

d!

d!rigenza medica

- 7 **Pensioni**
70 anni e dintorni:
il trattamento in servizio
- 11 **Dirigenza Sanitaria**
L'importanza della rete
regionale dei Laboratori di
Microbiologia e Virologia
- 13 **Contributi / Amedeo Bianco**
Se non ora, quando?
- 16 **The Guardian**
Più di 1.000 medici britannici
vogliono lasciare il NHS

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Dall'abbattimento dell'imbutto formativo alla riforma della formazione medica

**STUDIO
ANAAO
ASSOMED**

Una svolta necessaria per il Ssn

Pat Carra per l'Anaa Assomed



**Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV**



Apri il lettore QR code del tuo dispositivo e inquadra il codice con il display per leggerne il contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

Sede di Roma:
Via San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di settembre 2020

Un piano marshall per i dirigenti sanitari

La “sanità che verrà” appare sospesa tra il *recovery fund*, da spendere, e la margherita del mes, da sfogliare. Neppure le cinque “tracce fondamentali” del Ministro alla Salute chiariscono il quadro. Oggi il Governo sembra non vedere la crisi del medico pubblico, in preda ad un burnout che lascia spazio solo alla fuga, verso l'estero per i giovani e verso il privato per i meno giovani, che si sovrappone alla crisi della sanità pubblica. Senza soluzioni alla prima non c'è futuro possibile per la seconda. Lo scatto che serve oggi alla sanità è, perciò, la valorizzazione del suo capitale umano attraverso un'innovazione profonda dell'organizzazione e della governance del sistema. Per i dirigenti sanitari, tramontata la retorica degli eroi, tutto rischia di essere peggio di prima. Ma senza personale motivato i presidi ospedalieri, vecchi e nuovi, sono destinati ad essere quinte teatrali, le sofisticate tecnologie elementi di arredo, il territorio puro riferimento geografico. Anche se nemmeno si vede il cartello “stiamo lavorando per voi”, la rivoluzione copernicana, di cui parla il Ministro, deve partire da un Piano Marshall per i dirigenti sanitari del SSN che poggia su alcuni punti.

1. stato giuridico, nel segno della dirigenza “speciale” di cui all'art. 15 del Dlgs 229/99;
2. riscrittura del lavoro medico e sanitario, per superare il peggioramento delle condizioni di lavoro, recuperare un ruolo e ricostruire un sistema che privilegi, anche nei meccanismi di progressione di carriera, i valori professionali rispetto a quelli organizzativi;
3. aumento dei livelli retributivi, detassando il salario accessorio, compensando il rischio contagio, incrementando il valore del rapporto esclusivo. Spostare il tavolo contrattuale al Ministero della Salute;
4. ruolo decisionale nella governance, ripensando l'attuale modello, ormai giunto al capolinea, per introdurre forme di partecipazione dei professionisti ai modelli organizzativi ed operativi;
5. riforma della formazione post laurea, divenuta vera emergenza nazionale, terreno di coltura per il neocolonialismo delle Scuole di medicina che mirano ad occupare il mondo ospedaliero;

6. politica di assunzioni che recuperi i tagli del passato, come ci chiede la UE, escluda il precariato non contrattualizzato e riduca la eterogeneità nei rapporti di lavoro ospedaliero;
7. completamento della L.24/2017 sulla responsabilità professionale con il passaggio ad un sistema “no fault” sul modello europeo;
8. assunzione del Ccnl come strumento di innovazione del sistema e di governo partecipato.

La questione, come si vede, non è riducibile all'edilizia. La sanità pubblica ha una criticità evidente nella frustrazione e insoddisfazione del personale, medico soprattutto, numericamente carente, demotivato, stressato ed oberato di attività già in tempi normali, cui la emergenza pandemica ha dato solo il colpo di grazia amplificando oltre ogni misura il disagio lavorativo. Non si può confondere la questione strutturale della sanità da riformare con quella delle infrastrutture da modernizzare. Una politica senza progetto e visione, che confidi nei bassi salari e nella logica del più forte, non può parlare di riforme strutturali, che in primis riguardano i medici, rimanendo alla lista della spesa, se non vuole affossare il (fu) sistema sanitario (nazionale) migliore del mondo.

Insomma, i soldi servono ma non sono tutto. Non solo moneta, ma idee e un radicale cambiamento di paradigma sul ruolo e sullo status dei Medici e dei dirigenti sanitari sono fondamentali per lo sviluppo di un sistema complesso come quello sanitario. Dove il capitale umano conta quanto e più di quello economico. Lavorare in ospedale non deve essere una sofferenza perchè il disagio crescente dei professionisti, sommandosi alla crisi di fiducia dei cittadini a fronte della montagna di prestazioni negate, erode la sostenibilità del sistema sanitario, quali che siano le risorse investite. È tempo di comprendere che il lavoro dei medici ospedalieri reclama, oggi e non domani, un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.



COSTANTINO TROISE
Presidente Nazionale
Anaao Assomed

UNA SVOLTA NECESSARIA PER IL

Dall'abbattimento dell'imbuto formativo alla riforma della formazione medica:



Il Servizio Sanitario Nazionale nel corso dell'ultimo decennio ha subito notevoli mutamenti strutturali ed organizzativi. Il sotto-finanziamento del sistema pubblico rispetto all'espansione dei bisogni sanitari collegata alla transizione demografica ed epidemiologica in atto, il blocco del turnover, in

particolare nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, e le quiescenze massive degli operatori, a causa della "gobba demografica" (Grafico 3) e delle politiche pensionistiche, hanno prodotto un sistema che appare oggi più che mai bisognoso di profonde rivisitazioni.

Questo quadro, da anni aggravato e reso ancor più complesso dalla totale assenza di una qualificata e realistica programmazione della formazione *post-lauream*, è andato in molte Regioni in crisi, in relazione all'inaspettata pandemia da Sars-CoV-2 che ha colpito l'Italia dal febbraio 2020. Abbiamo deciso, quindi, di riproporre ed aggiornare lo studio effettuato nel 2018 sulle risorse professionali e sulle possibili soluzioni alla luce dell'andamento della curva pensionistica, del-

l'attuale programmazione di ingressi nei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle Scuole di Specializzazione, dei nuovi scenari ipotizzabili dopo il primo picco legato alla pandemia di Covid-19 nel nostro Paese. È opportuno ricordare che l'errata programmazione del numero di medici specialisti è denunciata da Anaa Assomed dal lontano 2011 (*Enrico Reginato, Carlo Palermo; Sole 24 Ore Sanità n. 36*). L'elaborazione delle fonti informative

presenti nei vari registri (MIUR, Ministero della Salute, ANVUR, Conto Annuale del Tesoro (CAT), Fnomceo, Enpam, Istat) ha consentito di dettagliare la relazione tra pensionamenti, accessi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia e la formazione post-laurea (borse/contratti di specializzazione), mettendo in luce i fenomeni già noti che rischiano di aggravarsi:

1. l'«**imbuto formativo**», ovvero il gap tra numero di accessi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia e l'in-

dell'imbuto formativo mancando una risposta alla carenza di specialisti specie negli ospedali pubblici, quest'ultima già alimentata dalla combinazione di "gobba pensionistica" e blocco del turnover.

Nel concorso SSM 2019/2020 si sono iscritti ben 25.259 medici sia per l'effetto dei ricorsi al TAR negli anni passati che hanno consentito l'aumento estemporaneo del numero chiuso negli anni 2013-14, sia in seguito all'istituzione della laurea abilitante. Nonostante l'incremento dell'offerta formativa a 15.955, tra contratti di specializzazione e borse MMG, l'imbuto formativo non verrà riassorbito arrivando ad oltre 10.000 medici (**Grafico 1**). Al prossimo concorso SSM 2020/2021 sono previsti oltre 22.000 iscritti considerando i 12.000 laureati e i circa 10.000 "camici grigi" che ritenteranno nuovamente il concorso; tuttavia i contratti per la formazione *post lauream* (comprensivi delle borse destinate alla Medicina Generale), senza ulteriori interventi, sono al momento bloccati a circa 10 mila, per la scelta del legislatore di non effettuare incrementi strutturali dei contratti e delle borse limitandosi ad aumenti *una tantum* per il 2019/2020 (+5400) e per il 2021/2022 (+1000). Si rischia in questo modo la cristallizzazione dell'imbuto formativo, che negli anni precedenti ha accumulato in un limbo circa 7.000 giovani medici, destinati a ritentare l'ammissione alle Scuole di Specialità l'anno successivo o a lasciare il nostro Paese per formarsi all'estero (**Grafico 1**).

Nonostante questo grave scenario, il

MUR ha stabilito un considerevole aumento dei posti a numero chiuso per il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia per l'anno accademico 2020/21 portandoli a 13.072 (il 13% in più rispetto all'anno precedente e il 43,6% rispetto a 3 anni fa). Tale decisione appare irrazionale, in quanto il numero di accessi al Corso di laurea è nettamente sovrastimato rispetto alle reali necessità future di medici specialisti. Infatti, anche calcolando che poco più del 10% degli studenti abbandoni e non arrivi alla laurea, possiamo stimare circa 11.700 laureati nel 2026 che avranno bisogno di completare il percorso formativo a livello specialistico o di medicina generale tra il 2029 e il 2031. Come dimostrato in precedenti lavori (*La programmazione del fabbisogno di personale medico, proiezioni per il periodo 2018-2025: curve di pensionamento e fabbisogni specialistici; Studio Anaa Assomed 2018*), è opportuno considerare che il fabbisogno di specialisti nel SSN per garantire il turnover dopo il 2030, una volta esaurite le quiescenze legate alla "gobba pensionistica" nonché il fenomeno di accelerazione delle uscite dal sistema legato a "Quota 100" e al tremendo stress psico-fisico patito dagli operatori sanitari pubblici durante l'epidemia di Covid-19, possa subire, già a partire dal 2026, una frenata destinata a diventare ancora più decisa dal 2029 in avanti, essendo previsti solo circa 3.000 pensionamenti annui di specialisti dipendenti del SSN, a fronte degli attuali 6.000. Anche calcolando la quota parte che andrà a lavorare nel privato o in convenzione con il SSN (circa 4.000), molti dei futuri speciali-

sufficiente numero di borse per la Medicina Generale e contratti specialistici che sta comportando un grave danno generazionale, con importanti risvolti sulla professionalizzazione dei medici, obbligati a congelare il loro percorso formativo non avendo a disposizione un numero sufficiente di corsi di formazione *post lauream*;

2. l'«imbuto lavorativo», ovvero il rischio di creare tra un decennio una pletera di medici specialisti con difficoltà di impiego stabile per le mutate condizioni del mercato del lavoro in sanità a causa dell'esaurimento della "gobba previdenziale".

Questi due fenomeni, considerati e dimostrati essere obiettivamente fonte di logorio del SSN e del processo di continuità formativa medica, risultano sempre più carichi di risvolti altamente critici sulla qualità delle cure e dei percorsi formativi nel confronto con altre realtà europee.

Bisogna ricordare che ogni modifica "al tempo 0" del numero di accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia porta ad un risultato a 10-12 anni di distanza, per cui ogni intervento sul "numero chiuso" per l'accesso al Corso di laurea richiede un razionale programmatico a 10-12 anni (termine dell'eventuale specializzazione con durata quinquennale, nel caso di percorso più lungo). Nel recente passato, la mancata considerazione di questa latenza temporale tra intervento ed effetto, ha minato una programmazione che ha omesso un preciso calcolo pluriennale delle necessità reali di medici specialisti per determinare il numero di accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia, basandosi su esigenze "particolari" e autoreferenziali piuttosto che di sistema.

Le conseguenze di questa mancata programmazione sono oggi più che mai drammaticamente manifeste.

