



argomenti

Numero 3 - Ottobre 2013

XLVI CONGRESSO NAZIONALE

La relazione del Segretario Nazionale



Il Servizio Sanitario Nazionale, il Lavoro e il Sindacato

Ogni tanto, quando ci troviamo smarriti, è saggio tornare alle parole che reggono il nostro lessico familiare, alle nostre radici.

Occorre tornare al significato più semplice di alcune parole per rigenerarle e con esse rigenerare la nostra società.

Una di queste parole fondamentali è “diritti” un’altra è “salute”, altre ancora sono “lotte sindacali”, “scioperi”, “conquiste”.

Con le lotte e gli scioperi i lavoratori hanno ottenuto democrazia, libertà e giustizia sociale. È grazie a queste lotte appassionate che il diritto alla salute ha acquisito il carattere di “diritto fondamentale” per la nostra Costituzione.

La conquista di un sistema sanitario universalistico e solidale è un valore che si sta perdendo con la progressiva distruzione della valenza positiva che derivava dalla fatica impiegata per conquistarlo.





Un altro valore che si sta dissipando lentamente - e le responsabilità non si possono polarizzare, ma sono purtroppo assai diffuse - è quello del complesso sistema delle relazioni sindacali, frutto e pilastro della democrazia repubblicana che si è concretizzato attraverso il processo storico di evoluzione dei contratti di lavoro.

Queste conquiste non sono però date per sempre, e se non si presidiano, se non si difendono, andranno perdute.

Voglio portare la vostra attenzione sull'ultimo sciopero nazionale proclamato da medici, veterinari e sanitari. Quello sciopero ha segnalato una grave crisi per il sindacato che si è manifestata con uno dei più scarsi livelli di informazione, motivazione, partecipazione e condivisione da parte delle nostre categorie.

Se proclamare quello sciopero è stato un momento di consapevolezza di una parte delle nostre professioni, è altrettanto vero

che una larga parte delle nostre categorie non risponde più a chiamate di questo tipo e le motivazioni che portano alla disaffezione devono essere comprese per cambiare in modo radicale la costruzione del movimento sindacale medico.

È da questo dato evidente che si deve riprendere una lotta se non si vuole procedere verso la disintegrazione delle forze sindacali. Si deve rincalzare l'argine dei diritti, si devono riaffermare i principi di cittadinanza e di democrazia partecipativa.

È molto strano che in una fase di aggravamento generale della situazione della Sanità e del Welfare, in un periodo in cui sui dirigenti sanitari piombano provvedimenti che tagliano stipendi, pensioni e diritti aumentando rischi, precariato e carichi di lavoro, la protesta dei lavoratori sia così tiepida e rituale.

La proclamazione di uno sciopero nazionale non è mai un momento di futile e pretestuosa protesta. Uno sciopero, come quello del 22 luglio 2013, è una scelta grave e sofferta che deve essere discussa con i colleghi, deve essere motivata e propagandata dentro la categoria e non solo sui siti e sui giornali di settore.

Perché un'azione sindacale sia forte deve essere coerente con i bisogni, deve essere ascoltata e capita dai colleghi che devono essere messi nelle condizioni di provare emozioni e di ritrovare la disponibilità alla mobilitazione.

Uno sciopero nazionale deve rappresentare il sintomo di un malessere di intere fasce della società, non solo delle categorie che lo hanno proclamato, ma anche meno delle sole dirigenze che lo hanno deciso nelle loro intersindacali.

Se vogliamo dirci la verità dobbiamo avere il coraggio di dire che abbiamo sbagliato e continueremo a sbagliare se crediamo di coinvolgere i colleghi in battaglie difficili e rischiose solo attraverso le e-mail.

Dobbiamo usare tutte le nostre risorse intellettuali, organizzative ed economiche per stare tra la nostra gente e per trasmettere fiducia in una prospettiva di impegno, solidarietà e cambiamento. Ci sono parole che per varie ragioni si sono perse di vista. Ma sono le parole con le quali si può pensare di scrivere una nuova storia. Parole oggi scolorite come la parola "conquiste" erano termini che evocavano qualcosa di sudato, di eroico, quasi guerresco, per definire il riconoscimento di diritti, la considerazione e il rispetto del lavoro dopo il confronto e la trattativa.

Sono molti anni che non si fanno conquiste. Anzi, sono diversi anni che addirittura si cerca di non arretrare. Spesso ci dichiariamo impotenti, in realtà siamo rinunciatari, indolenti, sostanzialmente rassegnati.

Chiedersi quale fosse la genesi delle vecchie conquiste è indispensabile per immaginare di poterne ottenere di nuove.

Oggi, in una stagione di pragmatismo individualista e disillusione, è difficile pensare che le conquiste sono precedute dai sogni, da desideri talvolta irrazionali che pur tuttavia cercano di rappresentare bisogni molto concreti ed oggettivi.

La razionalizzazione dei bisogni, passando attraverso i sogni che li immaginano e li descrivono e le conseguenti utopie, è il percorso ideale, talvolta emozionale, che prelude alle battaglie verso obiettivi che hanno conseguito un valore collettivo.

Se oggi ci chiedessimo cosa vogliamo non avremmo probabilmente un obiettivo chiaro. Forse perché non discutiamo più di



argomenti

Numero 3 - Ottobre 2013

obiettivi, ma ci maceriamo nell'elencazione quasi vanitosa delle sconfitte.

Siamo troppo vecchi e sazi per lanciare nuove sfide? Ricordate il messaggio di Steve Jobs?

«*Stay hungry, stay foolish!*» (siate affamati, siate folli!)

Essere affamati e folli vuole semplicemente dire che dobbiamo avere una prospettiva, un disegno che non può ricalcare all'infinito quello in cui ci siamo visti all'inizio della nostra carriera. Il quadro generale cambia, immaginiamo uno sbocco giusto al cambiamento sennò ne saremo travolti.

