

d!

d!rigenza medica

- 1 **L'Editoriale di fine anno del Segretario Nazionale:**
"Il lavoro che c'è da fare"
- 2 **Legge di bilancio 2017**
Le novità per sanità,
contratti e previdenza

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Uno studio dell'Anaa Assomed

2016 > 2030

La relazione
tra pensionamenti,
accessi alle scuole
di medicina
e chirurgia e
formazione
post-laurea

Il fabbisogno di personale medico nel 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 XX Settembre, 68
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:
Eleonora Albanese
Claudio Auriemma Aurigemma
Giorgio Cavallero
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Giuseppe Montante
Domenico Montemurro
Cosimo Nocera
Carlo Palermo
Maria Parmeggiani
Giuseppe Ricucci
Alberto Spanò

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
0147 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. Sped. in abb. postale
D.L. 353/2003 (conv. in L.
27/02/2004 n. 46) art. 1,
comma 1, 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 dicembre 2016

Il lavoro che ci tocca fare

COSTANTINO TROISE

*Segretario Nazionale
Anaa Assomed*

Malgrado la sentenza della Corte Costituzionale del settembre 2015, il 2016 è stato un altro anno di fermo biologico in attesa di un CCNL bloccato da ormai 7 anni.

La Legge di Bilancio 2017, pur ricca e prodiga di bonus e prebende per tutti, ha proseguito un atteggiamento punitivo verso categorie professionali che, nelle condizioni di lavoro peggiori dell'ultimo decennio, garantiscono un diritto fondamentale quale la salute dei cittadini. Alle quali riserva un finanziamento contrattuale inferiore, ad oggi, a quello concesso ad altri settori del pubblico impiego, e comunque lontano sia dall'enfasi che il precedente Governo attribuiva alla valorizzazione del merito, sia dal riconoscimento della dignità professionale intrinseca ad un lavoro che del SSN è valore fondante.

Devono essere estesi alla sanità, come previsto nell'accordo quadro del 30 novembre 2016 tra Governo e Confederazioni sindacali, e come per primi abbiamo chiesto, i benefici concessi al lavoro privato, quali defiscalizzazione della produttività e welfare aziendale. Per porre riparo a una scandalosa iniquità ed evitare una discriminazione di dubbia costituzionalità.

Ma non rimaniamo completamente a mani vuote. I frutti maggiori della nostra iniziativa li abbiamo colti sul piano previdenziale, scongiurando il lavoro coatto fino a tarda età, il che ha un innegabile valore politico. Cumulo gratuito di tutti i contributi versati, compresi quelli ENPAM, APE come opportunità, proroga dell'opzione donna, previdenza complementare utile anche per anticipare la pensione. E da gennaio 2017 stop al contributo di solidarietà per i pensionati. Senza considerare anche la proroga "lunga" per i precari della ricerca, quella delle graduatorie concorsuali, il finanziamento vero, ancorché esiguo, per la occupazione.

Da non trascurare nemmeno la prossima approvazione definitiva della Legge sulla sicurezza delle cure fermata all'ultimo miglio dalla frenesia referendaria e dalla crisi.

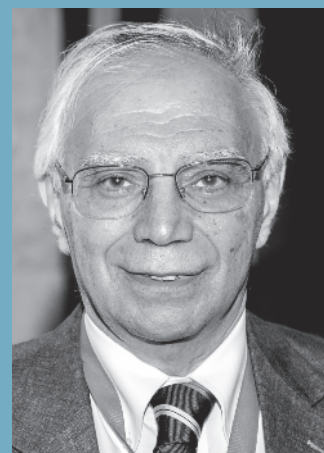
Comunque sia, non rinunceremo a rivendicare al tavolo contrattuale risorse da destinare alla contrattazione decentrata, chiamata a remunerare produttività, merito, lavoro flessibile e disagiato, e modalità di determinare i fondi contrattuali con i meccanismi del CCNL del 2009.

Se le risorse economiche non saranno compatibili con la gravosità e rischiosità del nostro lavoro, dovremo pretendere misure atte a ridurre il disagio derivante da eccessi di carichi di lavoro e turni notturni. E da eccedenze orarie, che ormai hanno dilatato, per noi, a 13 mesi la durata dell'anno solare. Senza dimenticare di esigere una applicazione piena ed omogenea della direttiva europea sui riposi.

Le categorie professionali della sanità pubblica non sono affatto pacificate, e non lo saranno fino a che la politica non si farà carico del disagio che esprime questo patrimonio professionale tradito nei valori che rappresenta. Ma la sanità, e quindi la salute dei cittadini italiani ed il lavoro dei medici, sembrano essere fuori programma, fuori cultura, fuori agenda della politica.

Noi continueremo a lottare per un cambiamento, perché una linea politica avara nei confronti dei medici e dei dirigenti sanitari condanna la sanità pubblica alla inefficienza e alla disuguaglianza, per favorire un non più strisciante viraggio verso la privatizzazione di un bene comune, costituzionalmente tutelato.

O si rilancia la sanità pubblica o la si affossa. Noi abbiamo fatto la nostra scelta per il cambiamento e per i diritti. Dei cittadini e del lavoro.