Purtroppo, l'aumento dei posti a numero chiuso per l'accesso al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia senza una valutazione realistica dei fabbisogni effettivi di medici e senza conseguente adeguamento del numero di contratti di formazione specialistica, ha creato un incremento incontrollato

Lo studio è stato realizzato da:

CARLO PALERMO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

PIERINO DI SILVERIO
Responsabile Nazionale
Settore Anaa Giovani

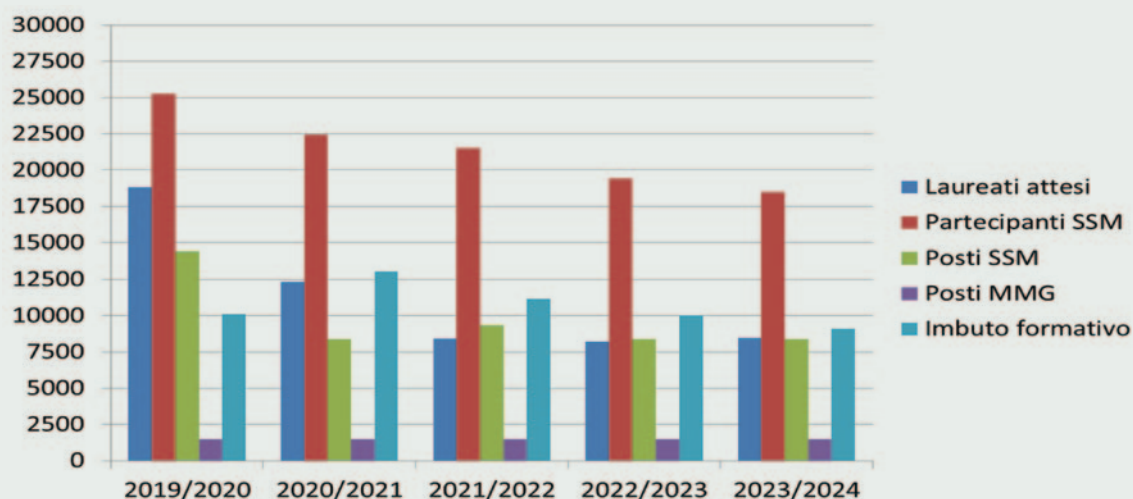
MATTEO D'ARIENZO
Comitato Direttivo
Cosmed - Delegato
Anaa Assomed

FABIO RAGAZZO
Direttivo Nazionale
Anaa Giovani

COSTANTINO TROISE
Presidente Nazionale
Anaa Assomed

Grafico 1

Andamento dell'imbuto formativo tra il 2020 e il 2024. I laureati attesi per il 2020 sono dati dalla somma della stima dei laureati nell'AA precedente e il 50% di quella nell'AA in corso, per effetto della nuova laurea abilitante; per gli anni successivi i laureati attesi sono dati dalla somma del 50% della stima dei laureati nell'anno precedente e il 50% di quella dell'anno in corso. Sono considerati solo i contratti di formazione specialistica attualmente finanziati. Le proiezioni dal 2020 delle borse per la Medicina Generale rappresentano una stima. Con "Posti SSM" sono indicati i contratti finanziati dallo Stato, dalle Regioni e dai privati. Viene stimato un 5% annuo di contratti persi per abbandono o rinuncia.



sti (da 4.000 a 5.000 secondo la nostra stima prudenziale) non troveranno uno sbocco nel mondo del lavoro, con il rischio di passare in pochi anni da un “imbuto formativo” ad un “imbuto lavorativo” (Tabella 1 - Grafico 2).

Si impone, quindi, che il numero di posti al Corso di Medicina e Chirurgia sia armonizzato al numero di contratti specialistici e alle borse per la Medicina Generale che devono a loro volta essere tarati sulle reali necessità legate

alle uscite previste anno per anno, senza fuorvianti ingerenze politiche o accademiche.

Viceversa è facile prevedere il rischio concreto di passare da un estremo, quello attuale delle carenze, all'estremo opposto, quello delle eccedenze, come ai tempi della “pletora medica” degli anni '70 e '80 del secolo scorso, andando a creare quindi un esercito di disoccupati “di lusso” che il paese Italia non può permettersi.

LA SIMULAZIONE DELLE ENTRATE E USCITE DEI DIRIGENTI MEDICI SSN NEL DECENNIO 2019-2028.

Il presente studio intende anche stimare i nuovi medici specialisti che possono essere assunti e i possibili pensionamenti del personale medico SSN nel decennio 2019-2028 (incluso i PLS).

Nel quinquennio 2019-2023 sono previsti 32.501 pensionamenti, a fronte di soli 22.328 nuovi specialisti che opteranno per il SSN (il 66% del totale annuale secondo nostre stime), con un ammanco di 10.173 specialisti. Scelte occupazionali diverse sono convenzionamento con il SSN, libera professione, università/ricerca, privato accreditato e no, industrie del settore, lavoro all'estero.

Nel quinquennio 2024-2028, sono previsti 22.206 pensionamenti, a fronte di 30.687 specialisti che potrebbero optare per il SSN, con un surplus teorico di 8.481 specialisti (Grafico 5).

La differenza tra i nuovi specialisti dei due quinquenni è data dai recenti aumenti dei contratti di formazione specialistica disponibili, con una latenza temporale ovviamente data dalla durata della scuola di specializzazione. La differenza tra i pensionamenti dei due quinquenni è data dalla “gobba pensionistica” della popolazione medica, che finalmente entra in fase calante (Tabella 1 - Grafico 3).

I dati evidenziano in modo inequivocabile che il momento di agire è adesso: la carenza di 10.022 specialisti entro il 2023 rappresenta un gravissimo rischio per le sorti del SSN.

Quello sopra descritto è lo “scenario base”, quello ottimale.

Ma sono possibili anche scenari più sfavorevoli. Per esempio, se il 15% degli specialisti pensionandi nel quinquennio 2024-2028, anche per le ricadute legate all'epidemia da Covid-19, anticipasse l'uscita dal servizio a 62 anni con Quota 100/Cumulo/Opzione donna, quindi 3 anni prima della scadenza ordinaria, l'ammanco sarebbe di 13.473 specialisti al 2023.

Se, inoltre, si tenesse conto che esiste già una carenza di 6.225 medici specialisti rispetto al 2009, anno con il livello più alto di medici assunti nel SSN, e che potrebbero essere necessari ulteriori 4.000 specialisti per far fronte alle esigenze di nuovi posti letto in Terapia Intensiva e Sub-intensiva per l'emergenza pandemica, l'ammanco salirebbe alla vertiginosa cifra di 23.698 specialisti al 2023.

Grafico 2.
Andamento lineare negli anni dei principali fattori nella programmazione del fabbisogno di personale medico: posti a numero chiuso per l'accesso ai Corsi di Medicina e Chirurgia, laureati effettivi, contratti per la formazione specialistica post lauream (MUR + Regioni + Privati), borse per la formazione in Medicina Generale.

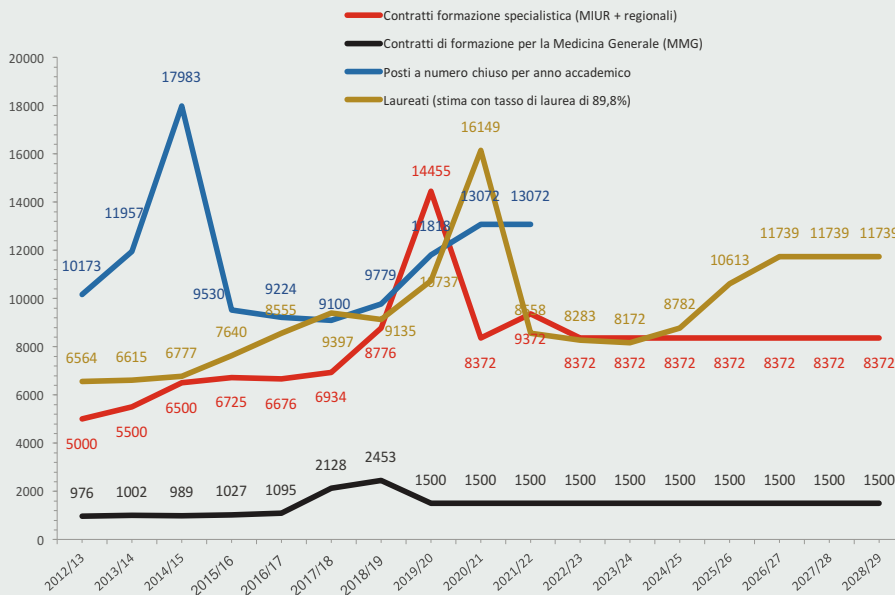


Tabella 1
I numeri della formazione post-lauream. I numeri in rosso sono stime dal 2019/20 in poi ad invarianza di programmazione. Sono stati considerati solo i contratti di formazione specialistica che risultano già finanziati sia per il 2019/2020 che per il 2021/2022. Le borse MMG aggiuntive deliberate per il 2018/19 sono state considerate “una tantum”, mentre le proiezioni dal 2019/2020 delle stesse rappresentano una stima. Il calcolo dei laureati è eseguito tenendo conto di un tasso stimato di laurea dell'89,8% degli studenti di medicina entrati tramite concorso 6 anni prima.
* Include +1800 ricorsi al TAR - ** include +9000 ricorsi al TAR - *** include 250 ricorsi al TAR

Anno accademico	Posti a numero programmato corso di laurea in medicina e chirurgia	Contratti di formazione per la Medicina Generale (MMG)	Contratti specialistici MIUR	Contratti specialistici regionali pubblici e/o privati	Laureati (stima con tasso di laurea di 89,8%)	Posti post-lauream specialistici (escluse borse MMG)	Posti post-lauream totali (comprese borse MMG, reali e stimabili)
2008/09	7547	851	5000	500	6795	5500	6351
2009/10	8508	852	5000	500	6687	5500	6352
2010/11	9527	929	5000	500	6709	5500	6429
2011/12	10464	976	5000	500	6702	5500	6476
2012/13	10173	976	4500	500	6564	5000	5976
2013/14	11957*	1002	5000	500	6615	5500	6502
2014/15	17983**	989	6000	500	6777	6500	7489
2015/16	9530	1027	6133	592	7640	6725	7752
2016/17	9224	1095	6105	571	8555	6676	7771
2017/18	9100	2128	6200	734	9397	6934	9062
2018/19	9779	2453	8000	776	9135	8776	11229
2019/20	11818***	1500	13400	1055	10737	14455	15955
2020/21	13072	1500	7317	1055	16149	8372	9872
2021/22	13072	1500	8317	1055	8558	9372	10872
2022/23	13072	1500	7317	1055	8283	8372	9872
2023/24	13072	1500	7317	1055	8172	8372	9872
2024/25	13072	1500	7317	1055	8782	8372	9872
2025/26	13072	1500	7317	1055	10613	8372	9872
2026/27	13072	1500	7317	1055	11739	8372	9872
2027/28	13072	1500	7317	1055	11739	8372	9872
2028/29	13072	1500	7317	1055	11739	8372	9872

Grafico 3
Popolazione di medici specialisti SSN divisi per fasce d'età secondo il censimento Conto Annuale del Tesoro (CAT, 2018). Numero complessivo di medici SSN a tempo indeterminato: 106.473 unità.

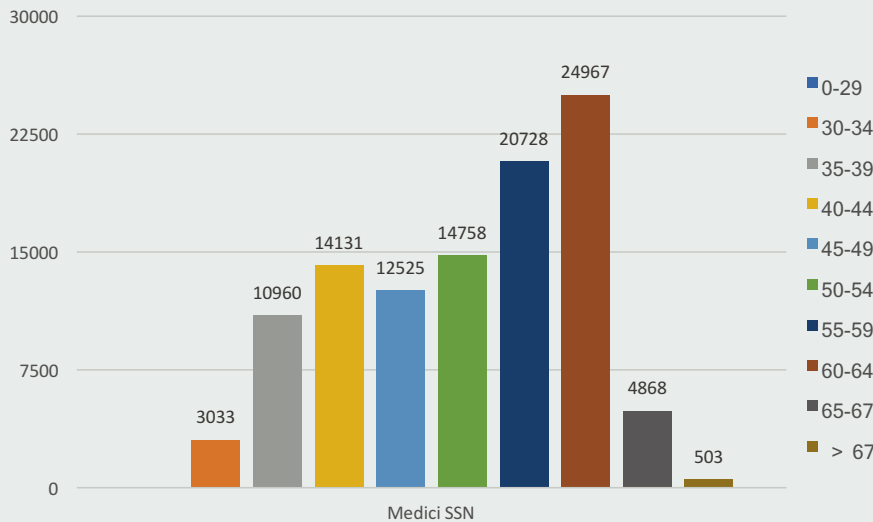


Grafico 4
Popolazione dei medici dipendenti del SSN divisi per fasce di età e sesso. Età media uomini 54,8 anni; età media donne 49,9 anni.