Forse noi che rappresentiamo le componenti garantite della Sanità abbiamo meno motivazioni e in qualche misura siamo terrorizzati dal cambiamento, ma la Sanità è un vulcano in ebollizione fatto di molteplici necessità e aspirazioni che, se non governate con un'appropriata politica sindacale univoca e solida, saranno contrapposte e annichilite reciprocamente.

Questo almeno lo dobbiamo capire, e dobbiamo mettere vele adatte al vento che tira oggi.

Nulla è dato per sempre, tutto deve essere conquistato, e poi difeso e riconquistato gestendo il cambiamento.

Noi non possiamo limitarci a una difesa passiva di quello che abbiamo realizzato ormai molti anni fa ma, se vogliamo avere un ruolo nella Sanità futura, dobbiamo impegnarci nella elaborazione di strategie unitarie e federative capaci di fare tesoro delle energie provenienti dal precariato e dalle fasce giovani delle nostre professioni, tenendo insieme interessi che solo a una lettura strumentale o superficiale possono sembrare antagonisti.

Il Contratto di Lavoro

Il blocco dei contratti ha sicuramente colpito nel vivo molti lavoratori, ma nel nostro caso si somma ad altri problemi professionali che stanno mettendo a dura prova la qualità e la disponibilità di servizi verso i cittadini. E questo in un momento di crisi in cui fasce sempre più ampie di popolazione senza reddito hanno bisogno di cure e di assistenza gratuita.

L'Ispettore Capo dell'Ispettorato generale per la Spesa sociale della Ragioneria generale dello Stato, Francesco Massicci, audito in Commissione Bilancio e Affari Sociali della Camera nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica, ha dichiarato che: «*Grazie alla governance messa in atto negli ultimi anni si è potuto assistere a una sostanziale riduzione dell'incremento della spesa sanitaria, pur non intaccando il livello di qualità del servizio erogato*».

Forse Massicci non sa, o piuttosto finge di non sapere, che la contrazione della spesa sanitaria pubblica si associa, purtroppo, all'aumento della spesa privata. Quindi, in termini economici si può ritenere che la spesa sanitaria complessiva sia probabilmente invariata.

Nel caso, invece, fosse nel suo complesso davvero diminuita, questo non può che essere associato all'impossibilità per fasce sempre più ampie di popolazione di accedere alle cure per mancanza di reddito e mezzi.

Dopo i ripetuti tagli lineari, non si deve poi trascurare lo studio

dello stato generale della sanità avvalendosi della rappresentazione plastica dell'inefficienza della spesa che ci offre il "rapporto esiti".

Spendere meno senza rimuovere le inefficienze e le inapproprietezze significa poco. Equivale a vedere rientrare nella normalità la febbre di un paziente che sta morendo.

Massicci ha anche sottolineato come la *Governance* si sia rivelata uno strumento particolarmente efficace in ambito sanitario, «*perché ha avuto la capacità di favorire, incentivare, fino a imporre alle Regioni comportamenti virtuosi nell'erogazione e la gestione dei Servizi sanitari nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza*».

Forse che le siringhe hanno lo stesso prezzo a Bolzano e a Caserta, i costi per DRG si equivalgono sia a Vercelli sia a Trapani o a Viterbo? Insomma i bilanci in passivo sono problemi di assestamento contabile, non ci sono inefficienze amministrative, non c'entra nulla il sacco che la politica ha fatto dei Servizi sanitari locali?

È molto rassicurante notare come la dimostrazione di tutta questa virtuosità arrivi dalla rappresentazione analitica di una sola voce di spesa: il costo del personale.

Massicci dice «*per il personale sanitario dipendente e convenzionato la spesa annua del SSN è di 43 mld di euro, 36,5 dei quali per i dipendenti e 6,5 per il personale convenzionato. Fra il 2000 e il 2006 il tasso annuo di crescita di questa voce di spesa era pari al 5,4% (poco più dell'inflazione - diciamo noi - e senza considerare le consulenze che sono mascherate nella voce "personale") per passare all'1,4% fra il 2006 e il 2010 e al -2,1% fra il 2010 e il 2012*».

«Un rallentamento» ha specificato orgogliosamente «*non influenzato da misure straordinarie come ad esempio il congelamento dei rinnovi contrattuali, ma dall'azione di razionalizzazione dei costi*».

Allora se la spesa per il personale era già razionalizzata perché abbiamo avuto e abbiamo ancora il blocco dei contratti ?????!!! Ancora una volta è evidente il ricatto verso i lavoratori dipendenti. Non ti licenzio, ma ti metto sotto torchio e ti vuoto le tasche. Stai buono e zitto sennò apriamo le gabbie e ti facciamo sbranare dai disoccupati che hanno in gran dispetto i pubblici dipendenti strapagati e fannulloni.

In tutto questo è sempre più evidente che il SSN si regge ogni giorno di più sul lavoro di una quantità di sanitari precari verso i quali lo Stato ha ancora una volta un atteggiamento spaventosamente contraddittorio: sono buoni per lavorare all'infinito senza garanzie contrattuali, ma non sono buoni per avere prima o poi un posto di lavoro a tempo indeterminato.

Il blocco dei contratti ci impedisce anche la rimodulazione organizzativa delle strutture delle aziende sanitarie che mancano di strumenti premiali verso le competenze e il lavoro efficiente. Altro che rivoluzione brunettiana: se non si premiano merito ed efficienza si premiano di riflesso demerito e inefficienza.

Noi vogliamo aprire una fase di confronto concreto e progressivo, non sulle premesse che sono retorica per convegni, ma sui passaggi tecnici di una *road map* che ci porti fuori da una crisi





sempre più dura che si scarica su cittadini e sui sanitari. Ad esempio aprire i contratti di lavoro, senza costi aggiuntivi, senza risorse fresche, è una richiesta di buon senso che dovrebbe essere accolta al volo. I sindacati stanno spendendo tutta la loro credibilità per tenere in asse il sistema. Ciò che resta dei Partiti, il Governo e le Regioni, non facciano finta di non capire e non si perda tempo.

