso tecnicamente impossibilitate a dare adeguate risposte ed inadeguate al surplus di prestazioni richieste.
- Carezza, per blocco del turn over, di personale indispensabile per garantire i servizi essenziali.
- Persistenza, da più di un decennio, del precariato con riflessi negativi sull'assistenza.
- Scarsità di risorse necessarie per chi deve affrontare l'assistenza delle patologie croniche in aumento progressivo.
- Mancanza di programmazione dei carichi di lavoro con turni massacranti che incidono sulla qualità dell'assistenza e sullo stato di salute degli operatori con incremento del rischio di eventi avversi.
- Presenza di strutture spesso fatiscenti "dotate" di tecnologie obsolete e inadeguate.
- Direttori generali il cui unico fine e la cui unica modalità di valutazione da parte della Regione è il "risparmio" sulla pelle di chi lavora nel SSN e dei cittadini.

Se non è il quadro di un sistema al collasso si avvicina molto.

I Medici sono stanchi di essere considerati responsabili del disagio dei pazienti e di un sistema condannato a galleggiare perché incapace di eliminare sprechi e corruzione e di programmare i servizi in maniera adeguata ai bisogni dei cittadini.

Ancora oggi sprechi e spese improprie permangono, addirittura, anche nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro e la corruzione continua a manifestarsi al sud come al nord.

Viviamo un sistema la cui riorganizzazione esiste solo tra annunci e fughe in avanti e la cui unica preoccupazione/ossessione, spesso solo di facciata, è il controllo dei costi.

A chi ed a cosa serve una sanità sfinita, demotivata ed impoverita nelle sue professionalità ma con il bilancio in pareggio?

Ciò che è accaduto nell'ultimo anno, in specie al Sud, rimanda a problemi organizzativi e strutturali e non è riconducibile esclusivamente agli inevitabili errori medici.



In particolare, la categoria denuncia il mancato rispetto di normative che regolano la sicurezza e chiede una celere riorganizzazione della rete ospedaliera che assicuri non un ospedale per campanile, ma strutture organizzate a rete, in sinergia con un territorio potenziato. Occorre garantire la qualità dei servizi e l'equità di accesso, riqualificare la spesa al riparo dalle invadenze della politica assumendo la qualità professionale e la gestione del rischio clinico come obiettivi di politica aziendale.

7

Se il Ministro del Welfare è ancora dell'idea che *"la valorizzazione del personale del Ssn, a partire dalla dirigenza, è condizione imprescindibile per salvaguardare la sanità pubblica"* questo è il momento di dimostrarlo.

E chiediamo al neo Ministro della Salute Prof. Ferruccio Fazio di portare avanti concrete azioni di cambiamento, al di là di tanti impegni solo verbali.

D'altra parte anche il Ministro del Tesoro ha recentemente e pubblicamente elogiato la nostra sanità sostenendo che essa *"è fra le migliori d'Europa e presenta livelli straordinari grazie al personale medico ed infermieristico"*.

Chiediamo alla politica di far seguire alle parole i fatti proprio per non disperdere ciò che la politica stessa considera un patrimonio: il nostro servizio sanitario nazionale.

IL PRECARIATO

Sono circa 43.000 i professionisti della sanità operanti nel sistema pubblico con un lavoro flessibile, spesso con contratti atipici di breve durata, a causa del blocco delle assunzioni imposto dalle leggi finanziarie e dai vari piani di rientro.

La dirigenza esprime da sola 8.239 precari (circa il 60% donne) tra medici, veterinari e dirigenti sanitari, professionali, tecnici ed amministrativi (in base al Conto annuale 2008 della Ragioneria Generale dello Stato).

Un'alta percentuale di precarizzazione del lavoro si evidenzia poi nell'area della prevenzione veterinaria, con 1200 veterinari precari a fronte dei circa 6.000 dirigenti contrattualizzati.

In questa situazione appare indispensabile avviare in tutte le Regioni procedure di consolidamento in ruolo di tale personale per non disperdere importanti professionalità.

Quando il precariato dura, come spesso accade, 8 o 10 anni si determinano drammi personali e professionali che non è più possibile sottovalutare e che, tra l'altro, hanno innegabili ricadute negative sull'assistenza.



LE LISTE D'ATTESA

Liste d'attesa con tempi eccessivamente lunghi, nonostante l'impegno profuso dai medici, sono frutto prioritariamente dell'impoverimento delle risorse che comporta una carenza di personale e di tecnologie, un inefficace coordinamento tra servizi ospedalieri e territoriali ed una inadeguata programmazione organizzativa.

Tutto ciò danneggia il servizio pubblico in quanto orienta, troppo spesso, i cittadini verso il privato.

Non si potrà ottenere alcuna riduzione delle liste di attesa se non si interverrà con decisione sui fattori che le determinano e che abbiamo sopra indicato. I proclami demagogici, ai quali assistiamo da anni, non portano a nulla.

OSPEDALE-TERRITORIO

Il territorio deve garantire le prestazioni di base e la continuità assistenziale, integrandosi con i compiti propri dell'ospedale.

Pensiamo ad una sinergia di progetti di cura e di modelli organizzativi dei servizi al cui centro devono restare i bisogni del paziente, in un processo di assunzione e dimissione armonica e condivisa di responsabilità, di funzioni e compiti che non abbandoni nessuno in una terra di nessuno.

L'Ospedale si deve caratterizzare sempre più quale luogo di terapie complesse per pazienti acuti, ricco di professionalità sofisticate e moderne tecnologie, che vede nel prossimo futuro l'organizzazione dei servizi secondo modelli dipartimentali articolati in funzioni per intensità di cura e lo sviluppo di ospedali pubblici e privati in reti integrate di area vasta o regionali.