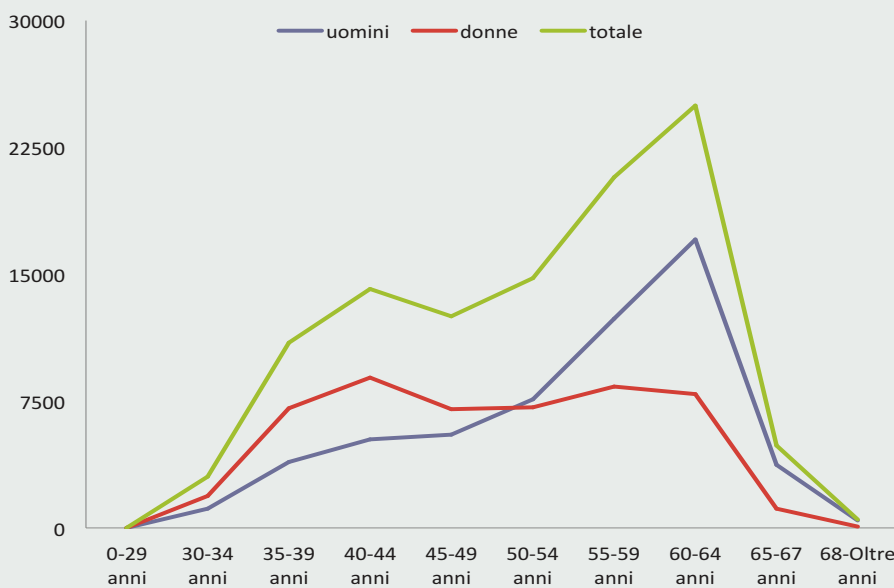
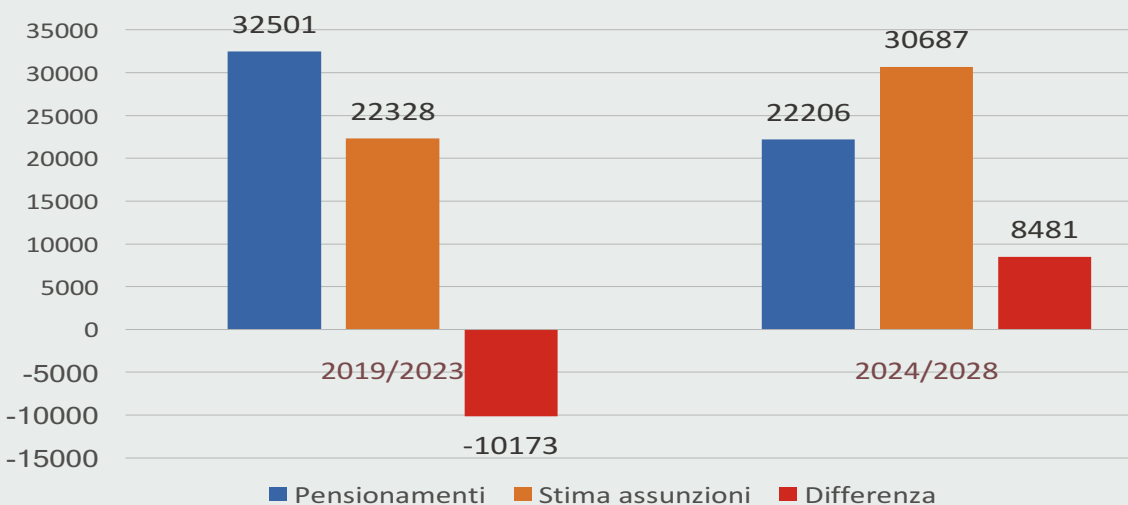


Grafico 5
Nel grafico viene riportato il rapporto "puro" tra il numero di specialisti SSN cessati attesi secondo l'ordinario criterio di età (65 anni) e i nuovi specialisti SSN (inclusi PLS) nei quinquenni 2019-2023 e 2024-2028. I contratti specialistici indicati nella Tabella 1 sono stati abbattuti del 5%/anno per la perdita conseguente a rinuncia o abbandono



**Il debito "puro" di 10.173 specialisti nel primo quinquennio 2019-2023 è una rappresentazione sottostimata del debito previsionale atteso; quest'ultimo potrebbe salire fino a circa 23.700 specialisti considerando 6.225 specialisti mancanti in base al confronto con le dotazioni organiche dell'anno 2009, circa 4.000

specialisti aggiuntivi richiesti per l'incremento dei posti letto stabiliti nel Decreto "Rilancio Italia", in particolare in Terapia intensiva e Sub-intensiva, e una ulteriore quota di circa 3.300 unità derivante da possibili cessazioni anticipate rispetto al criterio pensionistico dei 65 anni.

PROPOSTE PER IL SUPERAMENTO DELL'IMBUTO FORMATIVO, PER LA CARENZA DI MEDICI SPECIALISTI E PER IL RILANCIO DELLA FORMAZIONE POST-LAUREAM.

Premessa

Negli ultimi anni è apparso sempre più chiaro che l'attuale sistema di formazione medica *post lauream* non è affatto ottimizzato alle esigenze del SSN. L'attuale monopolio universitario sulla formazione specialistica è totalmente anacronistico, *unicum* tra i grandi paesi europei. La mancanza di concorrenza tra le diverse scuole di specializzazione italiane fa sì che ci sia una sorta di appiattimento scientifico e un freno allo sviluppo. Il giudizio della qualità formativa universitaria, a detta degli stessi specializzandi, è spesso insufficiente e, quando confrontata con quella delle strutture del SSN, nettamente inferiore (*Survey Anaa Giovani 2017*). Tale situazione è ben osservabile nella formazione degli specializzandi di area chirurgica, che al termine del loro percorso formativo non sono capaci, la maggior parte delle volte, di eseguire interventi chirurgici a complessità medio-elevata. La differenza con gli altri paesi europei è lampante e ogni anno, per questo motivo, perdiamo più di mille neolaureati che non sono disposti al gioco al ribasso sulla loro formazione ed emigrano verso Francia, Svizzera, Spagna, Germania, UK.

È evidente che aprire la formazione al SSN è la carta vincente per alzare la qualità della specializzazione: più concorrenza significa più sforzi per attrarre giovani medici, offrendo loro una miglior formazione teorica e pratica. Abbiamo elaborato alcuni modelli di riforma della formazione *post-lauream* che potrebbero costituire il rilancio qualitativo, un "boost" formativo ormai necessario e non più procrastinabile (*La formazione e l'impiego del personale medico specialistico nel SSN; Studio Anaa 2018*). Ma è fondamentale intervenire quanto prima proprio per i risvolti a lungo termine attesi da ogni azione programmatrice

Lo svuotamento dell'imbutto formativo e la riforma della formazione post-lauream: la soluzione Anaa Assomed.

L'Europa deve rappresentare una risorsa e non solo un obbligo di rispetto di direttive. In quest'ottica, la recente apertura di una linea di finanziamento (PCS: *Pandemic crisis support*) da parte del Meccanismo Europeo di Stabilità (MES) a un tasso di interesse irrisorio (negativo con restituzione a 7



UNA SVOLTA INELUDIBILE PER IL

SSN

STUDIO ANAA ASSOMED

“
Se si decidesse con una riforma della Legge 368/2019 che il contratto di specializzazione si trasformi in “formazione-lavoro” già dal primo anno di specializzazione, avremmo nuovi “dirigenti medici in formazione” negli ospedali della rete formativa

anni, 0,1% annuo con restituzione a 10 anni) con l'unica condizionalità legata alla copertura delle spese, dirette e indirette, effettuate per contrastare l'epidemia Covid-19, potrebbe essere una opportunità per risollevarne la formazione specialistica medica italiana. Impiegando risorse da questi fondi, è possibile risolvere l'imbuto formativo nell'arco di due anni senza colossali sforzi economici, ma con un forte intento programmatico.

Nello specifico, proponiamo il finanziamento “una tantum” di ulteriori 11.800 contratti di formazione specialistica, da distribuire sui concorsi 2021 e 2022, per mettere una pietra tombale sull'imbuto formativo in un biennio. Il costo stimato sarebbe complessivamente di circa 1,3 miliardi di euro da spalmare in base alla durata in anni della formazione: una spesa straordinaria per un progetto straordinario. Siamo un grande Paese, il personale medico deve rappresentare il pilastro del nostro SSN, quel “capitale umano” che fa la differenza tra la salute e la malattia, tra la vita e la morte, necessario per affrontare anche crisi inaspettate come la recente epidemia di Sars-CoV-2 ha dimostrato e, pertanto, da valorizzare sotto il profilo professionale ed economico. I nuovi specialisti sarebbero pronti e operativi già a partire dall'anno 2024. Senza contare che entro il 2023, considerando anche i partecipanti al concorso SSM 2020, potrebbero entrare nel sistema, anticipando di 2 anni l'ingresso nel SSN attraverso una assunzione a tempo determinato in base di quanto previsto dai Decreti “Calabria” e “Milleproroghe” azzerando di fatto l'ammanto di specialisti previsto dal miglior scenario.

Se si decidesse con una riforma della Legge 368/2019 – e noi lo auspichiamo da sempre – che il contratto di spe-

cializzazione si trasformi in “formazione-lavoro” già dal primo anno di specializzazione, avremmo nuovi “dirigenti medici in formazione” negli ospedali della rete formativa. Per garantire la qualità del percorso formativo a fronte del notevole incremento dei contratti, l'unica soluzione praticabile è quella della implementazione della rete attraverso la individuazione degli “Ospedali di Apprendimento” in modo da mettere a disposizione degli specializzandi l'immensa casistica clinica e il patrimonio culturale e tecnico dei professionisti del SSN. L'attuale sistema formativo, nella parte specialistica *post lauream*, se confrontato con quello degli altri paesi europei, appare obsoleto ed espressione di un arroccamento dell'Università che, pur di non perderne l'egemonia, è disposta a barattare la qualità formativa e la performance dell'intera programmazione di medici specialisti. Occorre, pertanto, apportare una modifica sostanziale all'impianto legislativo del D.lgs. 368/99 in cui risultati evidenti una compartecipazione equa tra Università e Ospedali del SSN nel percorso formativo e nel controllo della qualità dello stesso.

Recuperare il ruolo professionalizzante degli Ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari. Certamente “Una riforma difficile da fare ma impossibile da non fare”, come disse Giovanni Berlinguer riferendosi all'istituzione 42 anni fa del SSN.

Una programmazione condivisa.

L'imbuto formativo, con i suoi “camici grigi”, negli ultimi 10 anni ha rappresentato una triste storia senza nessun tentativo reale di mettervi fine da parte del Governo o delle Regioni.

La soluzione è a portata di mano. La programmazione non si improvvisa, ma deve essere il cardine del buon funzionamento del turnover del personale medico in sanità.