La proposta dopo la protesta

Scioperare non vuol dire protestare e basta, significa mettere a disposizione dei decisori politici possibilità di cambiamento. E nella Sanità di cambiamento ne occorre assai.

La spesa sanitaria non scende, la domanda aumenta, gli sprechi permangono.

Un metodo riconosciuto universalmente valido per ridurre la spesa sanitaria consiste nel non far ammalare le persone. Banale, ma drammaticamente vero. Quando però si parla di prevenzione primaria (che non è la diagnostica precoce) sembra di entrare nel campo del lusso e della spesa voluttuaria.

Invece, dovrebbe essere noto alla politica quanto fa risparmiare e quanto valore genera una Sanità pubblica medica e veterinaria orientata all'evidenza anziché alle pratiche burocratiche e quanto sia importante una politica proattiva di sicurezza alimentare per tutelare i consumatori e le opportunità commerciali delle nostre imprese agroalimentari.

Invece il 5% del finanziamento della Sanità che la programmazione destina alla prevenzione per metà viene stornato su altri comparti sanitari che splafonano e che a volte rispondono a logiche più spartitorie che sanitarie.

La Sanità pubblica veterinaria, per chi non lo sapesse, è un settore delle ASL economicamente attivo.

Chiediamo chiarezza nella allocazione dei proventi del Decreto 194/2008. Il pagamento delle tariffe per i controlli sanitari da parte delle imprese è avvenuto fino ad ora con grande difficoltà e disomogeneità che fanno sospettare cedevolezza di taluni apparati regionali e aziendali nei confronti delle imprese delle filiere alimentari.

Anche noi intendiamo avviare la nostra *spending review*.

Il sindacato si farà promotore di una indagine e di eventuali segnalazioni alla magistratura contabile laddove non sarà rispettata la legge che destina le entrate tariffarie al finanziamento delle attività di controllo e prevenzione.

Il destino del Welfare

Nei Paesi occidentali, la riforma dei sistemi di welfare è una questione sempre più attuale e impegnativa.

Le ipotesi di cambiamento, proposte o realizzate, impattano significativamente sul rapporto Stato-mercato, sul ruolo economico, politico e sociale del lavoro, sulla distribuzione del reddito e sulla coesione sociale.

Anche nel sindacato, che pure dovrebbe essere particolarmente sensibile al tema, si avverte una carenza di consapevolezza sugli effetti delle tendenze in atto, che tradisce una preoccupante sog-

gezione culturale e politica.

Dai primi anni '90 la crescita, fino ad allora ininterrotta dei sistemi pubblici di welfare, ha registrato un arresto e, in alcuni casi, un'inversione.

Nonostante diverse esperienze abbiano già riproposto le insufficienze del mercato, nel nostro Paese il dibattito e le scelte di riforma nel campo del welfare stanno procedendo verso interventi di ulteriore contrazione dell'intervento pubblico, che rischiano di tradursi in un peggioramento stabile degli equilibri sociali ed economici.

Queste linee di tendenza, oltre ad essere criticabili sul piano politico sindacale, si basano su analisi economiche discutibili e su valutazioni della situazione attuale e future del nostro sistema di Stato sociale più strumentali che realistiche.

Il valore della complessiva spesa sociale italiana, pari a poco meno di un quarto del PIL, è, oggi, inferiore di circa due punti alla spesa media europea mentre nel 1990 la differenza negativa era di soli 0,4 punti.

Un'analisi più approfondita mette in evidenza che la spesa previdenziale italiana in rapporto al PIL non è anomala, come sembrerebbe a un esame superficiale dei dati, ma risulta sostanzialmente in linea con il valore medio europeo ed è inferiore a quella di Francia e Germania.

In ogni caso, rispetto al complessivo costo del lavoro per unità di prodotto (il Clup), l'Italia è posizionata al fondo della graduatoria europea, su livelli inferiori anche a quelli del Regno Unito. Dunque, anche per quanto riguarda i suoi collegamenti con il costo del lavoro, lo Stato sociale del nostro Paese non presenta specificità negative che giustifichino tagli ulteriori. Quindi, la riduzione del costo del lavoro, da cui dipende la possibilità di rilanciare l'economia, non deve significare un automatico e semplicistico taglio del Welfare, ma un mirato e definitivo taglio alla spesa pubblica inefficiente.

L'attenzione andrebbe invece più opportunamente richiamata sui limiti strategici che il nostro sistema produttivo manifesta riguardo agli aspetti tecnologici e qualitativi della competitività, resi più rilevanti dalla globalizzazione dei mercati.

Se andiamo a vedere qual è il comparto che regge meglio la competitività globale vediamo proprio le filiere agro alimentari che hanno un valore qualitativo riconosciuto e difficilmente imitabile, altri settori invece manifestano grave arretratezza e assorbono enormi energie finanziarie con la cassa integrazione e gli aiuti di vario genere che consumano senza produrre occupazione. Per superare questi più reali e pericolosi limiti, è necessario innovare diffusamente il nostro sistema produttivo, ma per seguire con efficacia questa strada diventa strategica in particolare una maggiore diffusione di istruzione e formazione, tema che abbiamo già trattato per quanto attiene alle specializzazioni dei sanitari così come per la formazione continua in sanità.

Per quanto riguarda il sistema sanitario, nella gran parte dei Paesi europei la tendenza in atto alla stabilizzazione, se non alla riduzione della spesa sanitaria pubblica si è accompagnata all'espansione della componente di mercato.

Questa impostazione ha prodotto conseguenze negative non





argomenti

Numero 3 - Ottobre 2013

solo per la minore diffusione e il peggioramento nell'equità distributiva delle prestazioni, ma anche nei costi di funzionamento.