Tali modelli spostano l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale con l'obiettivo che questo si svolga in modo unitario e ciò risulta utile per:

- garantire la continuità assistenziale ospedale/ospedale e ospedale/territorio,
- evitare inefficaci ed inefficienti duplicazioni di servizi,
- ricomporre due esigenze: la razionalizzazione dei servizi e l'accessibilità agli stessi.

Le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul territorio ed in vicinanza con le aree residenziali dei pazienti, utilizzando anche, in modo integrato, le grandi professionalità espresse dal mondo ospedaliero.

E' necessario investire risorse sul territorio per promuovere e sostenere quei modelli organizzativi che meglio garantiscono continuità assistenziale, pratiche assistenziali pluriprofessionali e pluridisciplinari ed un sistema di continua reciproca comunicazione usufruendo delle nuove tecnologie, implementando gli strumenti di sinergia, quali il piano di dimissione.

In definitiva il moderno processo assistenziale richiede una presa in carico globale del paziente, attraverso una forte integrazione tra risorse territoriali ed ospedaliere: sviluppo delle cure primarie e



dell'integrazioni socio sanitarie a livello distrettuale, assistenza domiciliare integrata, ricoveri ospedalieri limitati alle fasi critiche e di instabilità clinica, sviluppo di modelli low-care, come day-hospital, day service, ambulatori dedicati per il follow-up delle malattie croniche (scompenso cardiaco, bronchite cronica ostruttiva, diabete mellito, ipertensione arteriosa, ecc.).

9

IL CONTRATTO DI LAVORO

La proposta del Governo per il rinnovo del contratto continua a sancire una riduzione secca della capacità economica della categoria senza che questa sia controbilanciata da eventuali benefici fiscali, senza una chiara previsione di un recupero del tasso inflattivo e senza, soprattutto, la rivalutazione dell'indennità dell'esclusività di rapporto, ferma dal 1 gennaio 2002 che, di fatto, sottrae oltre 300 euro mensili per ogni anno dallo stipendio.

I decreti delegati previsti dalla legge di riforma del pubblico impiego approvati dal Consiglio dei Ministri, quietamente asseverati dal Parlamento e dalle Regioni, prevedono una sterilizzazione della contrattazione affidando la disciplina di importanti aspetti organizzativi alla legge e non alla negoziazione tra le parti, con buona pace della tanto sbandierata privatizzazione dei rapporti di lavoro e nel rispetto della prassi, tipicamente italiana, di non rispettare i patti sottoscritti.

E' chiara l'intenzione di non remunerare adeguatamente un lavoro al quale non si riconosce né ruolo né valore, sebbene venga svolto in condizioni sempre più difficili, tutti i giorni e le notti dell'anno, a tutela della salute dei cittadini.

Ciò accade a fronte di una continua riduzione degli organici ed in assenza di profondi processi riorganizzativi e strutturali, che aggravano drammaticamente la situazione dei medici, dei veterinari e dell'intera dirigenza del Ssn che produce ogni anno 10 milioni di ore oltre il normale orario di lavoro, mai retribuite. Questo sovraccarico di lavoro del personale sanitario, fatto non trascurabile, espone sempre più i cittadini al rischio di eventi avversi.

In assenza di certezze sul futuro economico e normativo dei contratti di lavoro cresce la rabbia e la frustrazione di una categoria che rimane il perno centrale di una Sanità Pubblica che, a parole, si vuole più equa ed efficiente.

LA SICUREZZA DEI VETERINARI DEL SSN NEI TERRITORI A LEGALITÀ LIMITATA

I veterinari del Servizio sanitario nazionale continuano a subire ogni giorno attacchi e violenze inaudite che mirano a impedire loro di svolgere con serenità e in sicurezza i compiti di prevenzione sanitaria, eradicazione delle malattie degli animali e sicurezza alimentare. E' una situazione di emergenza che sta diventando sempre più grave. Ancora una volta ribadiamo con forza che quello delle intimidazioni



e delle aggressioni dei sanitari che operano per prevenire illeciti, frodi e pericoli per la salute non può e non deve essere un problema esclusivamente del personale sanitario, abbandonato a fare da bersaglio anche per la criminalità organizzata. Le intimidazioni ai dipendenti pubblici hanno costi sociali ed economici pesantissimi. Le istituzioni, per non perdere la loro credibilità, devono farsene carico senza imperdonabili ritardi! L'ennesima vicenda di violenza è solo di qualche giorno fa e riguarda il personale del servizio veterinario di Sciacca, in Sicilia.

Occorre urgentemente un intervento legislativo per la loro protezione ed un risarcimento economico a favore di quei colleghi che hanno subito danni fisici, psichici e materiali non solo nel tempo di lavoro, ma in tutti i casi riconducibili a cause derivanti dal proprio lavoro.

CONCLUSIONI

L'intera dirigenza del Ssn merita e chiede più rispetto ed una maggiore valorizzazione dell'impegno e della complessità del compito che ogni giorno si assume a tutela del diritto alla salute della collettività. Nessuno pensi di poter costruire aziende sanitarie tecnocratiche senza la cultura professionale dei medici o addirittura contro i medici.

Il senso di responsabilità di una categoria - che non può e non vuole sfuggire al ruolo di essere anche parte della classe dirigente - e la passione civile che la fa identificare con i luoghi del suo lavoro, induce a sollecitare una maggiore considerazione per l'impegno e le difficoltà con cui quotidianamente viene assicurata la tutela della salute dei cittadini.

Solo l'apertura di una nuova stagione di lotta da parte di tutte le forze che hanno a cuore il patrimonio del SSN potrà salvare il sistema da un evidente e progressivo abbandono.

Noi faremo la nostra parte ma la sfida è per tutti.