

Da quotidianosanità.it 27 maggio

## Contratti e convenzioni. Anaaò e Fimmg possono essere alleate?

***Si può fare unità professionale indipendentemente dalle strategie contrattuali? E si possono perseguire utilità contrattuali a prescindere dalla situazione della sanità pubblica? E le strategie contrattuali in che modo debbono correlarsi tanto con i problemi della professione che con quelli della sanità pubblica?***

**27 MAG** - Vorrei riprendere se fosse possibile un dialogo costruttivo con la Fimmg. Vorrei farlo cercando di interloquire, a bocce ferme, con **Stefano Zingoni** ([Qs 13 maggio 2015](#)) e naturalmente con **Giacomo Milillo** ma ragionando a partire dal messaggio di solidarietà che l'Anaaò ha inviato in occasione del loro sciopero ([QS 18 maggio 2015](#)).

Questo messaggio, molto più di un *beau geste*, richiama l'attenzione su due problemi: quelli della professione (ponti e non trincee) e quelli della crisi del sistema pubblico.

La solidarietà dell'Anaaò, è un atto politico importante perché nel bipolarismo medico-sindacale viene da un'aggregazione diversa da quella nella quale è collocata la Fimmg (alleanza per la professione). Essa è una solidarietà data al buio, cioè data prima di tutto alla professione in crisi quindi al sindacato in quanto tale e per questo relativamente indipendentemente dalla sua linea politica. Gli orientamenti politici di questi due sindacati normalmente sono molto diversi per cui se valessero i contenuti non avrebbe molto senso dare la solidarietà. Per l'Anaaò dare la solidarietà non vuol dire che essa considera la battaglia della Fimmg giusta ma solo che indipendentemente da essa vi è un bisogno di unità.

Credo che l'Anaaò sia saggia e che il suo gesto apra la questione tutta politica che vorrei approfondire del rapporto che esiste tra tre valori:

- la professione e quindi l'unità dei medici
- la difesa efficace della sanità pubblica
- la contrattazione delle utilità perseguibili.

Si può fare unità professionale indipendentemente dalle strategie contrattuali? E si possono perseguire utilità contrattuali a prescindere dalla situazione della sanità pubblica? E le strategie contrattuali in che modo debbono correlarsi tanto con i problemi della professione che con quelli della sanità pubblica?

**La mia idea è che le differenze contrattuali fino ad ora, cioè fino al blocco della contrattazione, hanno abbastanza ostacolato un processo di unificazione della professione** e ancora oggi i contratti in genere sono lontani dal riuscire a fare di necessità virtù cioè a trasformare i limiti del sistema in possibilità per il sistema, o il lavoro quale costo in lavoro quale valore, ([QS 31 ottobre 2014](#)). Per questo considero interessante la proposta, certamente tutta da costruire, del contratto unico avanzata dallo Smi al suo ultimo congresso nazionale.

Per me, che considero inseparabili i destini della contrattazione da quelli della sistema pubblico, come ho già scritto, esiste una terza via: oltre l'operatore convenzionato e quello dipendente esiste lo shareholder o l'autore che in quanto tale può benissimo essere definito da un contratto unico inteso come un framework e concepito in modo articolato con più specificazioni rapportate ai diversi contesti in cui lavora il medico.

La mia idea cambia semplicemente il tipo di transazione contrattuale: dammi più autonomia e io ti darò più responsabilità...accordiamoci sui risultati che misureremo...e stabiliamo le retribuzioni mensili e le attribuzioni periodiche. Questo tipo di transazione può valere per tutti i medici da quelli generali a quelli specialisti, da quelli del territorio a quelli dell'ospedale. In questo caso si avrebbe contratto unico perché unico sarebbe il genere di transazione economica anche se diversi ovviamente sarebbero i risultati retribuibili e i modi per conseguirli.

**Sono convinto che in un contesto di definanziamento progressivo del sistema sanitario, se non troveremo una soluzione unitaria avanzata**, fatalmente le differenze contrattuali saranno destinate ad accentuarsi entrando tra loro in conflitto e ostacolando ancora di più il processo di unificazione della professione rischiando di assecondare i processi in corso di destrutturazione del sistema pubblico.

Personalmente credo che in fondo in fondo, a parte la solidarietà, tra la linea Fimmg e quella dell'Anaa esistono non marginali differenze e che in ragione di quel meccanismo che la sistemica definisce "*retroazione*", sia possibile che tali differenze giochino in modo competitivo e conflittuale. Cioè non credo che la convenzione e il contratto pubblico oggi come oggi possano semplicemente coesistere. Tutta l'operazione risparmio nelle Regioni è calibrata, come ho già detto, su una operazione di ospedectomia non sulla riorganizzazione del territorio. ([QS 4 febbraio 2015](#)).