Negli USA la riforma sanitaria – tentata invano nella prima metà degli anni '90 dal presidente Clinton e oggi da Barack Obama – è motivata proprio dall'esigenza di ridurre i limiti di copertura e i costi eccessivi di un sistema sanitario largamente basato su logiche privatistiche.

Nella seconda metà del decennio passato il numero di cittadini americani troppo poveri per potersi permettere un'assicurazione sanitaria privata, ma non tanto da essere coperti dal sistema pubblico è salito fino a circa 45 milioni.

L'Italia si è caratterizzata per una crescita particolarmente accentuata della spesa privata che, unico caso in Europa, ha più che compensato la riduzione della spesa pubblica. La quota della spesa privata su quella complessiva è passata dal 22 al 33% e probabilmente non cresce per le sopraggiunte criticità occupazionali e per la perdita di potere di acquisto dei salari che hanno limitato le disponibilità di molte famiglie.

Nel nostro sistema sanitario esistono problemi di appropriatezza degli interventi, di equità e di efficienza, tuttavia il giudizio da parte degli assistiti è ancora positivo.

Il problema di una progressiva svalutazione del SSN agli occhi dei cittadini non può per questo essere ignorato e occorre che le nostre categorie e le nostre organizzazioni sindacali si interrogino e avanzino proposte per neutralizzare i preoccupanti aspetti d'inequità, inefficienza, inappropriata e perdita di qualità che sono rivelati da numerosi indicatori.

La mortalità, per tutte le cause, diminuisce sensibilmente tra i soggetti con maggior grado di istruzione e con maggior reddito. L'accesso alle cure specialistiche è minore per i pazienti con minore istruzione.

L'accesso diretto al mercato sanitario crea sempre maggiori problemi di iniquità e di riduzione del benessere collettivo.

Come già è stato sperimentato in altri Paesi, accentuare la logica di mercato potrebbe dar luogo all'aumento dei costi e alla diminuzione di efficacia, di equità e di copertura del complessivo sistema sanitario.

Non ci possiamo accontentare di una generica e sbiadita denuncia del sottofinanziamento, di una critica routinaria delle liste d'attesa, degli ospedali troppo piccoli, della carenza di spazi adeguati alla libera professione intramuraria, della mancanza di programmazione e di altre cose che non spiegano la crisi generale, pur con ampi spazi di eccellenza, di cui siamo parte.

Il problema dell'accesso alla professione medica e veterinaria

Il problema dell'accesso alla professione medica e veterinaria, nonché il problema dei precari e quello della integrazione tra specialisti ambulatoriali e dirigenti del SSN deve essere affrontato.

Non è possibile continuare ad inserire nel sistema un numero sempre inferiore di professionisti, formato in scuole di specializzazione che (quando esistono) non sempre sono tarate

sui reali fabbisogni di una programmazione sanitaria che dovrebbe essere sia nazionale sia regionale.

Inoltre, andrebbero riviste o quanto meno aggiornate sia le norme concorsuali sia le modalità di accesso, garantendo così la possibilità da un lato di valorizzare esperienza e professionalità - in un certo qual modo "specializzando lavorando" - dall'altro mantenendo coerente la spesa con l'impiego storico e con gli obiettivi di finanza pubblica.

È poi necessario prevedere dei meccanismi che garantiscano anche una adeguata valorizzazione delle professionalità ed esperienze acquisite.

In questo senso l'attuale impianto normativo che impedisce un razionale percorso di crescita professionale, la riluttanza delle Regioni (soprattutto quelle in piano di rientro) a ricoprire le posizioni organizzative sia apicali sia intermedie rese vacanti, la distorta lettura della norma che blocca la crescita economica e professionale (peraltro ad isorisorse) dei professionisti della Sanità, non solo non crea risparmi, ma impedisce che ciò che ad oggi ancora funziona continui a funzionare domani.

Si sta progressivamente strangolando il sistema riducendo i livelli di responsabilità senza vantaggio per alcuno, anzi aumentando i rischi per i pazienti e per la validità dei servizi e creando frustrazione professionale per i dirigenti della classe medica e veterinaria.

In ultimo, e lo diciamo con forza, non possiamo accettare di essere parte di un sistema, valido e invidiato, condannato alla morte per lisi, con il progressivo invecchiamento e il pensionamento senza sostituzione del personale.

La piena integrazione tra dirigenza e medicina specialistica

Il percorso iniziato nel nostro sindacato, l'ambizione di rappresentare a 360 gradi tutti i veterinari impiegati nel SSN, la mozione di Cosenza, in cui il Congresso nazionale ha individuato nei contratti collettivi di lavoro l'unica reale tutela di tutti coloro che svolgono la professione veterinaria in nome e per conto della collettività, ha finalmente raggiunto la sua conclusione, con la conquista della rappresentatività al tavolo dell'ACN.

Per fare questo, con lo SMI il nostro partner in FVM e altre sigle sindacali, abbiamo costruito una aggregazione sindacale funzionale al raggiungimento dell'obiettivo che ci siamo prefissi.

Abbiamo fondato una nuova federazione, la FeSPA, che nasce da un patto tra tutte le sigle mediche e veterinarie che vantavano iscritti, ma non rappresentatività al tavolo nazionale dell'ACN e che si sono associate per raggiungere il *quorum* del 5% nell'area della "Medicina Specialistica Ambulatoriale, Veterinaria ed altre Professionalità".

La rappresentatività di FeSPA è stata riconosciuta dalla SISAC il 13 maggio u.s. dandoci così il diritto di partecipare alle contrattazioni di quest'area con i rappresentati dei veterinari convenzionati iscritti al SIVeMP.





La carriera del medico e del veterinario

Dopo una laurea cara e sudata inizia la carriera professionale e con essa le frustrazioni più cocenti.