Legge di Bilancio 2017

Tutte le misure sulla sanità

Con 166 voti favorevoli, 70 contrari e un astenuto, il Senato ha accordato la fiducia al testo della legge di Bilancio approvato dalla Camera. L'ultimo atto di fiducia al Governo Renzi: poche ore dopo il via libera di Palazzo Madama il premier ha infatti rassegnato le sue dimissioni.

E così, a causa della crisi di Governo che ha impresso un'accelerazione all'iter della legge di Bilancio, nel provvedimento non hanno trovato spazio le misure necessarie al rinnovo dei contratti per la dirigenza sanitaria.

Ecco la sintesi delle misure per la sanità

Disposizioni in materia di assistenza sanitaria

Tetti spesa farmaceutica. Dal 2017 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera sarà calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed sarà pari al 6,89% (oggi è fissato al 3,5%) e assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti". Conseguentemente cambia anche il tetto della spesa farmaceutica territoriale fissato rideterminato al 7,96% (oggi è dell'11,35%) e assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica convenzionata".

Fondo farmaci innovativi ed oncologici. In tutto 1 mld di euro per i farmaci innovativi, di cui 500 per un nuovo fondo ad hoc per gli oncologici (in proposito si stabilisce che l'Aifa, entro il 31 marzo 2017, dovrà fissare i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi). Si specifica che la determinazione del Dg dell'Aifa sui criteri per la classificazione dei farmaci innovativi, di quelli a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi, deve essere adottata previo parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica (Cts) dell'Aifa.

Criteri innovatività. La determinazione del Dg dell'Aifa sui criteri per la classificazione dei farmaci innovativi, di quelli a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi, deve essere adottata previo parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica (Cts) dell'Aifa.

Biosimilari. Le procedure pubbliche di



acquisto dei farmaci biologici non saranno più parametrizzate sul prezzo massimo di cessione al Ssn del farmaco biologico di riferimento, e dovranno svolgersi mediante utilizzo di accordi quadro con tutti gli operatori economici quando i medicinali sono più di tre a base del medesimo principio attivo. Continuerà a non essere consentita la sostituibilità automatica tra originator e un suo biosimilare. Si stabilisce infine che l'esistenza di un rapporto di biosimilarità tra un farmaco biosimilare e l'originator sussiste solo se accertato dall'EMA o dall'Aifa, non più solo l'EMA, tenuto conto delle rispettive competenze.

Vaccini. Istituito un Fondo per l'acquisto vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (Npvn). Il Fondo, sempre all'interno delle risorse del Fsn è pari a 100 mln di euro per il 2017, 127 mln per il 2018 e 186 mln a decorrere dal 2019.

Alzheimer. Si istituisce, a decorrere dal 1° gennaio 2017 un Fondo da ripartire, di 300 milioni di euro annui, destinato alle misure di prevenzione, diagnosi e cura della malattia di Alzheimer.

Stabilizzazione dei precari in sanità (assunzione e stabilizzazione del personale del. Sempre nell'ambito delle risorse del fondo sanitario nazionale, è previsto un Fondo vincolato di 75 milioni di euro per il 2017 e di 150 milioni a decorrere dal 2018.

Contratti e convenzioni. Le risorse per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale verranno da una quota vincolata a carico del Fondo sanitario nazionale.

Efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale (ex art. 58) Fascicolo sanitario elettronico (Fse).

La progettazione dell'infrastruttura nazionale necessaria a garantire l'interoperabilità dei Fse, verrà curata dal Mef attraverso l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema Tessera sanitaria che entro il 30 aprile 2017, rende disponibile ai Fse e ai dossier farmaceutici regionali, i dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera Sanitaria relativi alle esenzioni dell'assistito, prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica e specialistica a carico del Ssn, certificati di malattia telematici, prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa. Prevista una spesa di 2,5 mln di euro a decorrere dal 2017.

Quota premiale Fsn. Nel caso in cui non venga presentato il programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del Ssr, ovvero si riscontri una verifica negativa dell'attuazione annuale dello stesso, la Regione interessata subirà la perdita per il 2017, in luogo della perdita permanente, del diritto di accesso alla quota premiale prevista.

Stretta sui deficit delle Aziende ospedaliere. Viene fissato al 7% dei ricavi o a 7 milioni di euro (invece che al 5% e a 5 mln di euro) il valore del disavanzo tra i costi e i ricavi quale presupposto per l'adozione e l'attuazione di un piano di rientro per le Ao o Aou, gli Irccs pubblici e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura.

Finanziamento Fondo sanitario nazionale. Per la sanità la determinazione del Fondo sanitario 2017 a 113 miliardi, che salgono a 114 nel 2018 e a 115 nel 2019.

Cumulabilità cariche Presidente di Regione e Commissario ad acta. Si permette ai presidenti di Regione di ricoprire anche il ruolo di commissari ad acta per la sanità in caso di Piano di rientro. In sostanza si torna alla situazione ante stabilità 2015, quando le due cariche potevano coincidere. I tavoli tecnici del Governo dovranno verificare ogni sei mesi l'equilibrio dei bilanci sanitari delle Regioni e l'effettiva applicazione ed erogazione dei Lea, elaborando una relazione ai ministri dell'Economia e della Salute da trasmettere al CdM. In caso di esito negativo della verifica e di mancata attuazione dei Piani di rientro, il CdM potrà nominare un nuovo commissario ad acta, estromettendo i governatori commissari.

