

Intervista

ADAPT

Associazione per gli Studi Internazionali e Comparati sul Diritto del lavoro e sulle Relazioni industriali

In collaborazione con il Centro Studi Internazionali e Comparati Marco Biagi

A tu per tu con il sindacato

a cura di Francesco Lauria e Silvia Stefanovichj

A colloquio con Giovanni Faverin, segretario generale Cisl Funzione Pubblica



Sposato con due figli, Giovanni Faverin, è nato a Fontaniva in provincia di Padova il 19 agosto 1960. Completati gli studi e conseguito il diploma di infermiere professionale, si specializza in *Management della Sanità* con un master biennale presso la SDA Bocconi di Milano.

Inizia la carriera sindacale nel 1987 come operatore della Fisos-Cisl (il sindacato degli ospedalieri) presso l'ospedale di Cittadella. Nel 1989 è eletto segretario territoriale della federazione in Alta Padovana e nel 1993, con l'unificazione provinciale della categoria, segretario della Fisos-Cisl di Padova. Resta in carica fino al 1997 quando diventa segretario regionale della Fist Cisl, sindacato dei servizi pubblici territoriali nato dall'unione di Fisos e Filsel.

Nel febbraio del 2000 una nuova fusione porta alla nascita della Cisl Fps (Federazione dei lavoratori dei pubblici servizi), sigla sotto la quale si riuni-

scono tutte le categorie del pubblico impiego, ed è nominato segretario regionale Veneto.

Dal novembre 2000 a giugno 2008 è segretario generale dell'Ust Cisl di Padova, federazione territoriale della Cisl che conta oggi più di 92 mila iscritti in tutta la Provincia.

Dal giugno 2008 entra nella Cisl Funzione Pubblica prima come segretario generale aggiunto e poi dal 28 novembre come segretario generale di una categoria che rappresenta i lavoratori dei comparti ministeri, agenzie fiscali, autonomie locali, enti pubblici non economici, sanità pubblica e privata, terzo settore e raccoglie oggi più di 330 mila iscritti.

Oltre all'impegno sindacale, svolto nelle categorie del pubblico impiego e a livello confederale, ha collaborato e collabora, in qualità di esperto, con diverse organizzazioni italiane ed estere occupandosi di *governance* dei sistemi pubblici e di processi di innovazione legati alla valorizzazione delle risorse umane. Ambiti privilegiati di analisi e attività sono lo sviluppo istituzionale e organizzativo del modello di welfare e i nuovi scenari nelle realtà locali; le problematiche legate alle reti sociali di

servizi, solidarietà e assistenza; le strategie di valutazione e rinnovamento delle amministrazioni pubbliche.

È inoltre impegnato a livello europeo in progetti di ricerca e seminari sulle problematiche sociali e della pubblica amministrazione, in particolare sul tema della partecipazione dei lavoratori all'organizzazione delle Aziende ospedaliere.

Coautore e curatore delle pubblicazioni *Da una riforma all'altra. Il lavoro pubblico dopo il d.lgs. 150/2009* (2009), *Lavoriamo per il bene pubblico, con più responsabilità sociale e nuova partecipazione professionale* (2009) e *Riforme del Lavoro* (2006) partecipa ad attività scientifiche e formative a fianco di vari esperti e studiosi di diritto del lavoro e mercato del lavoro. Dal 2004 al 2008 è stato componente del Consiglio della Camera di commercio di Padova.

Alla luce della sua esperienza e delle specializzazioni in *management sanitario* come giudica il servizio sanitario del nostro Paese?

L'Italia può vantare un sistema di cura economicamente e scientificamente tra i migliori, che tuttavia come negli altri Paesi avanzati è messo in discussione dal cambiamento delle variabili socio-economiche e demografiche. E che inoltre è caratterizzato da forti squilibri territoriali.