Innanzitutto inizia un precariato che trova nel “corso di specializzazione” la peggiore espressione giuslavoristica. Un medico se si specializza ha due alternative: ottenere una borsa di studio e perdere contemporaneamente la valenza previdenziale di quell’impegno retribuito o farsi una specializzazione a sue spese. Il secondo è anche il caso dei futuri veterinari di Sanità pubblica che manterranno almeno il diritto di riscattare, ma molto onerosamente, gli anni di specializzazione ai fini previdenziali INPS. Entrambe le soluzioni sono evidentemente un magro affare, solo il primo di una lunga storia.

Dopo una lunga anticamera un giovane medico o veterinario può essere ammesso a frequentare una specializzazione in scuole che complessivamente non sono sufficienti per tutti quelli che aspirerebbero al titolo e soprattutto non producono specialisti in quantità sufficiente a rincalzare le dotazioni organiche ormai decimate.

Nel frattempo, però, i servizi e i reparti che versano in grave carenza di organico hanno fatto il diavolo a quattro per ottenere l’assegnazione temporanea di un precario neolaureato, esattamente per il tempo più indeterminato che si possa immaginare: per sempre.

Se il dottore è un veterinario, oltre a pagarsi la formazione *post laurea*, sottraendo anche molto tempo alla attività libero professionale che, fortunatamente, ancora permette qualche forma di reddito, vivrà l’interessante esperienza di rivedere i compagni, ristudiare le lezioni del vecchio corso e riparlare dei soliti problemi di distanza siderale tra Università e Servizio sanitario nazionale.

Posto che prima o poi arrivi l’agognata assunzione nelle ASL o negli IZS secondo le procedure concorsuali dettate per la dirigenza e senza scorciatoie di sanatorie fasulle, inizia così la fase di stagnazione più lunga della vita lungo la quale anche i migliori vacillano di fronte alla impenetrabile offensiva contro il merito e alla pervicace volontà di piegare ogni ambizione intellettuale, ogni anomalia dettata anche solo dalla più elementare forma di genio, ogni motivazione.

Chiediamo in primo luogo a tutti i sindacati medici di ripensare il modello organizzativo che inquadra la progressione di carriera, di rivedere lo stato giuridico del medico e del veterinario ripensando alla fase della formazione che, a ben vedere, si realizza sempre sul campo nei primi anni di precariato o di assunzione a tempo determinato o indeterminato.

Confermiamo il convincimento su di un principio androgogico e sulla valenza formativa del SSN, peraltro riconosciuto anche ai fini concorsuali, secondo il quale 5 anni di servizio attivo nel SSN sono sostanzialmente equivalenti alla specializzazione universitaria.

Non buttiamo altro tempo e pensiamo a creare la figura del medico e del veterinario in formazione e cerchiamo un modo corretto e rispettoso delle leggi vigenti per inserirli nel SSN dove, sia ben chiaro, non costituiscono forza lavoro sopran-

numeraria, ma un impegno didattico, aggiuntivo ai LEA, per la dirigenza di ruolo.

Le pensioni

Le statistiche indicano come la vecchiaia, nel nostro Paese, non sia ancora diventata, come altrove, la principale causa di povertà, se non in particolari condizioni.

Tale situazione deriva anche dalla copertura pensionistica assicurata finora dalla previdenza pubblica. Con la legislazione attuale, però, il futuro che si prospetta è preoccupante.

La copertura pensionistica del sistema pubblico sarà mediamente scarsa.

Il progetto di ridurre i contributi pensionistici a carico delle imprese costituirebbe un taglio significativo del costo del lavoro. Nel breve periodo si avrebbero effetti positivi sulla competitività di prezzo del nostro sistema produttivo, ma queste non sarebbero le uniche conseguenze.

Infatti, per il bilancio pubblico, a regime, il mancato gettito contributivo da parte delle imprese sarebbe dell’ordine dello 0,7% del PIL.

Se la riduzione dei contributi non fosse seguita dalla corrispondente riduzione delle prestazioni prevista dal meccanismo attuale, ne verrebbe sostanzialmente intaccato l’equilibrio attuariale.

Se invece, ipotesi molto più probabile, le prestazioni fossero adeguate al taglio contributivo, i tassi di sostituzione subirebbero una ulteriore riduzione del 15% rispetto a quelli già decisi.

A regime, la pensione di un lavoratore dipendente che si ritirasse a 65 anni con 35 anni di contributi, anziché essere pari al 48% dell’ultima retribuzione, sarebbe pari al 41%.

La ridotta copertura pensionistica fornita dal sistema pubblico andrebbe compensata dallo sviluppo della previdenza integrativa a capitalizzazione, adeguatamente incentivata dallo Stato.

Qualche decennio fa c’era una relazione tra vita lavorativa e vita a riposo, calcolata in base a precisi parametri socio-sanitari.

Oggi la pensione è poco più di un ammortizzatore sociale per la vecchiaia.

Il passaggio decisivo è stato quello che ci ha convinti ad abbandonare una pensione che aveva una logica previdenziale, vale a dire capace di garantire un’accettabile continuità di reddito nel passaggio dal lavoro alla pensione, per accettare una nuova logica finanziaria del Welfare attraverso il passaggio dal retributivo al contributivo.

Con questa mutazione, benedetta dai sacerdoti della finanza creativa che hanno individuato negli ormai indispensabili fondi pensione di secondo pilastro un nuovo Eldorado, è stata abbandonata la logica previdenziale e poiché la pensione è legata solo al sistema contributivo, ovvero alle risorse effettivamente versate dal lavoratore e gestite finanziariamente come un qualsiasi capitale di rischio, l’equità attuariale è stata sostituita dal *capital gain* così come è venuto meno il legame solidaristico tra le generazioni.

Sono due logiche diverse e i risultati sono una competitività individualistica e speculativa, con tutti i rischi connessi, anche





argomenti

Numero 3 - Ottobre 2013

nell'ambito previdenziale.

Questo passaggio è avvenuto anche grazie alla prevalente afasia sindacale e alla incapacità di difendere valori declinati ormai più solamente come formule rituali e retoriche nei congressi.