Misure di efficientamento della spesa per acquisti

Il Ministero dell'Economia, tramite Consip, avvia un'analisi per individuare nuovi strumenti di acquisto centralizzato di beni e servizi.

Anticipo pensionistico (Ape)

Pensione anticipata per infermiere e ostetriche. In via sperimentale, dal 1° maggio 2017 e fino al 31 dicembre 2018, potrà accedere all'Ape (anticipo pensionistico) chi svolge professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche ospedaliere con lavoro organizzato in turni, e addetti all'assistenza personale di persone in condizioni di non autosufficienza, se lavoratori dipendenti che svolgono da almeno 6 anni in via continuativa attività lavorative per le quali è richiesto un impegno tale da rendere particolarmente difficoltoso e rischioso il loro svolgimento in modo continuativo e sono in possesso di un'anzianità contributiva di almeno 36 anni.

Credito di imposta per ricerca e sviluppo

Il credito di imposta R&S viene prorogato fino al 2020 e innalzato al 50%, fino a un tetto di spesa che dai 5 sale ai 20 milioni di euro.

Proroga del blocco aumenti aliquote 2017

Viene esteso anche al 2017 il blocco dell'aumento delle aliquote e addizionali da parte delle Regioni.

Human Technopole

Per incrementare gli investimenti pubblici e privati nei settori della ricerca finalizzata alla prevenzione e alla salute, coerentemente con il Programma nazionale per la ricerca (Pnr), è istituita la Fondazione per la creazione di un'infrastruttura scientifica e di ricerca nei settori della salute, genomica, alimentazione e scienza dei dati e delle decisioni, e per la realizzazione del progetto scientifico e di ricerca Human Technopole. Sono membri fondatori il Mef, il ministero della Salute e il Miur, ai quali viene attribuita la sua vigilanza. Autorizzata una spesa di 10 mln di

euro per il 2017, di 114,3 mln per il 2018, di 136,5 mln per il 2019, di 112,1 mln per il 2020, di 122,1 mln per il 2021, di 133,6 mln per il 2022 e di 140,3 mln a decorrere dal 2023.

Finanziamento attività di ricerca

Per incentivare l'attività base di ricerca dei docenti delle Università statali, nello stato di previsione del Miur è istituito un Fondo con uno stanziamento di 45 mln di euro annui a decorrere dal 2017.

Premio alla nascita e congedo obbligatorio per il padre lavoratore

Dal 1° gennaio 2017 è riconosciuto un premio alla nascita o all'adozione di minore di 800 euro corrisposto in unica soluzione, a domanda della futura madre, dall'Inps al compimento del settimo mese di gravidanza o all'atto dell'adozione. La durata del congedo obbligatorio per il padre lavoratore dipendente è aumentata a due giorni per il 2017 e a quattro giorni per il 2018, che possono essere goduti anche in via non continuativa. Per il 2018 il padre lavoratore dipendente può astenersi per un periodo ulteriore di un giorno previo accordo con la madre e in sua sostit-

uzione in relazione al periodo di astensione obbligatoria spettante a quest'ultima.

Pari opportunità e Fondi autismo

Previsto un finanziamento per le politiche delle pari opportunità e non discriminazione nel 2017 per ulteriori risorse pari a 20 mln di euro. Si dispone che le risorse per l'autismo non utilizzate nel 2016 confluiscono nel 2017 nel Fondo che ha una dotazione a regime di 5 mln dal 2016.

Fondo per il Pubblico impiego

Per il Pubblico impiego sono complessivamente stanziati, per le finalità di cui ai commi 365 e 366, 1.920,8 milioni di euro per l'anno 2017 e 2.633 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018.

Interventi diversi

Edilizia sanitaria. Si demanda ad un Dpcm, da adottarsi entro il 30 giugno 2017, l'individuazione delle 121 iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, anche con riferimento alle sinergie tra i Ssr e l'Inail, valutabili da quest'ultimo nell'ambito dei propri piani triennali 2016-2018 di investimento immobiliare.

Le novità che migliorano le pensioni dei medici e dirigenti sanitari

Nella legge di Bilancio riguarda la parte pensionistica presenta notevoli miglioramenti per la dirigenza medica e sanitaria, anche se occorre sorvegliare i Decreti attuativi. Sono stati valorizzati con il cumulo gratuito scuole di specializzazione e contributi Enpam. È stato scongiurato il lavoro coatto fino a tarda età. Riconosciuta l'APE come opportunità. È stata prorogata l'opzione donna, ma ancora con delle penalizzazioni. Sono stati introdotti incentivi per la previdenza complementare utile anche per anticipare la pensione. E per i pensionati da gennaio 2017 stop al contributo di solidarietà.

In particolare la legge consente il cumulo gratuito tra la contribuzione obbligatoria ospedaliera e la gestione separata Inps, alla quale sono iscritti tutti i medici delle scuole di specializzazione a partire dal 2006, che non consentiva neppure la ricongiunzione onerosa e impediva il riscatto. Con la nuova norma, invece, gli anni di contribuzione correlati alla scuola di specializzazione sono utili per raggiungere la pensione di anzianità senza oneri, anticipando il traguardo pensionistico in maniera significativa. Trova pertanto definitivo inquadramento, dopo 33 anni dalla direttiva europea (1983), il riconoscimento, anche ai fini pensionistici del lavoro svolto dai medici durante la specializzazione, la cui durata è computata nell'anzianità utile per il pensionamento anticipato.

