

Prot. E510/12  
04 die 2012

Congreso Adobe  
30 novembre 2012

---

Flori

## **Congresso Adonp 30 novembre 2012**

### **Saluto ai Congressisti**

Sono qui per portare a tutti i congressisti il saluto di Fratel Mario Bonora, Presidente dell'Arìs, ed anche il mio saluto, naturalmente.

In particolare vorrei salutare il vostro segretario nazionale, al quale mi lega una profonda amicizia ed anche una profonda stima.

Conosco il prof. Chinni da circa 20 anni, e nel tempo ho avuto modo di apprezzarne dapprima le capacità sindacali, poi quelle di medico ed infine quelle personali; l'insieme di queste qualità lo rende unico, e senza voler togliere nulla ad ognuno di voi, credo proprio che il suo impegno a favore di Adonp costituisca il vero valore aggiunto di questa Associazione.

Come esprimere il rapporto che esiste tra Arìs e Adonp?

Non possiamo dire che Adonp è un sindacato amico! Le parti non possono essere amiche, sono portatrici di interessi diversi, spesso contrapposti.

Non possiamo dire che è un sindacato che collabora con le nostre Istituzioni! L'altro ieri è stato affisso sulle bacheche di mezza Italia un volantino del Partito

Comunista dei lavoratori, che – con toni che ricordano gli anni di piombo – accusa CISL, UIL e UGL di collaborazionismo con i padroni, per aver firmato il nuovo ccnl per le RSA e i CDR.

Io vorrei dire che Adonp è l'associazione che più di ogni altra rappresenta il vero ruolo che ogni sindacato moderno dovrebbe svolgere: certo valida ed attiva rappresentante dei propri iscritti, ma anche con lo sguardo consapevole e sensibile nei confronti del futuro delle nostre Istituzioni, come è stato quasi sempre dimostrato in questi anni, e soprattutto prima di questa estate, allorquando Adonp e Aris hanno sottoscritto un verbale che le ha impegnate al rinnovo del ccnl senza ricadute di oneri economici a carico di Aris.

Questo ccnl, che sarà il primo vero e proprio ccnl della dirigenza non medica di area privatistica, è ormai in via di definizione, e sarà sicuramente definito integralmente entro massimo due mesi da oggi.

L'Aris non è certo, per numero di strutture associate, la prima associazione datoriale del Paese, eppure probabilmente costituisce il naturale e più completo osservatorio delle varie realtà sanitarie e socio sanitarie. Sono infatti associati all'Aris:

- 10 IRCCS,
- 25 Ospedali classificati,
- 5 Presidi ospedalieri,

- 51 Case di cura,
- 123 Centri di riabilitazione,
- 16 Residenze Sanitarie Assistenziali,

con una dimensione complessiva di circa 23.000 posti letto e 51.000 unità di personale, di cui circa 5.500 medici.

L'originario principio della sostanziale parità fra gli erogatori pubblici e privati e della conseguente libertà di accesso alle strutture per il cittadino, desumibile dal decreto leg.vo 502/92, si è progressivamente attenuato nelle successive disposizioni di legge nazionali e regionali e ormai costituisce solo un ricordo.

La sanità privata accreditata, secondo i principi del decreto leg.vo 502, avrebbe dovuto avere pari dignità della sanità pubblica in un sistema, quale era quello ipotizzato nel 1992, che aveva come discriminante non la natura dei soggetti erogatori ma il servizio e le prestazioni rese; i soggetti sia pubblici che privati venivano valutati sulla base di parametri obiettivi idonei a misurare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza, la qualità e i costi delle cure.

La realizzazione di un sistema di sostanziale competizione fra pubblico e privato (ovviamente con l'obbligo del possesso di requisiti di organizzazione e di qualità uguali per entrambi) non ha avuto seguito.

Progressivamente, l'aumento dei problemi di sostenibilità del sistema a fronte di esigenze sanitarie

sempre maggiori, ha indotto lo Stato e le Regioni ad agire prevalentemente su quella spesa che per sua natura può essere più facilmente compressa e ridotta: ossia la spesa privata.