Per cui fatalmente gli ospedalieri rischiano di entrare de facto in conflitto con i convenzionati ...l'invarianza dei medici generali non aiuta in nulla a risolvere il problema degli ospedalieri. L'Anaa dà la solidarietà alla Fimmg ma la Fimmg deve rispondere a questa solidarietà con altra solidarietà...sforzandosi di comprendere anche i problemi degli altri....altrimenti tutto andrà a fondo. In fin dei conti la tanto sbandierata integrazione ospedale territorio non è solo una questione funzionale ma è anche una nuova forma di unità professionale.

**Ma perché la linea contrattuale della Fimmg sarebbe incompatibile con quella dell'Anaa?** Per rispondere basta leggere il verbale salva-sciopero scritto dopo l'incontro tra Fimmg, Regioni e Governo. Cosa si dice in questo comunicato? Che il governo "*vigilerà*" per "*confermare*", "*rispettare*", "*mantenere*" l'attuale status quo del medico generale (profilo giuridico, autonomia organizzativa, ecc.) dimostrando così che lo sciopero era finalizzato a non cambiare niente ,cioè uno sciopero puramente apologetico della propria condizione libero professionale. Ma questa apologia del proprio interesse, cioè la linea dell'invarianza contrattuale, oggi non è per nulla conciliabile con la crisi del sistema pubblico di cui parla l'Anaa. Paradossalmente l'invarianza della Fimmg non è solidale con i problemi della sanità. Cioè risulta, nella sua legittimità, un puro atto corporativo.

Secondo me la mossa del governo è stata una precauzione puramente elettorale, per impedire che attraverso lo sciopero si veicolasse ai cittadini malati una immagine negativa del governo. Ha ragione Milillo quando dice che "*abbiamo vinto una battaglia, ma non ancora la guerra*" ([Qs 19 maggio 2015](#)) ma perché penso che dopo le elezioni regionali tutto ritornerà come prima nel senso che i problemi di fondo resteranno quelli di sempre e che prima o poi i nodi verranno al pettine. Continuo a credere che Marx avesse ragione nel sostenere il ruolo determinante della struttura economica nei confronti della sovrastruttura sociale. Oggi la struttura finanziaria non i bisogni dei malati in sanità determina praticamente tutto.

Quindi come si concilia la linea Fimmg con "*la consapevolezza di dovere affrontare un punto cruciale della crisi della sanità pubblica*" di cui parla l'Anaa nel suo messaggio? Cioè chiedo, come si conciliano il problema dell'invarianza con la necessità del cambiamento? Come si concilia la "*difesa del Ssn*" di cui parla ora Milillo ([QS 20 maggio 2015](#)) e l'universalismo selettivo o parziale che ha proposto al suo congresso? ([QS 9 Ottobre 2014](#)). Conosco bene la vocazione universalistica dell'Anaa ma proprio per questo chiedo: se la difesa dell'invarianza in un regime di scarse risorse viene pagata con i diritti dei cittadini l'Anaa sarebbe d'accordo?

**Insomma la questione di fondo che pongo è la seguente: quali i rapporti tra interesse peculiare**

**e interesse generale?** Quali atti politici oggi nelle condizioni date sono più adatti a difendere sia la professione che i legittimi interessi dei vari tipi di medici e la natura pubblica del sistema? E' credibile una difesa così strenua dell'invarianza quando per rispondere ai problemi lamentati dell'Anao bisogna ridiscutersi? E la Fimmg è proprio sicura di fare davvero gli interessi dei suoi iscritti difendendo acriticamente il rapporto libero professionale quando questo senza ombra di dubbio sarà sempre più un problema per le Regioni e non solo?

Zingoni mi ha fatto notare che il cambiamento che vogliono le regioni in realtà ai suoi occhi è un peggioramento. E' una obiezione che non posso ignorare. Bene...ma se l'invarianza non paga.....quale cambiamento propone Zingoni che non sia peggiorativo? Non voglio suggerire la risposta ma l'unico modo che vedo è sviluppare ancora di più il rapporto libero professionale, quindi concordo con i timori che Milillo ha espresso a più riprese sul rischio di trasformare la convenzione in una forma subdola di dipendenza dalle burocrazie regionali e aziendali, ma sviluppare di più significa per me riproporre il rapporto libero-professionale come un nuovo input in grado di produrre nuovi output e outcome. Altrimenti le Regioni in cambio non avrebbero nulla e il rischio di scaricare tutto sull'universalismo del sistema diventa una grande tentazione.