Inseriti anche i contributi versati alle casse previdenziali privatizzate tra quelli soggetti a cumulo gratuito. Salvo sterzate interpretative dell'ultima ora, non solo i contributi Enpam versati nei fondi speciali (attività di Medicina generale, Pdl, specia-

listica ambulatoriale, guardia medica, medicina dei servizi) e i versamenti alla quota B, già attualmente ricongiungibili, ma anche la quota A, fino ad ora non ricongiungibile, potranno beneficiare del cumulo gratuito. In pratica, tutti gli anni di iscrizione all'albo che non si sovrappongono ad altre attività lavorative sono utili per raggiungere, senza oneri, l'anzianità richiesta per la pensione anticipata.

Trova finalmente una chiara utilità la contribuzione in quota A Enpam, in quanto si raccorda alla contribuzione principale integrandola anche senza ricorrere a riscatti o a ricongiunzioni, e con una garanzia del mantenimento dell'anzianità che consente un futuro pensionistico più sereno. Si supera la necessità di ricongiunzioni onerose, ancora utili per incrementare la pensione in molti casi, ma superflue ai fini dell'anticipo della pensione. Il riscatto della laurea infine diventa un'opzione aggiuntiva per anticipare ulteriormente il pensionamento, considerando che un anno di riscatto costa circa 25mila euro, ancorché deducibile dal reddito imponibile con un risparmio fiscale del 45%. Gli effetti di questi provvedimenti di cumulo gratuito consentono di escludere per i medici la permanenza coatta al lavoro fino ad età tarda.

Infine, APE sarà una sorta di mutuo con facoltà di estinzione anticipata. Da maggio 2017 sarà possibile accedere alla pensione anticipata con 63 anni con un mutuo ad un tasso intorno al 5%. Il vantaggio è che APE è cumulabile con qualunque altra attività e non ci saranno tassazioni sull'anticipo e consentirà di risolvere non pochi casi di disagio lavorativo.

Resta una certa delusione per l'opzione donna, prorogata ma ancora gravata da insopportabili penalizzazioni, specie per le pensioni più elevate (perdita stimabile intorno al 30%) ed oltretutto limitata ad un numero di domande compatibili con un budget predeterminato.

2016 > 2030

FABBISOGNO DI PERSONALE MEDICO NEL SSN

La relazione tra pensionamenti,
accessi alle scuole di medicina
e chirurgia e formazione post-laurea

A cura di

CARLO PALERMO
Vice Segretario
Nazionale Vicario
Anaa Assomed

FABIO RAGAZZO
Direttivo Nazionale
Anaa Giovani

**DOMENICO
MONTEMURRO**
Responsabile
Nazionale Anaa
Giovani

**MATTEO
D'ARIENZO**
Responsabile
Regionale Anaa
Giovani Emilia
Romagna

In precedenti lavori pubblicati nel gennaio 2011 e nel marzo 2014 abbiamo prospettato il pericolo di un progressivo depauperamento del personale medico operante nel nostro sistema sanitario nazionale (Ssn) per il sopraggiungere di una “gobba pensionistica” e il rischio di un decadimento della qualità generale dei servizi legato alla perdita di operatori esperti ed in pos-

sesso di elevate capacità professionali, amplificata dai ritardi del sistema di formazione post-laurea.

Il nuovo studio sulla programmazione sanitaria di Anaa intende svilupparsi con una finalità di analisi nazionale complessiva, partendo dai precedenti lavori e tenendo presente le dinamiche nei vari settori di impiego dei medici specialisti.

Anaa intende utilizzare tutti i dati disponibili da varie fonti autenticate, per contribuire ad una programmazione sanitaria che consideri **curve di pensionamento, contratti specialistici Miur, fabbisogni specialistici richiesti dalle Regioni e numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia.**



ANALISI DESCRITTIVA DEL COMPARTO MEDICO
(categorie, fasce di età e cessazioni)

354.000 medici attivi in Italia al 2016	sino all'età di 70 anni (fonte: Ced FNOMCeO).
102.204 medici a tempo indeterminato	operanti nelle Asl a gestione diretta, esclusi veterinari/odontoiatri
7.750 medici a tempo determinato	operanti nelle Asl a gestione diretta, esclusi veterinari/odontoiatri
6.530 medici con contratti atipici operanti nelle Aziende Sanitarie	(borsisti; contratti libero-professionali)
8.537 medici Universitari	statali e non
8.469 Medici Specialisti Ambulatoriali attivi unità impiegate nelle 3 aree funzionali (medica, chirurgica e dei servizi)	esclusi odontoiatri/veterinari
2.083 per l'anno 2014 medici cessati Figura 1	escludendo i passaggi ad altre amministrazioni dello stesso comparto o di altro comparto, i licenziamenti, i passaggi per esternalizzazioni e le cessazioni non specificate)