Da un punto di vista per così dire "manageriale" il sistema sanitario italiano è sottoposto a tensioni che da un lato spingono verso la necessità di migliorare continuamente la qualità e la quantità dei servizi offerti e dall'altro impongono un rigido controllo sugli aspetti economici e sui costi di strutture e prestazioni. Questo sia nella prospettiva di una spesa sanitaria che è destinata a crescere in quota di Pil (per la sola spesa pubblica secondo le stime Ocse ed Ecofin è atteso un incremento di 2 punti nel medio periodo), sia in quella di una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse eliminando gli sprechi e il cosiddetto "consumismo sanitario".

In generale la sanità italiana ha bisogno di recuperare e consolidare un'attenzione prioritaria alle esigenze delle persone, ossia ai bisogni di salute individuale o di comunità. Per questo, in analogia a quanto proposto dal Libro Bianco del ministro del welfare, la Cisl Fp insiste sull'opportunità di riorientare le scelte di politica sanitaria, riportando al centro la persona, il cittadino con le sue esigenze individuali e familiari di educazione sanitaria, pre-

venzione, formazione, sicurezza sul lavoro, oltre che di diagnosi, cura e riabilitazione. Ma è anche necessario recuperare la sostenibilità economica.

In particolare nella situazione di difficoltà attuale, riteniamo che sia urgente agire subito per adeguare il sistema al cambiamento atteso dai cittadini e ai nuovi vincoli finanziari. Iniziando con il finanziamento effettivo dei LEA (livelli essenziali di assistenza sanitaria) e l'avvio dei costi standard anche per le aziende sanitarie, ridefinendo l'appropriatezza e superando la spesa storica per abitante, in modo da far crescere la *performance* e generare tra il 5 e il 10% di risparmio sulla spesa ospedaliera complessiva. Abbiamo stimato che aumentando i controlli sulle prestazioni effettuate si vedrebbe che almeno un quinto di esse può essere risparmiato. Occorre ridurre il numero dei piccoli ospedali, trasformandoli in presidi sanitari o in strutture di lungodegenza, e bisogna pensare poi a consorzi territoriali che integrino i servizi sanitari con quelli socio-assistenziali, coinvolgendo i comuni che appartengono all'ambito territoriale di ogni Asl. Si otterrebbero consistenti razionalizzazioni di spesa per rispondere a bisogni nuovi e pressanti come ad esempio quello della non autosufficienza. Infine, non bisogna dimenticare che anche le singole strutture vanno riportate alla piena efficienza, con misure urgenti che vanno dalla separazione tra funzioni sanitarie e gestionali, a nuovi modelli organizzativi per utilizzare meglio il personale infermieristico e sanitario ad alta specializzazione, fino a nuovi sistemi di valutazione dei percorsi formativi.

Più volte lei ha denunciato che l'Italia è il Paese con il rapporto più basso tra infermieri e popolazione, a scapito della qualità dell'assistenza sanitaria. Quali sono a suo avviso le cause di questa situazione?

C'è un evidente ritardo nel prendere atto del mutato quadro dei profili e delle professioni necessarie a riorganizzare in modo più moderno ed efficiente il percorso di salute. La differenziazione, l'adeguatezza delle prestazioni, il grado di attenzione alle esigenze del paziente deve andare di pari passo con un rapporto corretto fra risorse umane impiegate e popolazione, soprattutto con riferimento alle professioni infermieristiche e assistenziali che risultano determinati in questo passaggio. Oggi scontiamo un cronico squilibrio negli organici, con

troppi medici e troppo poco personale infermieristico, di assistenza e di prevenzione rispetto a quanto sarebbe necessario. Piante organiche in cui si privilegia il numero dei medici, oltre a far lievitare la spesa per personale, generano infatti gravi disfunzioni nell'erogazione dei servizi e ritorni negativi sotto il profilo della soddisfazione degli utenti. Le cause sono molteplici e vanno ricercate soprattutto nella permanenza di paradigmi organizzativi antiquati e nella disattenzione verso figure professionali in continua evoluzione e con un ruolo crescente nei percorsi di salute. Ma c'è anche un problema di offerta, visto che le università sfornano un numero costantemente insufficiente di infermieri e professionisti sanitari non medici: rispetto ai 22 profili in questione, a fronte degli oltre 31 mila posti necessari per coprire il fabbisogno stimato dalle Regioni, le università quest'anno ne hanno messi a bando poco più di 26 mila. Una carenza sulla quale abbiamo chiesto al ministro della salute di intervenire.