Questo tema, che solo dieci anni fa poteva sembrare poco avvincente per le politiche sindacali, deve diventare un argomento dell'attualità e del dibattito sindacale.

I sindacati hanno il mandato di assicurare ai colleghi un contratto di lavoro e norme previdenziali in grado di assicurare un reddito adeguato sia oggi, sia in tutta la fase *post* lavorativa.

La sostenibilità finanziaria dello Stato sociale

La sostenibilità finanziaria è un vincolo importante, ma qualsiasi intervento sul *welfare state* non può astrarre dalla salvaguardia della coesione sociale. Peraltro, la coesione sociale, oltre ad essere un valore fondante dello sviluppo civile, sempre più costituisce un prerequisito della crescita economica.

Lo Stato sociale, dunque, favorisce la coesione sociale e la crescita economica; allo stesso tempo la sua plurisecolare e dinamica presenza nelle società capitalistiche è la prova che in esse, bisogni sociali ed economici rilevanti per qualità e quantità possono e di fatto sono più convenientemente soddisfatti al di fuori del mercato e della logica del profitto.

Dobbiamo combattere il monopolio ideologico che identifica il sistema pubblico del Welfare con il parassitismo e la collusione della pubblica amministrazione, dobbiamo spezzare l'assioma che pubblico è inefficiente e concentrare la critica sui reali fenomeni patologici che colpiscono il sistema.

Un buon medico individua le cause delle patologie e le combatte e non si accanisce contro il paziente che, indubbiamente, ha bisogno di cure robuste.

Le forme di accondiscendenza verso progetti di riduzione pregiudiziale dell'intervento pubblico in campo sociale e sanitario sono un segno eloquente della crisi d'identità culturale e politica, che sta attraversando il sindacato.

Per uscirne è indispensabile recuperare una propria e qualificante capacità d'analisi che sappia indicare obiettivi di innovazione anche ambiziosi e impegnativi.

La difesa dello Stato sociale è una delle questioni centrali che non possiamo con indolenza e indifferenza togliere dall'ordine del giorno del nostro progetto sindacale.

I Livelli Essenziali di Assistenza

I LEA rappresentano plasticamente sin dove arriva il Welfare e devono, oramai da troppo tempo essere rivisitati per essere aggiornati e attualizzati.

Va fatta in premessa però una considerazione, di cui mi scuso per la banalità, e cioè che se si vogliono mantenere gli attuali livelli di assistenza, è impensabile ridurre il finanziamento del FSN a meno che non si riesca rapidamente a rendere efficiente la spesa sanitaria dove non lo è eliminando i vari parassitismi, le clientele e le ruberie.

Viceversa se si vuole procedere a una nuova elencazione quali-

quantitativa delle prestazioni sanitarie che lo Stato intende erogare ai suoi cittadini, l'impianto stesso delle voci che concorrono alla costituzione del FSN deve essere rivisto.

Procedere per ambiti di assistenza è allo stato attuale assolutamente inadeguato, ma soprattutto appare inadeguato lo strumento dei "costi standard" senza che parallelamente siano indicate, a livello centrale "standard strutturali, strumentali e di personale" minimi a cui far riferimento, in modo che vi sia una uniformità nelle condizioni produttive in tutte le Regioni.

Per altri versi, non è più accettabile la logica del "LEA estesi mediante Circolare".

Bisogni e bisognini sono talvolta incontenibili e vengono raccolti da politici sensibili che generano norme - o postille - cogenti, portatrici di nuovi e spesso perigliosi compiti per i Servizi veterinari. Ne sia un esempio il controverso problema dell'Assistenza veterinaria appropriata nei confronti di tutti, tutti, gli animali vittime di incidenti stradali.

E, per essere nettamente polemici, vorremmo chiedere a Massicci a chi intestare i costi di cura di animali feriti e traumatizzati sulla strada, privi di proprietario che, non essendo più possibile eseguire un'eutanasia che non sia motivata da un comitato etico che deve mantenersi estraneo a valutazioni di costo beneficio, possono protrarsi in un fine vita assai lungo.

Dobbiamo cominciare a considerare nuovi risvolti dell'Assistenza veterinaria obbligatoria verso gli animali, *res nullius*; sia sul piano dell'intervento di emergenza sia dell'assistenza medica e chirurgica, della clinica *post* operatoria, della riabilitazione ove possibile, dello sperato reinserimento, che immaginiamo economicamente molto impegnativi e non eludibili se non mettendo il veterinario nella condizione di commettere - ancorché involontariamente e per mancanza di mezzi della ASL appropriati - il reato di maltrattamento.

La prevenzione come elemento regolatore della spesa

La recessione riduce le risorse per la Sanità e senza un SSN efficiente la salute dei cittadini è maggiormente a rischio.

La crisi sta aumentando il ricorso, anche improprio, al Sistema sanitario pubblico aumentando la domanda dei già sovraccarichi Servizi pubblici.

Condividendo quanto ha affermato il Direttore generale dell'OMS, abbiamo già avuto modo di esprimere la preoccupazione che, in un periodo di crisi economica, le persone tendano a risparmiare le spese per la sanità che gravano sul bilancio familiare.

Molti trascureranno la propria salute se non potranno avere un adeguato accesso alle cure di base e ai servizi finanziati dallo Stato.

In sintonia con l'OMS, da tempo affermiamo che una riduzione della prevenzione è particolarmente dannosa in un momento in cui l'invecchiamento demografico e l'aumento delle patologie croniche sono tendenze globali.

In attività di prevenzione sanitaria l'Italia spende appena tra lo 0,5% e il 2%, secondo le Regioni, della spesa sanitaria compless-



siva, a fronte di un fabbisogno stimato e programmato del 5%. Eppure ogni milione stanziato ne frutta tre di minori spese in cura e riabilitazione. Allineandoci alla media europea in dieci anni sarebbero possibili risparmi di valore più che doppio rispetto a tutti i ticket pagati ogni anno dagli Italiani.