Figura 1.
Numero di medici dipendenti del Ssn a tempo indeterminato cessati, suddivisi per anno.
(fonte: CAT 2014)

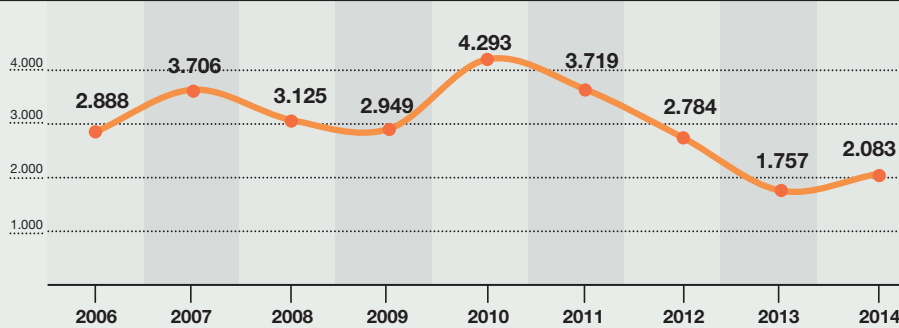


Figura 2A
Distribuzione del numero di medici ospedalieri e dei servizi dipendenti del Ssn a tempo indeterminato secondo le principali fasce d'età anagrafica
(fonte: CAT 2014)

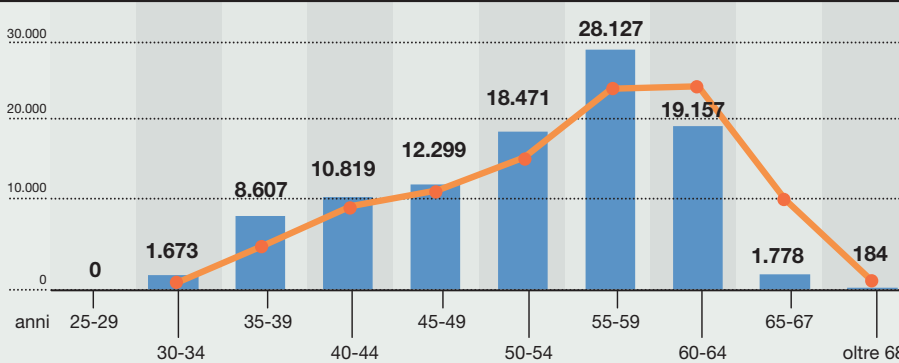
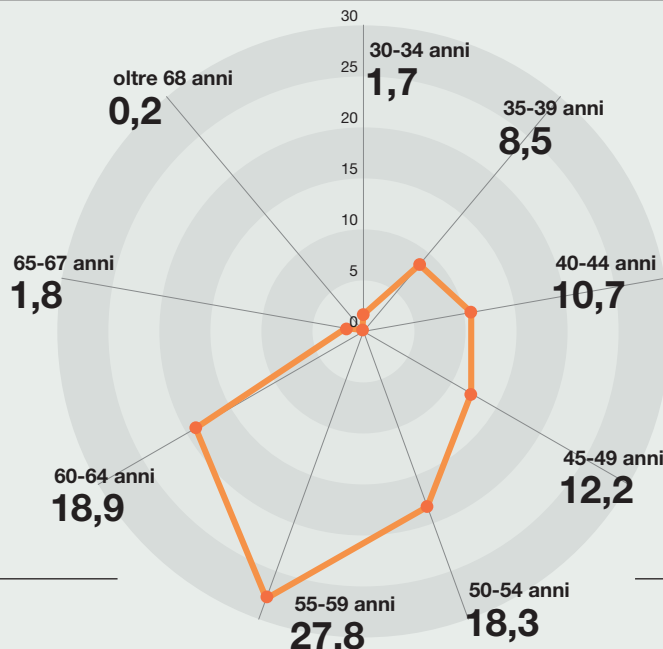


Figura 2B
Distribuzione percentuale del numero di medici ospedalieri e dei servizi dipendenti del Ssn a tempo indeterminato secondo le principali fasce d'età anagrafica
(fonte: CAT 2014)



La figura 1 mostra una netta riduzione dei pensionamenti dopo il picco avuto nel 2010. È il primo effetto dello “scaglione” previdenziale creato con la riforma “Fornero” del 2011 che ha spostato in avanti di circa 3 anni la possibilità di pensionamento dei nati dopo il 31 dicembre 1951. Una ripresa dei pensionamenti si dovrebbe avere dal 2016/2017, quando i medici nati dal 1952 in poi acquisiranno i nuovi criteri di pensionamento: almeno 62 anni di età e 42 anni e 10 mesi di contributi versati per i maschi, 41 e 10 mesi per le donne, ovvero 66 anni e 7 mesi per la pensione di vecchiaia.

La figura 2 (a, b) mostra la distribuzione dei medici specialisti ospedalieri e dei servizi a tempo indeterminato suddivisi per fasce d'età anagrafica, in attività nel Ssn secondo la rilevazione del Conto annuale del tesoro (CAT) 2014.