Con la riforma del modello contrattuale siglata il 30 aprile dello scorso anno, cosa è cambiato nelle relazioni sindacali del pubblico impiego?

È un accordo importantissimo, che riteniamo determinate tanto nell'ottica del miglioramento dei servizi, quanto in quella del riconoscimento professionale dei lavoratori. Per questo vogliamo che non sia vanificato da provvedimenti che ne mettano in discussione la carica innovativa. La Cisl ha sottoscritto un'intesa volta a difendere salari e produttività dei lavoratori pubblici e, spostando il baricentro della contrattazione sul secondo livello, a rendere più concreta la prospettiva di una riqualificazione delle amministrazioni. Per gli enti, le aziende e le agenzie centrali o decentrate il processo di modernizzazione e di adeguamento è legato all'applicazione di strumenti contrattuali nuovi, di cui partecipazione e decentramento decisionale non possono che costituire i capisaldi. È appunto questa la direzione in cui si muove il nuovo modello contrattuale: quella del cambiamento e dell'innovazione attraverso la contrattazione partecipata. Con il nuovo modello si stabiliscono, infatti, i criteri sui quali generare, attraverso gli spazi della contrattazione locale, la nuova efficienza del sistema pubblico e di welfare: professionalizzazione, specializzazione, responsabilità. La priorità è quella di mettere al centro il rafforzato coinvolgimento

dei lavoratori e dei sindacati: non le inutili liturgie del passato, ma le azioni volte a rendere più moderne e più veloci le amministrazioni, a migliorare la qualità del lavoro pubblico negli enti. Ecco perché anche rispetto a un blocco forzato della contrattazione nazionale, che non condividiamo, stiamo chiedendo con forza di rilanciare i contratti decentrati, per mettere insieme la lotta agli sprechi e il recupero di economie di gestione con la migliore retribuzione del lavoro pubblico.

Le riforme introdotte dal ministro Brunetta negli ultimi mesi hanno messo in risalto la necessità di una migliore organizzazione delle amministrazioni pubbliche e di valutazioni meritocratiche dei dipendenti. Lei come le giudica?

Abbiamo sempre detto di condividere gli obiettivi della legge 15: trasparenza, responsabilità e valutazione. Ma sappiamo che le norme di legge costituiscono solo la fase di modifica legislativa. La riforma sarà efficace se troverà nella contrattazione collettiva e nella partecipazione dei professionisti pubblici i necessari parametri attuativi e interpretativi per realizzare il binomio "buon lavoro pubblico-servizi efficienti e di qualità".

Quello contrattuale resta lo strumento fondamentale per far crescere la produttività, redistribuire le risorse dell'efficienza, ma soprattutto per definire l'organizzazione del lavoro. L'accordo del 30 aprile 2009 deve costituire il vincolo interpretativo della nuova disciplina del lavoro pubblico anche laddove le nuove norme intendono ridisegnare i modelli di premialità ed efficienza in base al ciclo della *performance*. In questo senso deve esserci continuità tra organizzazione del lavoro e definizione dei meccanismi di premio dei risultati, tra predisposizione di programmi per il miglioramento della *performance*, concordati attraverso contrattazione integrativa, e attribuzione delle risorse al salario accessorio. È a livello decentrato, infatti, che si possono collegare più efficacemente i risparmi di gestione e il recupero virtuoso di risorse con l'aumento della produttività e la remunerazione del buon lavoro pubblico. In linea non solo con le previsioni dei contratti nazionali dell'ultimo biennio, ma anche con quanto previsto dalle leggi finanziarie 2009 e 2010 e con lo stesso d.lgs. 150 che all'articolo 27 è esplicito nell'attribuire una quota dei risparmi sui costi di funzionamento della macchina pubblica a premiare il personale direttamente

e proficuamente coinvolto, nonché ad incrementare i fondi per la contrattazione integrativa. Un principio che la Cisl ha fortemente voluto alla base del nuovo modello contrattuale e che deve essere fatto valere con il ripristino della contrattazione decentrata.