Queste premesse devono essere alla base di una gestione del SSN che deve puntare a una migliore efficienza, a una maggiore copertura dei cittadini dai rischi sulla salute e a una maggiore appropriatezza e aderenza dei Servizi sanitari ai bisogni di prevenzione e cura.

Per questo motivo abbiamo condiviso ipotesi di ristrutturazione di diversi aspetti normativi che hanno manifestato debolezze o che sono stati superati dall'evoluzione sociale, politica e istituzionale del nostro Paese, sia nel suo ordinamento costituzionale sia nei rapporti e vincoli cui è soggetto in seno alla UE.

L'obiettivo di allocare il 5% della spesa sanitaria in politiche di prevenzione efficaci dovrebbe essere uno dei fattori che, se adeguatamente sfruttato, potrebbe essere in grado di mettere in piedi meccanismi di *spending review* avanzati e non basati su inutili tagli lineari sulla spesa corrente.

Un importante dato politico e sindacale è inoltre la percezione dei tagli lineari in Sanità da parte dell'opinione pubblica.

Secondo un'indagine CENSIS del 2012, infatti, la risposta degli Italiani ha evidenziato la chiara necessità di dotarsi di politiche sanitarie efficaci, con la chiara consapevolezza che il solo spendere meno non basta a riportare sotto controllo la spesa.

I Livelli Essenziali di Organizzazione

Nell'ottica di garantire i LEA è poi fondamentale che le funzioni ed i Livelli essenziali di Organizzazione (LEO) siano definiti.

Non sono né il finanziamento complessivo del sistema né tantomeno la riduzione dei livelli organizzativi professionali a determinare da soli un decremento della spesa, quanto piuttosto la capacità di intercettare i bisogni in modo organico evitando di sprecare le risorse disponibili, che siano esse professionali, strutturali o finanziarie.

Da una buona razionalizzazione della rete di assistenza, sia ospedaliera sia primaria e basata su un adeguato livello di politiche di prevenzione primaria si ottiene di più spendendo meglio e quindi di meno.

La riforma del titolo V della Costituzione ha prodotto troppa variegata organizzazione; l'autonomia delle Regioni anziché rispondere a logiche di evoluzione del modello basilare dei Dipartimenti di Prevenzione tracciato dal 502 rinnovato, ha generato frustrazioni professionali, incoerenza disciplinare, disarticolazione della catena di comando che regola il sistema delle Autorità competenti.

Proprio la Legge 189/2012, (Decreto Balduzzi) ha novellato, rinnovandone le competenze, l'organizzazione dell'Area di Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare del Dipartimento di Prevenzione, dando in tal modo corpo a una struttura che si potrà occupare più compiutamente ed efficacemente di questo tema, capace di rispondere concretamente ai bisogni dei cittadini consumatori, sempre più sensibili ai temi dell'alimentazione, ma

anche alle richieste della Comunità europea e di una Industria alimentare nazionale che pesa per 180 miliardi di euro, importo pari al 15% del PIL nazionale.

La diversificazione delle specializzazioni, la consistente crescita professionale richiesta dalla complessità di questo nostro settore è ora correttamente e adeguatamente declinata in specifici e corrispondenti Servizi specialistici.

Tale intervento legislativo, reso necessario per adeguare la filiera della prevenzione all'evoluzione normativa Europea, è stato evidentemente dettato dalla riconosciuta necessità di integrazione delle diverse specializzazioni, particolarmente tutte quelle competenti sui rischi delle filiere della sicurezza alimentare con il corpo normativo noto come "Pacchetto Igiene" e in particolare con il Regolamento 882/2004, senza che ciò dovesse però comportare alcuna perdita del più elevato livello di conoscenze garantito proprio dalle specializzazioni stesse.

L'impostazione del decreto, e della successiva circolare esplicativa, derivano da un'evoluzione normativa nazionale in senso federalista, che rischiava di produrre un rimaneggiamento al ribasso delle organizzazioni dipartimentali, in particolare dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL, che, senza una linea strategica comune di indirizzo, ha generato tanti modelli organizzativi dei medesimi Dipartimenti almeno quante sono le realtà regionali del nostro Paese.

All'Area della Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare (nella quale sono ricompresi i Servizi di Igiene degli Alimenti medici e veterinari, di Igiene degli Allevamenti e di Sanità animale) oltre che giuridicamente deve compiutamente nei fatti essere riconosciuta una precisa identità Dipartimentale, senza che ciò comporti alcuna destrutturazione dell'unitarietà delle attività di prevenzione in una nuova e potenziata area strategica aziendale dei dipartimenti territoriali della prevenzione primaria, senza costi aggiuntivi, ma con maggiore efficacia ed efficienza.

Sempre la Legge 189/2012 ha posto il problema del riordino concreto della rete territoriale di assistenza di base, prevedendo l'apertura della contrattazione anche a isorisorse.

L'apertura di una contrattazione anche per l'area della dirigenza potrebbe garantire, sempre a isorisorse, una maggiore efficacia ed efficienza dei livelli organizzativi e professionali.

Inoltre, va affrontato con diversa ottica il fenomeno della presenza di sacche di spreco: nonostante la *spending review*, la "amministrazione trasparente" e le numerose norme introdotte con questo alto intento, il fenomeno non sembra esserne intaccato, vedasi il ricorso alle consulenze, le esternalizzazioni clientelari e quant'altro.

Quasi che il personale e le strutture del SSN non siano in grado, in via ordinaria, di gestire processi e produzioni.

Quasi che il meglio delle capacità e conoscenze fosse altrove.

Ma così non è. Si tratta semplicemente di percorsi clientelari e di ingerenza politica, di bassa politica, non certo quella sana che aspettiamo da troppo tempo che dovrebbe essere in grado di intercettare aspettative e bisogni dei cittadini coniugandoli con sostenibilità e programmazione finanziaria.