L'Anaa Assomed propone l'istituzione di una *board* misto MUR – Ministero della Salute – Regioni – Fnomceo - Sindacati medici che si riunisca a cadenza annuale per:

1. calcolare il fabbisogno di nuovi medici, calibrando il numero di accesso programmato al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia sulla previsione dei futuri pensionamenti dei medici con orizzonte temporale di 10 anni: tale passaggio è fondamentale per evitare madornali errori di programmazione come quelli odierni e passati;
2. calcolare il numero di accessi alla formazione *post-lauream* sui laureati attesi nell'anno in corso: è necessa-

rio vincolare assieme questi due valori con una norma legislativa *ad hoc*, ovvero a ogni laureato deve corrispondere un accesso *post-lauream*; in questo caso l'imbuto formativo cesserebbe di essere alimentato e si auto-estinguerebbe;

3. calcolare il fabbisogno di nuovi specialisti per il SSN per singola specializzazione: attualmente sono presenti storture e numeri inspiegabili nella divisione dei contratti di specializzazione, con gravi carenze in alcune discipline e surplus in altre; tali problemi devono essere eliminati, legando il numero di nuovi contratti per singola specializzazione al reale fabbisogno sulla previsione dei pensionamenti a 4-5 anni e tenendo conto delle eventuali carenze già in essere.

Lo Stato dovrà fare la sua parte, e dovrà finanziare tanti contratti e borse di formazione *post-lauream* quanti sono i laureati attesi per l'anno in corso, con uno scarto aggiuntivo del 5% per compensare l'ineliminabile fenomeno delle borse perse.

Se tale *board* venisse istituito, i tristemente noti imbuto formativo e lavorativo sarebbero destinati a scomparire per sempre nel giro di pochi anni, decretando una delle vittorie più importanti del nostro SSN.

Sicuramente l'attuale implementazione degli accessi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, senza che sia accompagnata da una riforma sostanziale della condizione formativa e contrattuale del medico specializzando, non solo non ridurrà l'imbuto formativo, ormai endemico tra i nostri medici laureati, ma incrementerà la quantità di medici in attesa di entrare in un corso *post lauream*, perpetuando un percorso professionalizzante attualmente lacunoso. Senza una corretta programmazione e senza una revisione profonda della *mission* formativa del medico neo-laureato è a rischio il SSN, un sistema già agonizzante e martoriato da anni di sotto-finanziamento, i cui elementi di criticità sono stati stressati dall'epidemia Covid-19. Il cambio di paradigma richiesto è il passaggio dal considerare la sanità come una spesa al valorizzarla come risorsa, per il bene non solo dei medici e dei sanitari ma soprattutto della popolazione tutta. E coloro che ritarderanno questo nuovo corso per interesse o pavidità politica, porteranno addosso lo stigma della mancata riforma e dei mancati investimenti in un settore cruciale anche per lo sviluppo economico del Paese.

Le numerose innovazioni legislative e alcuni pronunciamenti della Corte di Cassazione richiedono una revisione della materia dell'età pensionabile dei dirigenti medici e sanitari. È il tentativo di questo lavoro chiuso sulla base delle conoscenze al 28 agosto 2020. Si è cercato inoltre di dare risposta ai principali quesiti pervenuti numerosi in queste settimane

70 anni e dintorni: il trattenimento in servizio

Premessa

Nel 2014, (articolo 1, comma 1, decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari") veniva abolito l'istituto del trattenimento in servizio disciplinato dall'articolo 16 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 503.

Con tale modifica dal 2014 il limite ordinamentale veniva fissato a 65 anni creando una discrepanza tra questo limite e il diritto alla pensione di vecchiaia che nel frattempo veniva elevato a 67 anni (peraltro con indicizzazione biennale tuttora vigente sulla base dell'aspettativa di vita) nonché in palese contrasto con l'orientamento tendente a prolungare ed incentivare la permanenza in servizio.

La permanenza in servizio fino al quarantesimo anno di servizio effettivo

Con l'articolo 22 della legge 4 novembre 2010 n. 183 ("Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro") veniva modificato il comma 1 dell'articolo 15-nonies del decreto legisla-



CARLO PALERMO
Segretario
Nazionale Anaa
Assomed



GIORGIO CAVALLERO
Vice Segretario
Vicario Anaa
Assomed

La presente circolare ha carattere meramente descrittivo, a prescindere dal giudizio dell'Associazione sulle disposizioni illustrate

tivo 30 dicembre 1992, n. 502 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421") estendendo il provvedimento a tutta la dirigenza sanitaria. A seguito di tale modifica pertanto il nuovo testo, tuttora vigente, dell'articolo 15-nonies comma 1 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recita come segue "Art. 15-nonies (Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali)

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti. È abrogata la legge 19 febbraio 1991, n. 50, fatto salvo il diritto a rimanere in servizio per coloro i quali hanno già ottenuto il beneficio....(omissis)".

Come è evidente da quanto sopra declinato, la norma dell'ultimo comma cassava definitivamente tutta la legge 50 del 1991 ("Disposizioni sul collocamento a riposo del personale medico dipendente") che consentiva la permanenza in servizio fino a 70 anni.

Imponente come si vede l'attività legi-

slativa sul differimento del personale apicale medico e sanitario con provvedimenti seriatim in quasi tutte le legislature, con le motivazioni più varie non ultima il raggiungimento del massimo della pensione un tempo legato ai quarant'anni di contribuzione ma che, con l'avvento del sistema contributivo che ha sostituito la tabella pensionistica del 1965, ha perso di significato.

Restare in servizio fino al quarantesimo anno di servizio effettivo in definitiva è sostanzialmente un diritto dei dirigenti sanitari purché venga richiesto prima del compimento del sessantacinquesimo anno.

In tal senso si è espressa anche la Corte di Cassazione Lavoro con sentenza n. 11008/2020, che ha fatto chiarezza sull'intreccio delle norme sul pensionamento dei dipendenti pubblici ed ha negato il beneficio all'interessato in difetto della domanda di trattenimento in servizio.

Quindi, nonostante i "boatos mediatici" intorno a questa Sentenza, la Cassazione non introduce alcuna novità a quanto da sempre raccomandato limitandosi a ribadire l'indispensabilità dell'istanza da effettuare prima del compimento del 65° anno; in caso contrario il diritto si trasforma in una facoltà dell'Ente. Solo se l'azienda riesce a dimostrare che la permanenza in servizio comporta un incremento del numero dei dirigenti la richiesta può essere negata ma questo comporta un contenzioso con responsabilità erariale dell'azienda in caso di soccombenza. Per

converso nessuna sanzione è in capo all'azienda a seguito dell'accoglimento della domanda.

Un ulteriore caso in cui l'Azienda potrebbe non concedere la permanenza fino al quarantesimo anno di servizio effettivo è il caso in cui a seguito di "ristrutturazione aziendale" un dirigente sanitario, superato il 65° anno di servizio, abbia maturato i requisiti per il pensionamento anticipato peraltro previsto dalla Legge Fornero.

Quanto sopra è previsto dall'articolo 72, c. 11 del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 (e sue successive modificazioni - ndr. articolo 1 comma 5 della legge 11 agosto 2014, n. 114 sopra richiamata), che recita "11. Con decisione motivata con riferimento alle esigenze organizzative e ai criteri di scelta applicati e senza pregiudizio per la funzionale erogazione dei servizi, le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, incluse le autorità indipendenti, possono, a decorrere dalla maturazione del requisito di anzianità contributiva per l'accesso al pensionamento, come rideterminato a decorrere dal 1° gennaio 2012 dall'articolo 24, commi 10 e 12, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, risolvere il rapporto di lavoro e il contratto individuale anche del personale dirigenziale, con un preavviso di sei mesi e comunque non prima del raggiungimento di un'età anagrafica che possa dare luogo a riduzione percentuale ai sensi del citato comma 10 dell'articolo 24. Le disposizioni del presente comma non si applicano al personale di magistratura, ai professori universitari e ai responsabili di struttura complessa del Servizio sanitario nazionale e si applicano, non prima del raggiungimento del sessantacinquesimo anno di età, ai dirigenti medici e del ruolo sanitario. Le medesime disposizioni del presente comma si applicano altresì ai soggetti che abbiano beneficiato dell'articolo 3, comma 57, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, e successive modificazioni." (n.d.r. - L'ultimo periodo si riferisce al diritto alla riassunzione del pubblico dipendente che sia stato sospeso dal servizio o dalla funzione e, comunque, dall'impiego o abbia chiesto di essere collocato anticipatamente in quiescenza a seguito di un procedimento penale conclusosi con sentenza definitiva di proscioglimento). **Da quanto sopra si deduce che occorre peraltro una delibera motivata correlata da criteri oggettivi (garan-**

“
Per servizio effettivo si intendono tutti i periodi lavorativi anche al di fuori della professione sanitaria compreso il militare di leva, ma con esclusione dei periodi riscattati per motivi di studio e aspettative

PENSIONI



zia di mantenimento dei servizi); tali criteri vanno applicati alla generalità dei dipendenti e non deve avere carattere discriminatorio, i requisiti pensionistici sono quelli della Legge Fornero, la norma quindi non è applicabile a quanti hanno maturato quota 100 o i requisiti per il pensionamento in cumulo o con l'opzione donna. In ogni caso non si applica ai direttori di struttura complessa, prima dei 65 anni e richiede un preavviso di almeno sei mesi. **Dalla nostra esperienza emerge che il mancato riconoscimento della permanenza in servizio fino al quarantesimo anno di servizio, anche per la carenza di medici che di per sé interdice il licenziamento, è una casistica rara** che richiede numerosi adempimenti preliminari e che espone l'amministrazione a elevati rischi risarcitori. In ogni caso non esistono impedimenti o sanzioni alla concessione dell'istanza. In passato sono state concordate dimissioni volontarie con l'erogazione da parte dell'azienda fino a 24 mensilità, procedura prevista dal CCNL. Tale pratica, censurata dalla Corte dei Conti, è diventata parimenti di rara applicazione. È dunque necessario inoltrare una domanda datata e firmata opportunamente protocollata o inviata per PEC o raccomandata A.R. nella quale si richiede la **permanenza in servizio fino al compimento del quarantesimo anno di servizio effettivo ai sensi dell'articolo 15-nonies comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502 come modificato dall'articolo 22 della legge 4 novembre 2010 n.183 (si allega fac-simile da adattare al caso concreto).**

Per servizio effettivo si intendono tutti i periodi lavorativi anche al di fuori della professione sanitaria compreso il militare di leva, ma con esclusione dei periodi riscattati per motivi di studio e aspettative. La rinuncia o l'interruzione dei riscatti finalizzati alla fruizione della norma per la permanenza in servizio sono pertanto un inutile menomazione di un beneficio che è irrilevante per l'accesso al mantenimento in servizio in quanto i riscatti sono ininfluenti con l'eccezione dei casi di ristrutturazione aziendale sopra citato. **La domanda comunque non pregiudica il diritto alla pensione che potrà essere richiesta con 90 giorni di preavviso anche anticipatamente rispetto alla proroga ottenuta.** Ovviamente, il lavoratore che ha ricevuto autorizzazione al trattenimento in servizio resta libero di dimettersi in base alle vigenti disposizioni contrattuali, dando un preavviso di 3 mesi che decorre dal primo o dal sedicesimo giorno di ciascun mese (cfr. art. 104 del



CCNL 2016-2018).

Per completezza, si aggiunge che la durata del preavviso si conta tenendo conto delle giornate di lavoro effettivo, quindi, tutte le ipotesi di sospensione della prestazione lavorativa con diritto alla conservazione del posto (ad esempio, malattia, ferie, congedi parentali, ecc.) ne sospendono il decorso senza penalizzazioni.

La circolare n. 2 della Funzione Pubblica del 19 febbraio 2015 costituisce una completa revisione della materia e fa il punto della situazione fino a quel momento.

La non licenziabilità per coloro che non hanno a disposizione l'assegno pensionistico

Coloro che non solo non hanno maturato il diritto ad alcuna pensione ma che non hanno a disposizione l'assegno pensionistico in continuità con lo stipendio, come opportunamente ribadito dall'ordinanza della Corte di Cassazione n. 13181 del 25 maggio 2018, possono restare in servizio fino al raggiungimento del diritto alla pensione entro il limite dei 70 anni. Tutto ciò è ribadito anche dall'art. 2, c. 5 del Decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni". In realtà la Corte Costituzionale con la sentenza n. 33 del 6 marzo 2013 e con la Sentenza n. 282 del 3 giugno 1991, aveva ribadito il diritto a restare in servizio fino al raggiungimento del requi-



sito minimo contributivo (comunque entro il limite dei 70 anni) per coloro in difetto dei requisiti. Infatti anche per la pensione di vecchiaia occorrono almeno 20 anni di contribuzione.