Il 4 maggio 2010 è intervenuto al convegno della Cisl *Riqualficazione della Sanità e Diritto alla Salute*, in cui avete chiesto al ministro Fazio l'apertura di un tavolo di confronto sulla partecipazione dei lavoratori alla definizione degli obiettivi strategici della salute, per il miglioramento qualitativo dell'assistenza. Quali sono stati gli esiti?

Il 4 maggio abbiamo consegnato al ministro sei proposte concrete per rilanciare le professioni sanitarie non mediche e scommettere con decisione sull'umanizzazione del sistema di salute e sul miglioramento dei servizi al cittadino. Abbiamo discusso di come valorizzare il contributo di figure altamente qualificate come infermieri, operatori socio-sanitari, tecnici, fisioterapisti e così via, nella creazione di una nuova cornice positiva per la presa in carico della persona. Ma anche di nuovi modelli organizzativi in grado di rispondere alla progressiva differenziazione tra la carriera "gestionale" e quelle scientifico-professionali; di integrazione fra funzioni e di ridefinizione delle responsabilità decisionali ed operative; dei rapporti tra sanità pubblica e sanità privata all'interno dei sistemi sanitari regionali, e di formazione professionale. Ora, nonostante i rallentamenti dovuti alle nuove incombenze del Paese, ci aspettiamo una convocazione in tempi rapidi per riprendere il discorso e concordare soluzioni positive sui temi che abbiamo messo nell'agenda del ministro.

Rispetto alle previsioni della manovra di bilancio 2010, si è parlato della necessità di un "atto di responsabilità dei nostri dipendenti pubblici" in quanto le loro retribuzioni, secondo dati della Corte dei conti, sarebbero aumentate del 42,5% in dieci anni, mentre quelle private solamente del 24,8%. Che posizione ha assunto in merito?

Non siamo d'accordo con il blocco dei contratti pubblici e lo ribadiamo. Comprendiamo la necessità di interventi rigorosi sulla spesa pubblica, come i tagli alle consulenze o ai costi occulti della politi-

ca, ma riteniamo giusto che il peso dei risanamento dei conti pubblici sia distribuito in maniera equa. E per questo lavoreremo affinché il decreto 78 sia corretto in sede di conversione. Quanto alla diversa dinamica retributiva tra pubblico e privato, è un fatto che si spiega con la presenza di tanti dirigenti e alti funzionari non contrattualizzati che portano in alto la curva degli aumenti nella PA. I dati aggregati risentono, infatti, della diversa composizione del personale nel pubblico e nel privato. È il vecchio discorso della "media del pollo" di Trilussa: se nel conto finiscono non solo i dipendenti e i dirigenti, ma anche figure come magistrati, diplomatici, prefetti e carriere penitenziarie che gonfiano la spesa pubblica per stipendi, è chiaro che sul totale l'effetto è distorsivo. Aumenti del 40% in dieci anni si riscontrano solo nell'alta dirigenza, tra i non contrattualizzati, o laddove la contrattazione decentrata è stata particolarmente efficace. Se si considerano solo i profili professionali dei dipendenti pubblici, gli aumenti nel decennio sono dell'ordine del 20%. In particolare dal primo gennaio 2001 ad oggi in sanità il salario medio lordo è passato da 24.946 euro a 29.966 euro, nei ministeri da 24.379 a 29.286, nelle Regioni da 21.710 a 26.079 e negli enti pubblici non economici, dove la produttività incide di più, da 29.482 a 36.954 euro. E poi bisogna considerare che anche a fine carriera, quando si raggiunge l'apice retributivo, gli stipendi dei lavoratori pubblici non sono affatto alti: un collaboratore amministrativo di un ministero, dopo 30 anni di servizio, arriva a prendere netti in busta paga 23.526 euro, un infermiere turnista meno di 23 mila euro dopo 36 anni e un amministrativo C2 di un ente locale addirittura meno di 19 mila dopo 25 anni. Noi, già da tempo, abbiamo proposto di attivare un osservatorio sulle professioni pubbliche, in modo da valutare non solo le necessità professionali per migliorare i servizi, ma anche le dinamiche salariali di tutti i profili, per tenere davvero sotto controllo la spesa pubblica. In questo senso come Cisl Fp siamo pronti ad una verifica fra pari professioni nel pubblico e nel privato, per giudicare poi dati alla mano chi ha preso troppo o troppo poco.