Infine, affrontando il tema della interrelazione tra politiche sanitarie, politiche di prevenzione, sostenibilità del SSN e comples-



argomenti

Numero 3 - Ottobre 2013

siva tenuta del sistema, non va sottovalutata la capacità di alcune politiche sanitarie di agire come leva favorevole sul PIL del Paese.

Il sistema agro-zootecnico-alimentare rappresenta il secondo settore in termini di PIL nazionale, quindi, la tutela sanitaria delle produzioni agroalimentari garantisce ovviamente i consumatori, ma anche la possibilità delle nostre imprese di continuare a competere i mercati internazionali, produrre valore e occupazione. E non dimentichiamo le attività di Igiene urbana veterinaria, di Epidemiologia, di Protezione Civile ecc.

Basta vedere come il randagismo e, più in generale, sacche di cattiva gestione delle popolazioni animali, creino un concreto danno di immagine, quando non di sicurezza, del Paese, costituendo un concreto handicap al comparto turistico che è la sola vera industria nazionale che ha materia prima in abbondanza e in esclusiva.

Tutte queste considerazioni ci consentono di affermare come sia strategico un adeguato finanziamento e funzionamento del SSN e dei Servizi veterinari in particolare.

Federalismo e variabilità normativa

I continui cambiamenti regolamentari che interessano la Sanità pubblica veterinaria sono misconosciuti dagli assessori alla Sanità che probabilmente ritengono di avanguardia solo i reparti di chirurgia robotizzata.

La nostra professione è probabilmente quella che, più di tutte, ha dovuto correre con una zavorra amministrativa sulle spalle. Per poter rispondere alle esigenze di controllo e certificazione che le nostre imprese dovevano subire nei processi di accreditamento sui mercati internazionali i Servizi veterinari hanno dovuto lottare contro una storica indifferenza verso la nostra funzione che non è quasi mai stata compresa dalle politiche regionali, pur con qualche lungimirante eccezione, né dalle direzioni generali delle ASL che sono affette da strabismo congenito verso la Sanità ospedaliera.

A peggiorare questa premessa si aggiunga che l'adeguamento degli assetti organizzativi e la programmazione dei Servizi veterinari dei dipartimenti di prevenzione sono spesso stati commissionati negli assessorati regionali a professionisti di altre discipline o a rancorosi funzionari, espressioni sindacali di comparti stolidamente antagonisti dei veterinari.

Contro questi pregiudizi che vogliono i veterinari in posizioni subalterne non è stato sufficiente la riformulazione del D.lgs 502/92 con un atto di volontà del Parlamento sovrano.

Né sono sufficienti le rogatorie all'Ufficio legale del sindacato. Allora è bene che questo Congresso, se davvero vuole dei Servizi veterinari autonomi nel dipartimento di prevenzione o nel dipartimento veterinario, deve lanciare una sfida alle Regioni che non rispettano il 502.

Occorre chiedere in tutte le Regioni, con una mozione di solidarietà congressuale:

- un'organizzazione dipartimentale della Sanità pubblica ve-

terinaria e Sicurezza alimentare con Aree professionali veterinarie e mediche perfettamente distinte, o in dipartimenti separati e distinti come saggiamente adottato dalla Lombardia e dalla Sicilia, o in un solo dipartimento, ma con strutture complesse veterinarie definite nel rispetto delle regole di cui ai DPR 483 e 484 del '97 a guida di dirigenti veterinari qualificati secondo quanto richiede il contesto europeo, con speculare organizzazione a livello territoriale;

- una chiara e condivisa valutazione della dotazione degli organici dei servizi delle ASL, con un adeguato progetto che assicuri la sostenibilità del sistema nel futuro, la stabilizzazione del precariato, il ricambio generazionale necessario, il perseguimento di un elevato standard professionale della dirigenza. Per rivendicare tali obiettivi attiviamo da subito, con la solidarietà di tutto il Sindacato, lo stato di agitazione della categoria nelle Regioni che non hanno rispettato i punti sopra esposti.

La comunicazione e l'azione politica del SIVeMP

In alcune Regioni il Sindacato ha messo in atto una efficace strategia che ci ha tolto da una sorta di invisibilità rendendoci interlocutori attendibili e riconoscibili.

I lusinghieri risultati ottenuti dal sito e dall'impegno di SIVeMP Veneto ci dimostrano che con poche risorse e molta buona volontà anche in sede regionale si possono ottenere ottimi risultati.

Altre Segreterie regionali coltivano costantemente relazioni politiche e istituzionali efficaci e gratificanti.

Alcune hanno trovato sinergie con le organizzazioni di categoria degli allevatori o dei produttori di alimenti, con gli animalisti, con le sigle sindacali degli artigiani e dei commercianti, con le Camere di Commercio Agricoltura Artigianato e Industria delle Province, con i consumatori e, perché no, con gli animalisti e i cacciatori.

È del tutto evidente che l'isolamento non paga.

Per avere un ruolo bisogna rivendicarlo, proporsi, dare alla propria immagine un'attrattiva e un valore che occorre spiegare e rendere pubblici.

In questo senso va l'importante iniziativa *Verso Expo 2015: One Medicine-One Health-Food for All* che insieme alla nostra Società scientifica (SIMeVeP) ci vedrà impegnati a Bergamo il 28 e il 29 novembre, dove cercheremo di elaborare il "profilo futuro" della Medicina veterinaria pubblica.

Verso Expo 2015, però, deve essere inteso come un percorso organico su cui potranno confluire progettualità nuove, energie fresche, competenze emergenti; un percorso che continuerà in Trentino, a marzo 2014, e si spingerà avanti sino alla conclusione di un lavoro di sintesi capace di lasciare un segno tangibile del progetto di innovazione e cambiamento che noi stessi sapremo prefigurare e realizzare.

Già oggi, con i vostri contributi a questo Congresso nazionale, si apre una stagione di analisi e di grandi prospettive in cui il SIVeMP sarà ancora il principale protagonista.