Le importanti novità del milleproroghe – legge 28 febbraio 2020, n. 8

La legge 28 febbraio 2020, n. 8 (*cosiddetto milleproroghe*), nel dare attuazione alla scheda n. 3 del Patto della Salute 2019-2021, introduce fino al 31 dicembre 2022, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e di fronteggiare la carenza dei medici specialisti, la possibilità per i soli medici di permanere in servizio anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo, comunque non oltre il settantesimo anno di età.

Premesso che il provvedimento riguarda **solo i medici** e non altre figure sanitarie e non sanitarie del SSN (si ritiene che anche i medici veterinari ne siano esclusi), **non si tratta di un diritto degli interessati ma una facoltà esclusiva e discrezionale dell'Ente che può ma non deve.**

Peraltra decade l'obbligo dell'azienda di licenziare al raggiungimento dei quaranta anni di servizio effettivo e delle relative sanzioni.

Fino a tutto il 2022 l'azienda può trattenere in servizio fino a 70 anni a condizione che bandisca il posto entro 6 mesi e che in caso di presa di servizio del nuovo assunto sospenda il trattenimento in servizio.

In pratica per i medici si restringe no-

tevolmente i casi in cui l'Azienda è obbligata a licenziare chi vuole restare in servizio fino a 70 anni di fatto limitata al caso in cui il sostituto prenda servizio in presenza di organico completo.

Le ulteriori deroghe in corso di emergenza covid

Durante il periodo di emergenza COVID vigente fino al 15 ottobre 2020, al momento in cui si scrive, anche chi ha superato il settantesimo anno di età può restare in servizio su autorizzazione dell'Azienda per tutto il periodo in cui persiste lo stato di emergenza.

Questa ulteriore deroga, inserita nel cosiddetto Decreto Cura Italia, è possibile solo se l'azienda dichiara l'impossibilità di procedere al reclutamento di personale, anche facendo ricorso agli incarichi previsti dagli articoli 2 bis e 2 ter (assunzione specializzandi, incarichi libero professionali e di lavoro autonomo).

Solo quindi nel caso in cui sia impossibile reperire qualunque tipologia di rapporto di lavoro e limitatamente al periodo di emergenza è possibile valicare il limite del settantesimo anno di età.

Peraltra, a differenza del milleproroghe, il dispositivo si applica non solo ai medici ma anche a tutti i dirigenti medici e sanitari e a tutto il personale sanitario e socio sanitario delle aziende a degli Enti del SSN.

Medici dipendenti in regime enpam

I medici transitati dalla medicina convenzionata alla dipendenza potevano optare per il mantenimento della contribuzione all'Enpam a norma dell'art. 6, comma 4, lett. b), del Decreto Legislativo 28 luglio 2000 n. 254.

Di questo status occorre tener conto per gli aspetti previdenziali e di permanenza in servizio.

La pensione di vecchiaia è a 68 anni (tabella A regolamento fondo medicina generale cui appartengono i transitati con opzione per la persistenza della contribuzione Enpam).

La pensione anticipata è possibile con 30 anni di laurea più 35 anni di contributi e 62 anni oppure 30 anni di laurea e 42 anni di contribuzione, ma con penalizzazioni previste rispetto ai 68 anni (tabella E regolamento fondo medicina generale) si va da -20,83% a 62 anni a -4,15% a 67 anni; **è indispensabile per non incorrere nelle penalizzazioni una dichiarazione della Asl in cui si certifica che l'interessato non può permanere in servizio.**

Enpam Regolamento fondo medicina convenzionata ed accreditata

Art. 27 Requisiti pensione di vecchiaia comma 2 - Per gli iscritti transitati alla dipendenza, il trattamento ordinario di vecchiaia compete al professionista che:

- abbia cessato il rapporto di impiego e non abbia ripreso senza soluzione di continuità l'attività professionale di cui al precedente art. 2;
- abbia compiuto l'età anagrafica indicata pro tempore.

All'iscritto che, in base alla normativa vigente per i dirigenti medici e del ruolo sanitario del SSN, **non possa permanere in servizio fino al raggiungimento del requisito anagrafico pro tempore vigente di cui alla Tabella A, spetta, alla cessazione del rapporto di impiego, il trattamento ordinario determinato senza l'applicazione dei coefficienti di adeguamento all'aspettativa di vita** (estratto tabella E età e penalizzazioni senza rateo mensile: 62 -20,83% 63 -17,94% 64 -14,84% 65 -11,54% 66 -7,98% 67 -4,15%).

In definitiva la permanenza in servizio è possibile sia fino ai 40 anni di servizio effettivo sia con le normative previste per i dipendenti. Sul piano previdenziale sono inevitabili le specifiche penalizzazioni per uscite anticipate in particolare per uscite prima del limite ordinamentale dei 65 anni.

Conclusioni

In ogni caso in futuro i 40 anni di servizio effettivo coincideranno con i 70 anni in quanto è praticamente impossibile (salvo casi particolari quali anticipo scolastico, tempo determinato prima della specializzazione, studenti lavoratori, sovrapposizione di attività lavorative, lauree estere) **avere 40 anni di servizio effettivo** (i riscatti e i cumuli non contano) **prima dei 70 anni essendo l'inizio del servizio effettivo successivo al conseguimento della laurea e della specializzazione e pertanto molto raramente anteriore al compimento del 30° anno di età.**

Da ricordare:

- Nessuno può essere licenziato prima dei 70 anni se non ha la disponibilità della pensione.
- Nessun dirigente può essere licenziato prima dei 65 anni.
- Nessuno dirigente sanitario può essere licenziato prima dei 40 anni di servizio se ha fatto domanda prima del 65° anno (tale assunto è assoluto per i dirigenti di struttura complessa mentre è oggetto di qualche controversia per gli altri sanitari).
- Con l'assenso dell'Ente sono numerose le possibilità di permanere volontariamente in servizio fino a 70 anni.

Riferimenti e allegati sono disponibili sul sito www.anaao.it

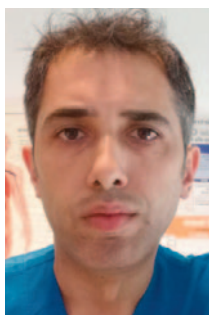


PENSIONI

I contratti per i giovani medici al tempo del Covid

Report del webinar realizzato dal Settore Anaao Giovani

Il recente webinar promosso da Anaao Giovani ha approfondito il fiorire dei contratti per i giovani medici al tempo del Covid-19. Al webinar, coordinato da Alessandro Conte, Vice Responsabile Nazionale Anaao Giovani, hanno partecipato Giorgio Cavallero, Vice Segretario Nazionale Vicario Anaao, e Francesco Maria Mantovani, Avvocato e Consulente Legale Anaao, i quali hanno risposto ad alcune domande, prendendo spunto da richieste di approfondimento su un modulo survey monkey aperto alcuni giorni prima e su domande in diretta facebook



A cura di
VINCENZO COSENTINI
Responsabile
Anaao Giovani
Veneto

L'Avvocato Mantovani ha risposto, alla domanda di uno specializzando di Malattie Infettive del IV° anno assunto con un contratto co.co.co presso un' U.O. di Malattie Infettive Covid in cui lo stesso era in formazione esterna e che chiedeva se fosse lecito fare guardie e consulenze senza affiancamento del tutor e se tale scenario potesse rimanere tale anche in caso di trasformazione del reparto in non Covid: la legge prevede che il medico assunto con questa tipologia di contratto, ancorché non abbia concluso il periodo di formazione specialistica, debba svolgere tutte le incombenze che rientrano nel livello di capacità raggiunto, ovvero secondo quella formula in base alla quale tutta l'attività ordinaria generale dovrebbe rientrare nella competenza del medico assunto con questa tipologia di contratto. Questi contratti co.co.co. non prevedono l'autonomia vincolata nell'ambito della direttiva e delle indicazioni del tutor, bensì l'autonomia ordinaria propria di tutti i sanitari, con incombenze che possono essere le più svariate.

Uno specializzando di Pneumologia del III° anno chiedeva se, nell'ambito della riduzione delle liste d'attesa bloccate nel periodo Covid, potesse eseguire visite specialistiche senza la controfirma e la presenza del tutor. L'avvocato ha ribadito che, sebbene l'utente finale (il

paziente) abbia il diritto di decidere se fruire o meno della prestazione di un medico in formazione, c'è comunque un'autonomia vincolante (art. 38 comma 3 della 368 del '99) secondo la quale non è detto che senza un tutor non lo si possa fare ma va valutata comunque la prassi delle singole scuole di specializzazione.

Il Dott. Cavallero ha risposto alla domanda di uno specializzando che, avendo contratto il Covid, chiedeva quali coperture avesse. Gli è stato risposto che, in quanto specializzando è coperto dall'INAIL, la quale prevede un indennizzo nel caso in cui si presentino lesioni > del 5% della funzionalità generale (nel caso in questione quella respiratoria). Se lo specializzando ha un contratto di lavoro a tempo determinato (subordinato) ci sono anche le garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro. Diversamente, le prestazioni di uno specializzando fornite in modalità libero professionale non sono coperte dall'INAIL.

Un dirigente medico con contratto a tempo determinato ha posto il quesito in merito ai concorsi: se il vincitore di un concorso a tempo indeterminato rifiuta la sede alla quale è stato assegnato e per quale non ha mai espresso la preferenza può rimanere nella graduatoria per la seconda chiamata, almeno

quella a tempo determinato? L'avvocato Mantovani ha risposto che se è un concorso bandito per l'assunzione a tempo indeterminato ed il candidato idoneo inserito in graduatoria (non il vincitore) viene chiamato per l'assunzione a tempo indeterminato dall'azienda che ha bandito il concorso decade dalla graduatoria; se viene chiamato a tempo determinato o da un'azienda diversa da quella che ha bandito il concorso rimane in graduatoria. Chiaramente non si può assumere a tempo indeterminato da una graduatoria per un tempo determinato.

Infine sono state fornite pillole di previdenza dove è stato spiegato, che il rapporto di lavoro co.co.co. è un rapporto di lavoro parasubordinato con una sua cassa con gestione separata INPS con copertura assicurativa minima. Il medico in formazione specialistica è soggetto al cumulo, ovvero l'anzianità, qualunque cosa si faccia, è coperta sia dalla scuola di specializzazione che dall'iscrizione all'albo; per i contributi, invece, questi sono diversi da lavoratore a lavoratore: per i borsisti delle scuole di specializzazione provvede l'Università, per i medici con contratto a tempo determinato o per i parasubordinati provvede il datore di lavoro, in caso di contratto di lavoro autonomo bisogna interfacciarsi con l'Enpam.