Io credo che la mia idea di autore, di shareholder, riesca a mediare abbastanza bene i problemi dell'invarianza con quelli del cambiamento, le preoccupazioni legittime di Zingoni e di Milillo con quelle altrettanto legittime di Troise, ma solo perché si sforza di mediare i problemi del malato con quelli del lavoro e con quelli della spesa pubblica.

**Oggi l'unica vera sostanziale differenza tra Zingoni Milillo, Troise e lo shareholder è che i primi due sono pagati in modo indipendente dai risultati, il terzo è pagato in base ai compiti che deve svolgere il quarto è pagato prima di tutto in base ai risultati.** Allora chiedo ai miei tolleranti interlocutori: ma perché non proviamo a cercare tutti uniti la mediazione con il governo sul terreno dei risultati fermo restando tanto per Zingoni che Milillo e per Troise il rapporto autonomia e responsabilità? Perché non spostiamo il tiro sul tipo di transazione economica concordando un sistema di verifica adatto a misurare i risultati e ritardando su questi retribuzioni e attribuzioni?

I medici potranno organizzarsi come vogliono Zingoni e Milillo, resteranno liberi professionisti ma dovranno garantire i risultati che avranno pattuito. Troise invece diventerà come Zingoni e Milillo e anche lui sarà obbligato a conseguire i risultati pattuiti. Troise avrà molta più autonomia di prima e l'autonomia tanto di Troise che di Zingoni e Milillo sarà condizionata solo dai risultati da conseguire.

**La questione dei risultati per me non è solo un problema di più efficienza, o di H24, o di intensificazione dello sforzo.** Da questo punto di vista hanno ragione i critici della Balduzzi. Non più ore di medicina generale ma altro genere di medicina generale. Quindi meno che mai è un problema di buona volontà di Zingoni, di Milillo e di Troise. I risultati crescono e con essi la retribuzione se ci si rinnova e ci si riorganizza per farli crescere e se con il lavoro si fa davvero spending review. Allora chiedo tanto a Zingoni che a Milillo e a Troise quale nuovo medico, quale nuova organizzazione, quale nuova idea di servizio?

Il "*risultato*" secondo me è il terreno sul quale trovare soluzioni di compatibilità tra i problemi della professione, quelli del sistema pubblico e quelli delle utilità contrattuali. Il risultato per me non è *teleologico* cioè l'obiettivo da raggiungere ma *teleonomia*, cioè la messa in opera di un programma concepito di volta in volta per produrre delle conseguenze. Usando la metafora matematica il risultato è l'effetto di certe operazioni, di certe combinazioni e nello stesso tempo è un valore, un punteggio, una misura, un parametro.

Io penso che bisogna rivendicare tutti uniti con forza l'autonomia sul programma, sulle operazioni e sulle combinazioni ma nello stesso tempo bisogna produrre risultati che siano compatibili con la spesa pubblica e per i bisogni dei malati. Invito sia Zingoni che Milillo a riflettere sulle possibilità che si avrebbero se ripensassimo la convenzione sviluppando lo status di libero professionista ma in una

logica tipo *government by contract* e più precisamente in una logica tipo *government spending by contract*.

**E lo stesso invito lo estenderei a Troise e agli altri sindacati.** Personalmente non credo che in regime di definanziamento progressivo, sia possibile rinnovare i contratti e le convenzioni, restando nell'invarianza anzi credo che alla lunga questo giocherà contro gli interessi di coloro che usano lo sciopero per non cambiare. Una soluzione potrebbe essere di pensare ai contratti come a degli strumenti di governo della spesa. Ma eventualmente sareste pronti a governare la sanità con il lavoro?

Cioè a diventare shareholder? Se la risposta è no, come è normale che sia, già ammettere dei limiti è il primo passo per superarli. Se non siamo pronti allora il problema non è difendere la convenzione perché tanto le proposte delle regioni che quelle dello shareholder sono inaccettabili, ma è come risolvere la questione dell'invarianza perché primo o poi finirà con il costarmi cara? L'apologia dell'invarianza è semplicemente affermare i propri limiti convinti che essi siano le uniche possibilità spendibili. Se lo status quo cioè la convenzione è la nostra unica possibilità allora è solo questione di tempo i medici di medicina generale avranno vinto la battaglia ma probabilmente perderanno la guerra. Ieri sera alla televisione ("*di martedì*" su la 7) il ministro **Padoan** spiegava che per abbassare la spesa pubblica è necessario ridurre il costo dei servizi, mi chiedo cosa voglia dire abbassare ulteriormente i costi della sanità e più specificatamente quelli della medicina generale.

***Ivan Cavicchi***

**27 maggio 2015**