Il suo cognome tradisce la sua provenienza dal Veneto, la Regione che ha scelto di chiamare le aziende sanitarie "ULSS – Unità Locale Socio Sanitaria". Quali pensa che siano gli snodi centrali per una efficace integrazione dei servizi socio-sanitari?

L'integrazione dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali è una delle chiavi di volta della modernizzazione del sistema di welfare. Sono anni che lo diciamo e, anche sulla base delle migliori esperienze messe in atto in Regioni come il Veneto, nel 2008 abbiamo formalizzato la nostra proposta. Cioè creare dei consorzi territoriali dei servizi sociali e assistenziali in ambito Asl/Ausl, per riorganizzare la spesa sociale oggi erogata da oltre 10 mila decisori. L'obiettivo è semplificare il sistema e ottenere notevoli risparmi di spesa, evitando la dispersione di risorse e aumentando l'offerta di servizi appropriati. Riteniamo, infatti, possibile e necessario collegare da subito i bilanci, l'organizzazione, gli interventi e le buone pratiche dei troppi enti, istituti ed aziende che erogano prestazioni sociali-assistenziali. E la strada è quella di costituire dei consorzi tra le Asl e i comuni che insistono su quel territorio, collegati al sistema informativo-organizzativo delle aziende locali sanitarie per realizzare uniformità di interventi, miglioramento della qualità, economie di scala e adeguata professionalizzazione dell'assistenza integrata.

Sono le nuove necessità di prevenzione, cura e riabilitazione collegate ai cambiamenti demografici a spingere verso l'integrazione nel territorio dei servizi per la salute con quelli socio assistenziali. Il sistema socio sanitario italiano dovrà, infatti, soddisfare nei prossimi decenni i bisogni di una popolazione sempre più anziana, maggiormente esposta a malattie croniche degenerative e quindi sempre più interessata dall'assistenza a lungo termine.

Questo richiederà cambiamenti radicali nell'organizzazione del sistema di risposta, una nuova programmazione e il reclutamento di personale infermieristico e di assistenza specializzato. Servirà quindi una riorganizzazione dei sistemi delle cure domiciliari, delle cure ambulatoriali, delle cure residenziali ospedaliere ed extra ospedaliere. Un nuovo processo che richiederà di essere progettato in una logica di rete territoriale a forte integrazione socio sanitaria (istituzionale, gestionale, professionale), in modo da abbassare il peso delle prestazioni ospedaliere e della correlata spesa e da garantire soluzioni che rispondano a criteri di adeguatezza e appropriatezza. Bisognerà cioè realizzare in concreto la continuità assistenziale, attraverso una reale presa in carico che dovrà partire dal medico di base o di medicina generale e interessare poi le diverse strutture sanitarie e socio-assistenziali in cui sarà affidato alle cure e alle competenze del perso-

nale non solo medico, ma soprattutto infermieristico e assistenziale.