Strategia di contrasto alla
pandemia da SARS-CoV-2

Il 16 luglio 2020, è stato approvato il decreto "Rilancio", conversione in legge del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19

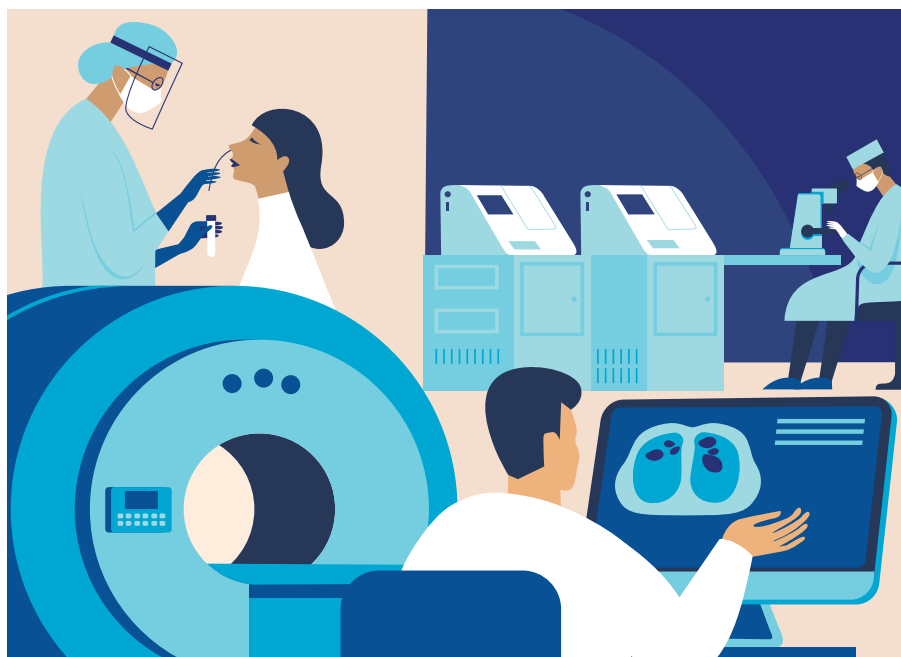
L'importanza della rete regionale dei Laboratori di Microbiologia e Virologia in termini di qualità e sicurezza

Nel testo approvato viene riconosciuto per la prima volta in legge ordinaria, il ruolo della rete dei laboratori di Microbiologia e Virologia nella strategia di contrasto alla pandemia. Il testo recita "le regioni e le province autonome costituiscono le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, individuandoli tra i laboratori dotati di idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche del personale addetto, a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica... Le regioni e le province autonome... identificano un laboratorio pubblico di riferimento regionale che opera in collegamento con l'Istituto superiore di sanità e individua, con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accreditamento, i laboratori pubblici e privati operanti nel territorio di riferimento, in possesso dei requisiti prescritti".

La necessità di riconoscere formalmente le reti dei laboratori ai quali viene demandata la diagnosi molecolare di COVID-19 risiede nell'importanza e nella imprescindibilità dei compiti specialistici svolti dai laboratori nel contesto del piano di contrasto alla diffusione dell'epidemia.

I laboratori specialistici che costituiscono la rete devono agire come un unicum, garantendo alla regione che il proprio operato sia conforme agli standard più elevati possibili, per assicurare unitarietà e completezza di risposta continuativa e tempestiva con copertura territoriale e temporale completa.

Una funzione fondamentale della rete è l'assistenza ed il mutuo supporto continuo, non solo nella fase di implementazione, ma anche nel funzionamento quotidiano, sia per fronteggiare eventuali picchi di richieste che per subentrare nell'attività in caso di problematiche che riguardano componenti singoli della rete; l'accoglienza continua di campioni



senza interruzione, la redistribuzione delle afferenze in caso di variazioni o necessità contingenti, la identificazione e segnalazione tempestiva di eventi sentinella in un sistema di rete consente di prevenire anomalie nel sistema regionale di risposta e di fronteggiare situazioni emergenziali.

Una rete coordinata di laboratori, con funzioni disciplinari non delegabili, ha anche una funzione fortemente proattiva ed educativa nei confronti della implementazione dell'appropriatezza della richiesta e delle corrette modalità di raccolta del campione e richiede una formazione specialistica dedicata ed un approccio professionale specifico.

In tal senso andranno potenziate le scuole di specializzazione di microbiologia e ripristinati i servizi autonomi in parte disattivati ed in parte accorpati ad altre discipline nelle complesse fasi dei piani di riordino regionale degli anni trascorsi. La funzione essenziale del coordinamento nelle reti specialistiche è quella di standardizzare i protocolli e le modalità di interpretazione dei risultati me-

diane la diffusione di materiali di riferimento, l'utilizzo di controlli di qualità e la condivisione delle esperienze acquisite.

Inoltre il laboratorio coordinatore della rete attua il monitoraggio continuo dell'andamento delle attività, tramite un cruscotto di monitoraggio basato su:

- carico di lavoro
- qualità delle prestazioni
- continuità delle attività lungo l'arco diurno e settimanale
- completezza e tempestività della trasmissione dei dati alla piattaforma informativa del sistema di sorveglianza regionale
- proattività nel favorire l'assolvimento dei compiti della rete
- risposta ad eventuali richieste di redistribuzione temporanea di quote di attività fra i laboratori della rete
- risposta tempestiva alle richieste di fornire al laboratorio di riferimento feedback e campioni per conferma, a seguito delle segnalazioni da parte del sistema di sorveglianza

Il concetto di condividere al meglio ogni



MARIA ROSARIA CAPOBIANCHI
Laboratorio di Virologia, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" IRCCS, Roma



ALBERTO SPANÒ
Responsabile Nazionale Settore Dirigenza Sanitaria Anaao Assomed

risorsa disponibile per le attività di Laboratorio (**Shared Resource Laboratory**), rappresenta il miglior modello organizzativo e gestionale per assicurare una adeguata formazione di personale altamente specializzato e per disporre di strumentazione tecnologica avanzata al fine di garantire la migliore qualità assistenziale. Il modello delle reti di laboratorio è largamente adottato in tutto il mondo (1-3). L'OMS e l'ECDC, in particolare, fondano la gestione della risposta alle epidemie su network di laboratori (4-6). In Italia vi sono in realtà reti di laboratori coordinate a livello nazionale per tutte le principali infezioni che possono dare luogo ad epidemie (es. influenza e morbillo) e che richiedono sistemi di sorveglianza molto avanzati e con una forte componente laboratoristica (7-8).

Nella guida del WHO i concetti sopracitati sono così riassunti:

Mechanisms for strengthening laboratory networks

- improved quality assurance through accreditation & proficiency testing programmes implementation of validated, standard laboratory procedures
- provision of training for laboratory personnel
- provision of supplies and equipment
- linking of laboratory data and activities to surveillance
- promotion of national self-sufficiency and sustainability of laboratory services

La rete di laboratori per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 (CoroNET-Lazio), coordinata dal Laboratorio di riferimento regionale presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani", è stata formalmente istituita dalla Regione Lazio fin dalle prime fasi dell'epidemia. A partire dall'istituzione della rete, vi è stato un progressivo aumento del carico di lavoro, al quale la rete ha fatto fronte con la sua progressiva espansione, fino a raggiungere il numero attuale di 20 laboratori. Il reclutamento dei laboratori nella rete è avvenuto a seguito di un programma predefinito di qualificazione, basato sull'esecuzione di un proficiency test prodotto e distribuito dal laboratorio coordinatore della rete a tutti i neo-adepti prima della loro ammissione nella rete CoroNET-Lazio. I sistemi utilizzati dai laboratori della rete sono riconducibili a due modelli organizzativi: **sistemi composti**, in cui vengono acquisiti separatamente i reattivi per l'estrazione e quelli per l'amplificazione, e **sistemi stand alone**, in cui la stessa ditta produce kit contenenti la parte dedicata all'estrazione

e la parte dedicata all'amplificazione. In molti casi i kit stand alone sono caratterizzati da maggiore automazione e semplicità di uso. Inoltre, i sistemi si possono ricondurre a due tipologie di utilizzo: sistemi dedicati ai **test urgenti**, più rapidi e di utilizzo semplificato, capaci di produrre pochi risultati ma in tempi brevi; sistemi dedicati ai **test di routine**, caratterizzati da tempi più lunghi di produzione dei risultati, ma compatibili con elevata processività e, spesso, elevata automazione. In molti laboratori sono presenti più piattaforme per gestire al meglio la tempistica di esecuzione dei test in base alla classificazione come urgente o routinario. La rete CoroNET-Lazio è un esempio del valore aggiunto offerto da un sistema strutturato di gestione delle attività diagnostiche in risposta ad un evento straordinario. In tale contesto viene assicurata non solo uniformità dello standard di qualità delle prestazioni, ma anche flessibilità e capacità di assorbire variazioni e picchi di attività, così da garantire anche la continuità della diagnostica e della sorveglianza di laboratorio, con tempi di risposta graduati in base alle esigenze (test urgenti vs test routinari). Le attività dei laboratori sono uno strumento fondamentale per il sistema di sorveglianza, e la connessione fra i due settori è possibile solo se è strutturata. Così la rete diventa lo strumento per consentire l'interscambio sistematico fra laboratori e sistema di sorveglianza, in modo da evidenziare in anticipo variazioni dei parametri dell'epidemia in base agli indicatori forniti dal cruscotto di moni-

“
La rete CoroNET-Lazio è un esempio del valore aggiunto offerto da un sistema strutturato di gestione delle attività diagnostiche in risposta ad un evento straordinario

toraggio. In altri termini, la gestione coordinata delle attività diagnostiche all'interno della rete fornisce informazioni per la definizione delle priorità, la pianificazione, l'attuazione e l'allocatione delle risorse per la valutazione dei programmi di prevenzione e delle misure di controllo.

Bibliografia di riferimento

1. APHL Core Functions Revision Workgroup. The core functions of public health laboratories. 2014, Association of Public Health Laboratories.
2. Kirka CJ and Shult PA A Practical Guide and Application. Public Health Reports 2010, 125, 102-109.
3. Onyebujoh PC, et al. Integrating laboratory networks, surveillance systems and public health institutes in Africa. Afr J Lab Med. 2016;5(3), a431. <http://dx.doi.org/10.4102/ajlm.v5i3.431>
4. WHO, Laboratory network, Disease surveillance and Burden (disponibile al sito: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/laboratory/en/ ultimo accesso 19/06/2020)
5. ECDC, Laboratory networking, EU Laboratory cooperation (disponibile al sito: https://ec.europa.eu/health/communicable_diseases/labs/networking_en ultimo accesso 19/06/2020)
6. Emerging viral diseases laboratory network (disponibile al sito: <https://EVD-LabNet.eu>, ultimo accesso 19/06/2020)
7. Rete nazionale dei laboratori di riferimento per il morbillo e la rosolia (disponibile al sito: <https://moronetlab.it> ultimo accesso 19/06/2020)
8. Influnet-sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza (disponibile al sito: <https://www.epicentro.iss.it/influenza/influnet>, ultimo accesso 19/06/2020)

Legge 17 luglio 2020, n. 77 articolo 1 comma 1bis, 1ter, 1quater

Modificazioni apportate in sede di conversione al decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34

All'articolo 1: dopo il comma 1 sono inseriti i seguenti:

«**1-BIS.** Ai fini di cui al comma 1, le regioni e le province autonome costituiscono le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, individuandoli tra i laboratori dotati di idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche del personale addetto, a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica. A tale scopo, le regioni e le province autonome, sulla base delle indicazioni tecniche fornite dal Ministero della Salute, identificano un laboratorio pubblico di riferimento regionale che opera in collegamento con l'Istituto superiore di sanità e individua, con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accreditamento, i laboratori pubblici e privati operanti nel territorio di riferimento, in possesso dei requisiti prescritti.

1-TER. I laboratori di microbiologia individuati dal laboratorio pubblico di riferimento regionale ai sensi del comma 1-bis hanno l'obbligo di trasmettere i referti positivi dei test molecolari per infezione da SARS-CoV-2 al dipartimento di prevenzione

territorialmente competente. Le regioni e le province autonome, ricevuti i dati relativi ai casi positivi in tal modo riscontrati, li trasmettono all'Istituto superiore di sanità, mediante la piattaforma istituita ai fini della sorveglianza integrata del COVID-19, ai sensi dell'articolo 1 dell'ordinanza del capo del Dipartimento della protezione civile 27 febbraio 2020, n. 640. Per la comunicazione dei dati di cui al presente comma sono adottate adeguate misure tecniche e organizzative idonee a tutelare la riservatezza dei dati stessi.

1-QUATER. L'Istituto superiore di sanità, le regioni e le province autonome provvedono agli adempimenti di cui ai commi 1-bis e 1-ter con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente; al comma 2, le parole: «dell'isolamento contagiati» sono sostituite dalle seguenti: «dell'isolamento delle persone contagiate»; al comma 4, primo periodo, dopo le parole: «emergenza in corso,» sono inserite le seguenti: «qualora non lo abbiano già fatto,», la parola: «quarantenati» è sostituita dalle seguenti: «sottoposti a quarantena» e la parola: «cronici» è sostituita dalle seguenti: «affetti da malattie croniche»;

Rinnovo dei Consigli Direttivi degli Ordini Territoriali

Elezione del Comitato Centrale della FNOMCeO

Se non ora, quando?