La spesa privata è infatti considerata una variabile del sistema che può essere condizionata agendo sul sistema di finanziamento, sui budget, sugli accordi, sulle prestazioni erogabili, mentre la spesa pubblica nel breve periodo è sostanzialmente rigida, gli interventi per essere produttivi richiedono tempi relativamente lunghi di attuazione. Emblematico è il ricorso alla riduzione di posti letto con soppressione di servizi, che nel caso della sanità privata (trattandosi di posti letto effettivi e di prestazioni erogate) determinano immediate economie di spesa per la Regione mentre per la sanità pubblica (trattandosi, nella maggior parte dei casi, di posti letto figurativi) non generano reali economie di spesa in quanto il costo del personale rimane fisso e la riconversione dei servizi estremamente difficile da attuare.

Un termine oggi molto in voga in ambito di relazioni industriali è CLUP (costo del lavoro per unità di prodotto).

A tal proposito ricordo che, nella Regione Lazio, nel 2006, a fronte di un costo dei posti letto delle Strutture Pubbliche (compreso tra i 4.900 e i 5.600 euro), le

Strutture Classificate hanno avuto un costo di molto inferiore (da un minimo di 1.840 ad un massimo di 3.200 euro per ogni paziente dimesso).

Questi elementi di valutazione sono comunque confermati dai risultati ufficiali delle gestioni delle Aziende ospedaliere della stessa Regione relativi all'anno 2011.

La Regione Lazio ha dovuto ripianare alle aziende ospedaliere a consuntivo 2011 circa 509 milioni di euro ai quali bisogna aggiungere i 125 milioni delle due aziende universitarie S.Andrea e Tor Vergata.

Ciò dovrebbe semmai portare a valorizzare e potenziare le strutture classificate, ma nella realtà accade l'opposto.

Quanto ho detto conferma ulteriormente come la crisi generale riguardi purtroppo anche i nostri Istituti, ed alcuni in particolare ne hanno risentito più di altri, tanto da esser stati costretti a cedere la gestione a gruppi privati con migliori risorse finanziarie e forse anche (qualche volta) con minori scrupoli nei rapporti coi collaboratori.

Fin quando è stato possibile, i nostri contratti collettivi sono stati rinnovati con la massima tempestività, persino a condizioni economiche e normative migliori rispetto a quelle del ssn.

Attraversiamo però un momento storico in cui questo non è più possibile e tutti insieme dobbiamo fare fronte comune per superare questa gravissima crisi con i minori danni possibili, ed anzi tornare più forti, efficienti e funzionali di prima.

Ciò è possibile solo con l'aiuto dei nostri collaboratori, in primis i nostri dirigenti, raccogliendo le forze e valorizzando le peculiarità dei nostri Istituti, così come è accaduto ininterrottamente per quaranta anni, in cui tutti hanno riconosciuto la migliore professionalità dei nostri servizi e la maggiore umanità dei nostri collaboratori rispetto a quanto invece è stato offerto dalle strutture e dai collaboratori del ssn.

Per realizzare questi ambiziosi obiettivi, tuttavia, serve una presa di coscienza importante anche al livello delle relazioni sindacali: perché - se per tanto tempo i rapporti si sono sviluppati nell'ottica del costante miglioramento delle condizioni economiche e normative - non è assolutamente detto che possa essere così sempre, ed in particolar modo nell'immediato futuro.

I nostri Enti non si sono mai tirati indietro fin quando è stato possibile stipulare contratti collettivi puntuali e migliorativi, e ciò è accaduto per tanti anni.

Oggi è il tempo dei sacrifici, ed i nostri collaboratori devono essere pronti a accettare nuovi contratti collettivi che non assicurano miglioramenti o persino

contratti che prevedano sacrifici, per garantire e tutelare:

- la sopravvivenza degli ospedali,
- il mantenimento della classificazione,
- l'equiparazione dei titoli e servizi,
- i livelli occupazionali.

Adonp lo ha capito prima degli altri, e quindi giungerà alla definizione di regole nuove prima degli altri.

Poi (vogliamo, anzi dobbiamo, credere) ritorneranno i momenti in cui si potrà recuperare lo spazio ed il tempo perduto.

Auguri di proficuo lavoro!

**Giovanni Costantino**