Focus su cessazioni complessive

Medici dipendenti del Ssn/Universitari/Specialisti ambulatoriali:

I medici nati tra il '51 e il '60, operanti nel Ssn, hanno già maturato o matureranno i criteri pensionistici pre o post "Fornero" nell'arco dei prossimi 10 anni (2016÷2025) e costituiranno un numero di cessazioni stimabili in circa **47.284** unità (fasce d'età 55-59 e 60-64 anni, figura 2a), di cui circa **19.157** nel primo quinquennio (2016÷2020) e circa **28.127** nel secondo quinquennio (2021÷2025), con una media annuale di circa **4.720** unità. Stiamo parlando di fasce di età per le quali il riscatto previdenziale degli anni di università era facilitato da un versamento economico mensile sostenibile, inoltre l'assunzione avveniva precocemente dopo il conseguimento della Laurea in Medicina e

Chirurgia, dato che non vi era l'obbligo, come attualmente, di possedere il titolo di specializzazione per essere assunti nel Ssn. Nel quinquennio 2026÷2030 i cessati saranno circa **18.471** unità, con una media annuale in lieve contrazione di circa **3.690** unità (-22% rispetto al decennio 2016÷2025). Solamente nel decennio 2031÷2040 si registrerà una contrazione importante del numero di cessazioni annuali, sostenute dalle fasce d'età 40-44 anni e 45-49 anni (CAT 2014) con media annuale di circa **2.311** unità (-51% rispetto al decennio 2016÷2025), ritornando al livello in essere prima della riforma "Fornero" (dati riassunti in **Figura 3**).

La descrizione dello scenario del prossimo ventennio, per quanto riguarda le cessazioni del personale medico operante nelle Asl, pone l'attenzione sulla sua anzianità: l'età media secondo i dati CAT 2014 è di 52,7 anni. A fine 2016 supererà i 54 anni. Il blocco del turnover, con la contrazione dell'ingresso di medici più giovani nel sistema, sta determinando un progressivo incremento dell'età media della categoria. Per i medici dipendenti del Ssn il trend pensionistico dal 2016 è stato calcolato, su base previsionale, per fasce d'età quinquennali, piuttosto che attraverso una stima annuale resa poco affidabile dalla continua revisione del sistema previdenziale e dalla variabilità dei comportamenti individuali a fine carriera. È stato ipotizzato che i medici ospedalieri dopo la riforma "Fornero" possano raggiungere i nuovi criteri di quiescenza per anzianità entro il 65° anno di età. È ragionevole prospettare che nel decennio 2016÷2025 l'uscita media dal Ssn interesserà circa il **47%** dell'attuale dotazione, considerato il trend ana-

grafico, con una media di uscite di circa 4.700 unità/anno. D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa), la mancata applicazione delle raccomandazioni contrattuali secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna, le difficoltà crescenti di godere delle ferie e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazionale e dalle direttive europee. È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturni e una gravosa mole di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 65 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, anche accettando le penalizzazioni previste, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione. Inoltre, i medici dipendenti del Ssn una volta raggiunto il massimo della contribuzione pensionistica non hanno alcuna convenienza economica nel rimanere in servizio. In aggiunta alle cessazioni del personale medico ospedaliero dipendente, vanno considerate le **uscite relative al personale medico universitario e specialista ambulatoriale convenzionato**. Anche per queste altre 2 categorie si può stimare un prudente trend di cessazioni, nel corso del prossimo decennio (2016÷2025). Il diverso criterio di pensionamento (66 anni e 7 mesi per i ricercatori e 70 anni per i professori di 1ª e 2ª fascia) del personale medico universitario dovrebbe essere "riassorbito" dall'età media più elevata (59,3 anni per i professori ordinari che rappresentano il 20,8% della popolazione; 53,5 anni per i professori associati che rappresentano il 29%; 46,2 anni per i ricercatori che rappresentano il 50,2%) portando ad una percentuale di cessazioni sovrapponibile a quella dei medici ospedalieri (47%). Per i medici specialisti ambulatoriali, nonostante la composizione anagrafica più anziana rispetto a quella dei medici ospedalieri (oltre il 65% ha un'età superiore a 50 anni), i nuovi criteri pensionistici (pensione di vecchiaia crescente da 66 a 68 anni) dovrebbero comportare una percentuale di pensionamenti non molto distante e stimabile intorno al 50%. In sintesi, le uscite del personale medico universitario nel decennio sono stimabili in circa 4mila unità (400 unità per anno), quelle dei medici specialisti ambulatoriali in circa 4.200 unità (420 unità per anno).

Figura 3.
Numero medio annuo di medici dipendenti del Ssn a tempo indeterminato cessati per quinquennio.

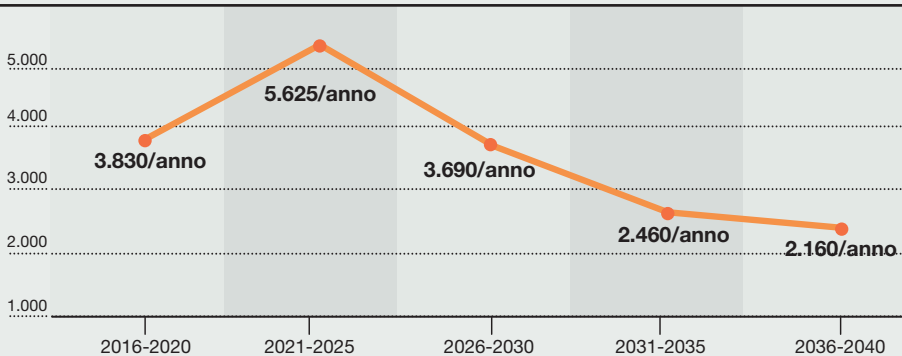


Figura 4.
Categorie di medici specialisti suddivisi per tipologia, numerosità ed età media (anni).