Così recita un vecchio ed abusato slogan movimentista, ma forse può tornarci ancora utile in questa fase storica di grandi rischi e grandi opportunità, per sollecitare, soprattutto l'impegno e la partecipazione di tutti anche alla vita dei nostri ordini, per rafforzarne il prestigio e l'autorevolezza che non appartengono a chi ha vinto la contesa elettorale ma a tutta la professione

Siamo prossimi alle tornate elettorali per il rinnovo dei Consigli Direttivi degli Ordini Territoriali che precede l'elezione del Comitato Centrale della FNOMCeO e sinceramente auspico che, la mia narrazione possa aiutare a cogliere la rilevanza di tali scadenze, notoriamente poco considerate dai nostri colleghi in particolare dai medici dipendenti.

Proverei a riassumere quell'esperienza, durata quindici anni, in alcune riflessioni di carattere generale, declinerò nei contesti attuali che la pandemia da Covid 19 ha reso tanto drammatici quanto gravidi di cambiamenti impensabili solo un anno fa.

Quando nel 2000 cominciai questa esperienza avevo alle spalle un lunga attività sindacale culminata nella partecipazione alla segreteria nazionale dell'Anaa Assomed, strutturando una visione di sanità pubblica non retorica né ideologica, ma concretamente radicata nell'idea che il destino professionale etico, civile e sociale della nostra categoria di medici dipendenti pubblici fosse indissolubilmente legato a quello di un SSN, fondato sull'art. 32 della nostra Costituzione, finanziato cioè dalla fiscalità generale, universalistico, equo e solidale.

Eletto Presidente dell'OMCeO di Torino (allora il quarto Ordine italiano per numero di iscritti) e dopo pochi mesi catapultato nel Comitato Centrale della FNOMCeO, mi resi conto che occorre nuovi e diversi occhi per cogliere la complessità della professione nella sua interezza non solo per la frammentazione categoriale in ragione dei rapporti di lavoro o per appartenenze a branche specialistiche, ma anche per le molteplici diversità culturali, sensibilità etiche, vocazioni sociali, interessi economici, che trasversalmente l'attraversavano.

Il passaggio culturale per me più difficile è stato quello di acquisire compiutamente il significato del nostro Codice di Deontologia, naturalmente visto dalla parte di chi ha l'onere di farlo conoscere e rispettare dagli iscritti, di applicarlo nei procedimenti disciplinari, di trasferirne gli assunti nelle posizioni ufficiali su questioni delicate ed altamente sensibili a cominciare da quelle bioetiche, di adeguarlo quando palesemente insufficiente ai cambi di contesto, tenendo ben saldi i principi di etica medica.

Le due revisioni del Codice Deontologico (2006 e 2014) avvenute nel corso della mia presidenza FNOMCeO testimoniano questo costante lavoro sulla Deontologia, che ricordo come intenso, durissimo, per la scelta di operare in trasparen-

za e responsabilità che ci portava ad affrontare le questioni più spinose in convegni pubblici, meetings, seminari, tutti aperti e partecipati da esperienze e competenze estranee alla professione. Grazie alla tenacia e alla passione di un amico fraterno scomparso, Luigi Conte, poi divenuto Segretario della FNOMCeO, gli atti di quell'immenso cantiere di conoscenze, competenze ed esperienze di più discipline scientifiche e umanistiche, della politica, delle istituzioni, della società civile sono stati raccolti e pubblicati in circa 24 volumi della Rivista "La Professione".

Insufficienze ed inadeguatezze del codice vigente sono manifeste, il cantiere è sempre aperto, non potrebbe essere altrimenti ed è importante che resti un'arena formidabile dove tutti possono legittimamente contendere con le proprie visioni, le proprie culture, dove le critiche vanno ascoltate con animo sgombro da pregiudizi, e rispettate le diversità di pensiero.

Lo scopo ultimo di questa sottolineatura è solo quello di raccomandarvi interesse e partecipazione nelle scelte deontologiche non sono questioni da addetti ai lavori né servizi disponibili "chiavi in mano", ma assunzioni di responsabilità tecnico scientifiche, etiche, civili e sociali agite in quella autonomia della professione, che il complesso dell'ordinamento vigente a cominciare dalla Costituzione, già oggi garantisce.

Ho così imparato a vivere l'istituzione ordinistica come il tempo e il luogo dove le tante e spesso conflittuali diversità professionali possono e devono trovare ragioni comuni e "comunità



AMEDEO BIANCO
già Senatore
e Presidente
Fnomceo dal 2006
al 2015

Stralcio dell'editoriale pubblicato su AN@AONLINE il Mensile dell'Anaa Assomed Emilia Romagna

Se non ora, quando?

professionale”. Comunità significa innanzitutto riconoscersi e rispettarsi in valori condivisi, essere responsabili e consapevoli, del proprio mandato tecnico scientifico, civile, etico e sociale per ribadire identità e ruoli professionali nei processi che incessantemente cambiano i molteplici contesti dell’esercizio professionale.

In questi scenari mutevoli e critici, l’ordine professionale ha il difficile compito di indicare il filo di Arianna lungo il quale possa compiutamente esprimersi la mission del nostro esercizio professionale: tutelare con efficacia e sicurezza la salute del singolo e nell’interesse della comunità, perseguendo il bene della persona assistita con giustizia ed equità, salvaguardando l’autonomia, la libertà e la responsabilità del medico nel rispetto dell’autonomia, libertà e responsabilità delle persone assistite.

La quotidianità non farà mai mancare le “piccole questioni” che spesso sono complicate da risolvere ma che non vanno sottovalutate.

Ma le “grandi questioni” richiedono uno sforzo ideativo e partecipativo di ben altra portata, impegnano l’istituzione professionale su scenari che intercettano la complessità della nostra società e del nostro sistema paese, non mi permetto di elencarle, neppure sotto forma di rubrica perché sono già da tempo al centro di vaste e vivaci discussioni. Credo sia invece opportuno sottolineare come gli effetti della pandemia da Covid-19 da una parte abbiano confermato la fondatezza delle tante questioni che hanno determinato e mantenuto nel tempo un diffuso malessere professionale (non solo dei medici!) e dall’altra imposto la necessità e l’urgenza di affrontarle nella prospettiva nuova di un profondo ripensamento di alcuni paradigmi, fino ad ora considerati i confini estremi del mondo conosciuto o quantomeno di

“
Emerge oggi la necessità di impegnare la nostra professione, nella ricostruzione di un ambiente “politico, sociale e culturale nel quale la tutela della salute ritorni ad essere considerata produzione di ricchezza collettiva

quello possibile. Nel lungo lockdown ha retto la cultura civile delle comunità rappresentato dalla osservanza delle regole di distanziamento sociale, dal confinamento domiciliare di bambini, giovani e anziani che per lunghe settimane ha riempito di sconosciuti silenzi gli abituali luoghi di vita sociale.

Ha retto, nelle prime e più aggressive fasi, il lavoro di quanti sono rimasti nelle trincee dei servizi essenziali, tra questi in prima fila, sovraesposti, medici, infermieri, professionisti sanitari.

L’opinione pubblica ha capito quanti e quali durissimi prezzi i professionisti sanitari e l’intera collettività hanno pagato all’abuso negli anni recenti di restrittive politiche di finanziamento pubblico del SSN che praticate secondo logiche lineari, in sottosistemi diseguali, hanno divaricato storiche diseguaglianze di salute e benessere aggiungendone nuove.

Nel dibattito pubblico è finalmente uscita dalla stretta cerchia degli addetti ai lavori la miope ma pervicace strategia di riduzione della spesa per il personale del SSN praticata da oltre dieci anni e che, da sola, ha sostenuto nel tempo gran parte delle riduzioni di spesa dell’intero sistema.

Gli effetti di tali politiche sono state regressive sullo sviluppo di innovativi e più efficaci modelli di cura ed assistenza multi-specialistici e multi professionali, motivando processi di decapitalizzazione e di deprofessionalizzazione del lavoro professionale nella sanità pubblica che ha perso capacità di attrazione.

Il lavoro nella sanità pubblica è sempre meno ambito dai “giovani” e più “fortunati” trentenni usciti da un lungo e frugale percorso formativo post laurea universitario, molti concorsi pubblici non coprono i fabbisogni, esportiamo specialisti di cui avremmo invece bisogno il clima organizzativo negli ospedali è considerato opprimente e comunque non compensato da adeguata remunerazione. Restano a fatica i meno giovani (l’età media dei medici dipendenti del SSN è circa 54 anni!) con segnali sempre più marcati di fuga verso la pensione anticipata e le dimissioni; sono stanchi, demotivati, delusi.

Queste insolite crepe nella compliance dei sistemi professionali rispetto alla sanità pubblica deve considerarsi un serio allarme perché indicatori del logoramento di quel patto sociale che nel SSN deve tenere insieme, in una logica di sviluppo continuo, le legittime aspirazioni dei professionisti e gli interessi della collettività. A tutto questo si è aggiunta la vistosa inadeguatezza della frammentazione istituzionale delle funzioni di governo del sistema che la gestione dell’emergenza, ha faticato praticare come unitaria e in capo al Governo Nazionale; la disinvoltata ingegneria organizzativa e gestionale dei servizi ospedalieri, territoriali, delle RSA che, anche in aree di assoluto prestigio della sanità pubblica e privata, ha spalancato praterie alla diffusione del virus; alla impreparazione e improvvisazione di catene di comando troppo verticali ma soprattutto poco resilienti ai cambiamenti repentini di scenario epidemiologico.

“Andrà tutto bene”; si ascoltavano e si leggevano queste parole su striscioni, su manifesti, nei canti che i social e i media trasferivano in ogni casa, sono state le bandiere della resistenza e della voglia di riscatto e questo patrimonio di civismo di tutta la comunità, di dedizione professionale e deontologica dei professionisti sanitari, non merita una frettolosa ricomposizione dei tanti cocci disseminati sul terreno, affinché tutto cambi perché nulla cambi.

Così come avvenne nella straordinaria stagione delle grandi riforme in ambito sanitario del 1978 emerge oggi la necessità di impegnare la nostra professione, le nostre rappresentanze, i nostri ordini nella ricostruzione di un ambiente “politico, sociale e culturale nel quale la tutela della salute ritorni ad essere considerata produzione di ricchezza collettiva.

La sanità pubblica, equa, solidale ed universalistica produce e non consuma ricchezza; questo è uno dei «salti di paradigma» che questa tempesta impone e che rovescia l’ordine dei fattori della preesistente normalità economica e finanziaria: per lo sviluppo dell’economia occorre prevedere risorse idonee a tutelare efficacemente la salute individuale e collettiva e non viceversa, condizionando cioè ad altre ragioni dell’economia e della finanza pubblica quelle di una sanità efficace, universalistica, equa e solidale.

Ne consegue il passaggio dalla politica imperante delle spese predeterminate (quante risorse attribuire al SSN in ragione delle esigenze del bilancio pubblico e quindi quanta e quale tutela è possibile garantire) a quella dei costi, qualificati e quantificati per specifiche funzioni e obiettivi misurabili di salute individuale e collettiva (quanta e quale tutela è invece necessario garantire),

La misura dei costi orienta la misura delle spese ma questo rovesciamento dell’ordine dei fattori necessita di profondi cambiamenti di contesto culturali, politici, legislativi finalizzati a ridefinire fonti, forme, contenuti e allocazione delle risorse pubbliche al SSN e del suo riparto regionale, nonché ruoli e funzioni di quelle private; a ridisegnare la governance istituzionale del sistema che, nel rispetto costituzionale delle autonomie ordinarie e speciali, garantisca l’effettiva unita-

“

Riformare la nostra sanità pubblica significa “saltare” quei paradigmi che presidiano nodi strategici del sistema, saldamente radicati in interessi politici, economici e istituzionali, supportate da culture che temono i cambiamenti

rietà ed integrità della tutela su tutto il territorio nazionale, in condizioni ordinarie e più che mai nell'emergenza; a superare ciò che rimane delle attuali Aziende Sanitarie per nuovi assetti giuridici delle organizzazioni sanitarie e dello stesso personale nei quali la gestione possa e debba operare un adeguato bilanciamento tra il mero controllo dei costi dei fattori produttivi e il conseguimento degli obiettivi di salute,

Il lavoro o meglio una nuova idea di lavoro, deve tornare a contare nelle organizzazioni sanitarie; come insegna l'economia di mercato soggetta a fallimenti, nelle attività produttive ad alto valore aggiunto, come la nostra sanità pubblica, le risorse professionali non vanno rese anonime macchine di produzione ma ingaggiate nelle mission, attribuendo ruoli nei processi decisionali, riconoscendo adeguato valore economico alla quantità e qualità dei lavori svolti, favorendo la crescita dei saperi e delle competenze, rispettando i valori deontologici di riferimento, liberando e non comprimendo gli spazi di autonoma e responsabile gestione delle singole capacità, competenze e attitudini a creare modelli operativi agili, facilmente adattabili ai repentini cambi di contesto molto frequenti nella complessa impresa di adeguare la risposta ai bisogni di salute di ciascuna persona e nella tutela della salute collettiva.

È un compito impegnativo quello che attende i nuovi gruppi dirigenti degli Ordini, una stagione di grandi cambiamenti può spalancarsi nell'immediato futuro della nostra sanità ma non c'è molto tempo perché il Piano Nazionale di ripresa e resilienza che darà accesso al programma europeo di finanziamenti (Recovery and Resilience Facility) stimati, nel triennio 2021-2023, in 63,8 Mld di sussidi e 127,6 Mld di prestiti, dovrà essere presentato entro Aprile 2021 alla Commissione Europea.

Il Piano Nazionale dell'Italia come si evince dalle Linee Guida inviate al Parlamento dal Presidente Conte sarà articolato in sette missioni (la settima è la salute) e cluster di progetti specifici ovvero articolazioni specifiche delle missioni. Non sappiamo ancora quante saranno le risorse attribuite alla settima missione, né se si farà ricorso al nuovo MES (circa 36,5 Mld) che personalmente ritengo debba essere richiesto, ma, pur nell'incertezza dei numeri possiamo ritenere che se si ha davvero intenzione di cambiare la sanità pubblica questa volta lo si può fare investendo ingenti risorse e non lesinandole al sistema.

Se sono fondate, anche solo in parte, le riflessioni sopra esposte, occorre muoversi in fretta, anche gli ordini sono chiamati a farlo affinché il tutto non si riduca a giustapporre rimedi a difetti strutturali che restano latenti nel sistema e con i quali si dovrà tornare a fare i conti.

Intendiamoci: è giusto e assolutamente necessario investire risorse, per vaccini, terapie innovative anti Covid-19, per la sorveglianza epidemiologica mediante tamponi e test sierologici, per l'acquisizione e stoccaggio di adeguate quantità di efficaci DPI, per digitalizzare con reti diffuse e veloci il sistema sanitario, per potenziare la telemedicina, per applicare l'IA nella gestione dei dati, per mettere in sicurezza gli ospedali rendendoli più ospitali e adeguati a sostenere l'impatto di eventi calamitosi di qualunque natura, per ammodernare le tecnologie diagnostiche e terapeutiche, per rilanciare la ricerca sanitaria pubblica, per qualificare ed inserire nel mercato del lavoro le migliaia di professionisti rimasti prigionieri nell'imbuto formativo, per riorganizzare in reti funzionali coordinate dai distretti, il

sistema delle cure primarie incentivando modelli operativi integrati, potenziando la domiciliarità, le case famiglia, le strutture protette di cure intermedie, per aumentare e migliorare la qualità dell'offerta di RSA pubbliche. Ma dobbiamo porci e porre con forza, anche come ordini, qualche domanda ad esempio le assunzioni di nuovo personale comprese quelle già avviate nella fase emergenziale, la ricapitalizzazione (migliori retribuzioni e carichi di lavoro) e la riprofessionalizzazione (ruoli, autonomia professionale, carriere, formazione, sburocratizzazione) di tutto il lavoro professionale attraverso immediati rinnovi di contratti e convenzioni (già scaduti), comportano costi strutturali cioè nel lungo periodo che dovranno essere finanziati dal bilancio pubblico in grave sofferenza per il brusco calo del PIL nel 2020 stimato in un -10% e un rimbalzo nel 2021 previsto intorno al +5, %.

Il rischio è che il tema di questo lavoro nella sanità pubblica, sebbene ancorato a modelli operativi in ritardo sui contesti, e ostaggio di autoritarie ed improprie interpretazioni dello stato giuridico di riferimento, scivoli in basso nell'agenda della priorità o non venga affrontato con l'adeguatezza e la forza che è legittimo attendersi e doveroso esercitare.

Una seconda domanda riguarda l'interrogativo se tutte queste azioni, sebbene di straordinaria rilevanza civile e sociale, davvero colgono le opportunità di mettere in sicurezza il SSN, qualora non si pongano all'interno di un coraggioso processo riformatore che affronti e finalmente superi i deficit strutturali del sistema, ho provato a indicare quelli che la pandemia ha fatto letteralmente deflagrare.

Riformare la nostra sanità pubblica significa “saltare” quei paradigmi che presidiano nodi strategici del sistema, saldamente radicati in interessi politici, economici e istituzionali, supportate da culture che temono i cambiamenti spaventate dai rischi, propense a conservare e migliorare quello che già c'è e quindi regressive, altrimenti tali invarianze continueranno nel tempo a logorare la sostenibilità della nostra sanità pubblica.

Se non ora quando, recita un vecchio ed abusato slogan movimentista, ma forse può tornarci ancora utile in questa fase storica di grandi rischi e grandi opportunità, per sollecitare, soprattutto l'impegno e la partecipazione di tutti anche alla vita dei nostri ordini, per rafforzarne il prestigio e l'autorevolezza che non appartengono a chi ha vinto la contesa elettorale ma a tutta la professione.

More than 1,000 UK doctors want to quit NHS over handling of pandemic

New survey finds two-thirds of respondents plan to leave within three years, citing Covid-19 burnout and frustrations over pay



Over 1,000 doctors plan to quit the NHS because they are disillusioned with the government's handling of the Covid-19 pandemic and frustrated about their pay, a new survey has found. The doctors either intend to move abroad, take a career break, switch to private hospitals or resign to work as locums instead, amid growing concern about mental health and stress levels in the profession.

"NHS doctors have come out of this pandemic battered, bruised and burned out", said Dr Samantha Batt-Rawden, president of the Doctors' Association UK, which undertook the research. The large number of medics who say they will leave the NHS within three years is "a shocking indictment of the government's failure to value our nation's doctors," she added. "These are dedicated professionals who have put their lives on the line time and time again to keep patients in the NHS safe, and we could be about to lose them."

Doctors outside Downing Street holding a silent protest during the 'clap for carers' in May.

Photograph: Tolga Akmen/AFP/Getty Images

In all, 1,758 doctors across the UK responded when DAUK undertook an online survey among its members. It asked: "Has the pandemic and the government's treatment of frontline doctors during the pandemic impacted your decision to stay or leave the NHS?". Almost seven in ten – 1,214 (69%) – said that it had made them more likely to leave the health service, while 26% said that it had not.

When asked "where do you see yourself working in the next one to three years?", almost two-thirds of doctors – 1,143 (65%) – said they would be leaving the NHS. That finding has prompted renewed concern about NHS understaffing, as the service in England already has vacancies for 8,278 doctors, according to the most recent official figures.

I'm sad to leave a system that still provides such great care. But I'm done sacrificing my mental and physical health

EU doctor
The most common reason for planning to quit, cited by 74% of respondents, was what DAUK said was the lack of a real-terms pay rise. While the government recently announced a 2.8% pay rise for many doctors in England, including consultants, it does not cover trainee doctors or most GPs.

Other key factors included a lack of personal protective equipment (65%), doctors not being allowed to speak out publicly (54%), repeal of promises to NHS staff made during the pandemic, such as free parking (46%), and the impact of the crisis on their own mental health (45%). Some respondents contrasted the respect shown to NHS staff for their work looking after patients with Covid-19 through 10 weeks of "clapping for carers" with what they said was mini-

sters' disdain for them, for example when accusing them of using too much PPE. One doctor said: "I feel the government regard NHS workers as cannon fodder generally. Poor pay, poor conditions, inadequate PPE, flimsy promises made for political gain. After 20-plus years in the frontline, I am burned out, sick and unsupported."

Another doctor, from an EU country, said they planned to return home as a result of the fiasco over high taxes levied on NHS doctors' pensions and "the xenophobia and at least weekly mockery of my accent (from consultant colleagues and other staff)," adding: "I'm absolutely certain I'm making the right decision but also sad to be leaving a system that, despite all, still provides such great care. But I'm done sacrificing my mental and physical health for it."

Batt-Rawden added: "Frontline staff have been left feeling exploited and expendable. Is it any wonder so many are now making plans to leave once the pandemic is over?"

Labour's Justin Madders, a shadow health minister, said: "It comes as no surprise that the government's incompetent handling of the pandemic has pushed many doctors into thinking about leaving. Against a backdrop of years of pay restraint, it seems that they feel their recent efforts in the fight against coronavirus are not appreciated."

The Department of Health and Social Care said it was "extremely proud" of NHS workers. "We want all staff to be able to work flexibly and to access the practical and emotional support they need to look after their physical and mental health, and the NHS People Plan published last month demonstrates our commitment to making the NHS the best possible place to work."

"We have been working tirelessly to deliver PPE to protect people on the frontline, with over 3.1bn items delivered and more than 31bn ordered from UK-based manufacturers and international partners to provide a continuous supply," a spokesperson said.

DENIS CAMPBELL *Health policy editor*

Quel pasticciaccio dell'ATS di Bergamo.

Reintegrato (grazie all'Anaa) il responsabile delle Cure Primarie

Una vicenda a lieto fine quella del Dott. Moretti che prima si è visto revocare e poi riconfermare - nell'arco di 10 giorni - l'incarico di responsabile delle Cure Primarie dell'ATS di Bergamo. E questo grazie alla rivolta delle organizzazioni sindacali, guidate dall'Anaa Assomed, in prima linea nella difesa del suo iscritto. Questa la storia. Il dott. Roberto Moretti competente e valido medico, viene incaricato come responsabile Uoc cure primarie nella ATS di Bergamo, tra le città che hanno vissuto più di ogni altra il carico

emotivo e professionale della pandemia da Covid-19 in Italia.

A fine giugno, con delibera n. 480, viene giudicato negativamente dalla direzione ATS e fatto decadere, per volere dello stesso Direttore Generale che lo aveva scelto come responsabile sei mesi prima.

La dura reazione dell'Anaa Assomed non si è fatta attendere, ottenendo anche il supporto dei medici convenzionati e dell'ordine dei medici con la sottoscrizione di un documento unitario a sostegno del medico e del suo impegno nella pandemia

sul fronte organizzativo e professionale. Viene poi attivato l'iter legale con la formale richiesta all'ATS di annullamento della delibera e di reintegro del medico nelle sue funzioni.

La vicenda attira l'attenzione della stampa nazionale e locale che all'unisono stigmatizza la decisione dell'ATS. La brutta avventura del dott. Moretti si conclude positivamente il 10 luglio con la delibera dell'ATS che dispone di riassegnare a Moretti l'incarico quinquennale di direttore Uoc delle Cure Primarie.



Novità

**Il testo del contratto
e le schede esplicative.**

www.anaao.it

ANAAO  **ASSOMED**
ASSOCIAZIONE **MEDICI DIRIGENTI**



CAMICI BIANCHI CONTRO LA PANDEMIA: CON QUALE STATO D'ANIMO?

**Rispondi
alla survey Anaao**