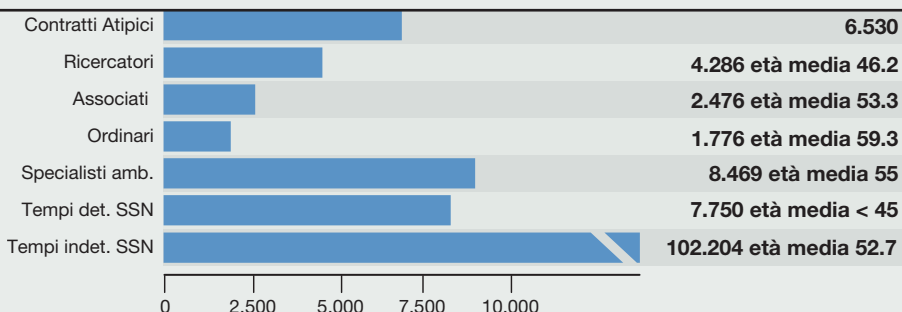


Tabella 1.
Totale medici
dipendenti del Ssn
suddivisi per
Regione e per
tipologia di
contratto

REGIONE	Totale medici	Tempo indeterminato	Tempo determinato
ABRUZZO	3.022	2.842	180
BASILICATA	1.241	1.164	77
CALABRIA	4.211	3.848	363
CAMPANIA	9.562	9.252	310
EMILIA ROMAGNA	7.273	6.762	511
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.630	2.493	137
LAZIO	9.133	7.813	1.320
LIGURIA	2.656	2.461	195
LOMBARDIA	14.364	12.996	1.368
MARCHE	3.075	2.919	156
MOLISE	644	517	127
PIEMONTE	8.974	8.753	221
PUGLIA	7.138	6.508	630
SARDEGNA	4.148	3.790	358
SICILIA	9.733	8.763	970
TOSCANA	8.910	8.690	220
TRENTINO-ALTO ADIGE (TN+BZ)	2.011	1.852	159
UMBRIA	2.295	2.090	205
VALLE D'AOSTA	363	359	4
VENETO	8.570	8.332	238
Totale	109.955	102.204	7.751

La stima complessiva, delle cessazioni attese nei prossimi 3 quinquenni per tutte le categorie di specialisti operanti nel Ssn, come dipendenti o in regime di convenzione, risulta come sotto riportato (espressa anche su base media annuale):

quinquennio 2016÷2020: circa 23.255 unità, pari a 4.651 unità per anno

quinquennio 2021÷2025: circa 32.225 unità, pari a 6.445 unità per anno

quinquennio 2026÷2030: circa 22.570 unità, pari a 4.514 unità per anno

Nei prossimi 10 anni (2016÷2025) i cessati attesi complessivi sono stimabili in circa: **55.480** unità, somma di poco inferiore rispetto al numero complessivo di nuovi specialisti che completeranno l'iter formativo nel decennio considerato, **57.110** unità ad invarianza della programmazione in essere. Il dato è ricavato dalla media annuale dei contratti Miur degli ultimi 3 anni: **5.711** contratti di formazione specialistica.

Il dato prospettico descritto è in linea con la stima di un trend di cessati (medici specialisti in uscita dal Ssn) in incremento nel primo e secondo quinquennio e con l'aumento avvenuto negli ultimi 3 anni del numero di contratti specialistici Miur.

I medici ospedalieri attivi nell'Ssn a tempo determinato (**7.751** unità) non subiranno verosimilmente cessazioni significative nei prossimi 15 anni, in forza dell'età media stimabile compresa tra 40-45 anni). Operano inoltre nel Ssn circa **6530** medici con contratti atipici, prevalentemente borsisti e contratti libero-professionali anch'essi con età media al di sotto dei 45 anni.

Il doppio imbuto: formativo e lavorativo

Una programmazione basata sull'evidenza non può prescindere dal tenere in considerazione gli errori del passato; un esempio tra tutti è l'annoso problema dell'imbuto formativo, ovvero il gap tra numero di accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia e l'insufficiente numero di contratti specialistici, dilatato enormemente negli ultimi anni da ricorsi al Tar (**Figura 5**).

Nel quinquennio 2026÷2030 vi sarà un dato medio annuale di cessazioni minore dell'intero quindicennio 2016÷2030. All'opposto a partire dal 2019÷2020 si avrà un improvviso picco di nuovi laureati derivato dai ricorsi al Tar per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia degli anni 2013÷2015, fenomeno non sicuramente destinato ad estinguersi. I ricorsi aggraveranno l'imbuto oggi già presente generando negli anni seguenti un fenomeno clone di "imbuto lavorativo".

L'"imbuto lavorativo" in sostanza rappresenta la difficoltà di esaurire un'alta domanda occupazionale post laurea (secondaria ai ricorsi Tar e agli alti numeri attuali del numero chiuso delle scuole di Medicina) e post specialistica a fronte di un rallentamento del turnover pensionistico, non modificabile. L'apparente equilibrio tra futuri cessati complessivi (Medici ospedalieri/Uni-

versitari/Specialisti ambulatoriali) e futuri neo-specialisti, non sarà risolutivo a fronte del doppio imbuto (formativo e lavorativo) che insisterà in epoche diverse ma con effetti sommati.

Nei futuri 10 anni i numeri previsti di contratti specialistici Miur, considerando la media degli ultimi 3 anni, garantiranno un equilibrio per le categorie degli universitari e degli specialisti ambulatoriali, non per la categoria degli specialisti dipendenti del SSN, sia ospedalieri che territoriali. Questo si spiega perché la componente ospedaliera e dei servizi dipendente del SSN che andrà in quiescenza sarà preponderante sulla componente degli universitari e specialisti ambulatoriali (47.284 cessati SSN vs 8.196 cessati per le altre 2 categorie accorpate). Inoltre è da considerare come non esista una corrispondenza numerica tra le tipologie di specialisti in uscita, prevalentemente internisti, pediatri, chirurghi generali e ginecologi, e la programmazione effettuata dall'Università, che continua a rispondere più a interessi particolari ed autoreferenziali che di sistema.

Questo complesso scenario, che vede come *primum movens* il protrarsi per anni di un turnover disatteso e mal programmato, unicamente affrontato a spot per situazioni organizzative di emergenza, ha determinato grossi deficit nelle dotazioni organiche, aggravati dalla necessità di applicazione delle direttive Europee sull'orario di lavoro come previsto con la Legge n.161 del 30 ottobre 2014. I processi di *Spending review* hanno ulteriormente appesantito l'affaticato processo di ricambio generazionale e hanno legittimato una ridefinizione degli standard ospedalieri, già presente in un documento bozza del 2012 (Documento Lea), anticipazione dell'attuale Decreto Ministeriale n. 70 del 2 febbraio 2015 (*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*). La crisi economica e sociale degli ultimi 7 anni, anziché essere occasione per una evoluzione positiva ed ottimizzata del Ssn ha rappresentato un alibi per azioni politiche che in maniera esponenziale hanno ostacolato il rilancio del settore limitando le dotazioni organiche e precarizzando il lavoro.

“
I processi di
Spending review
hanno
ulteriormente
appesantito
l'affaticato
processo di
ricambio
generazionale e
hanno
legittimato una
ridefinizione
degli standard
ospedalieri

La prospettiva futura delle dotazioni organiche

Nei prossimi 10 anni

medici dipendenti Ssn cessati

47.284
4.728 ALL'ANNO

neo-specialisti

40.000
4.000 ALL'ANNO*

*futuri medici specialisti disponibili per l'accesso alla dipendenza nel Ssn calcolati a partire dall'anno accademico di iscrizione alle Scuole di Specialità 2011/2012 su una media previsionale degli ultimi 3 anni (5711 borse/anno per formazione post laurea) e considerando che mediamente solo il 70% dei medici specialisti sceglie di lavorare nel Ssn come dipendente. Scelte diverse sono: convenzionamento con il Ssn, libera professione, università/ricerca, privato accreditato e no, industrie del settore, lavoro all'estero.

Confronto cessati e neo-specialisti Ssn

4.728 - 4.000 = 728 ALL'ANNO

Pari a **7.280** medici mancanti nei dieci anni

Figura 5. Confronto tra numero chiuso Scuole di Medicina, contratti specialistici Miur, Borse Mmg e Laureati stimati per anno accademico. Fonte: atti ministeriali Miur, verbali conferenze Stato-Regione

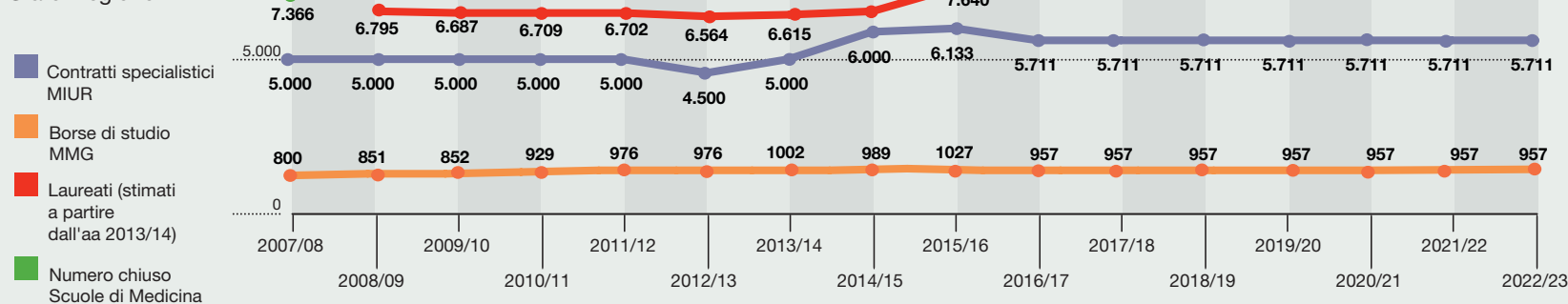
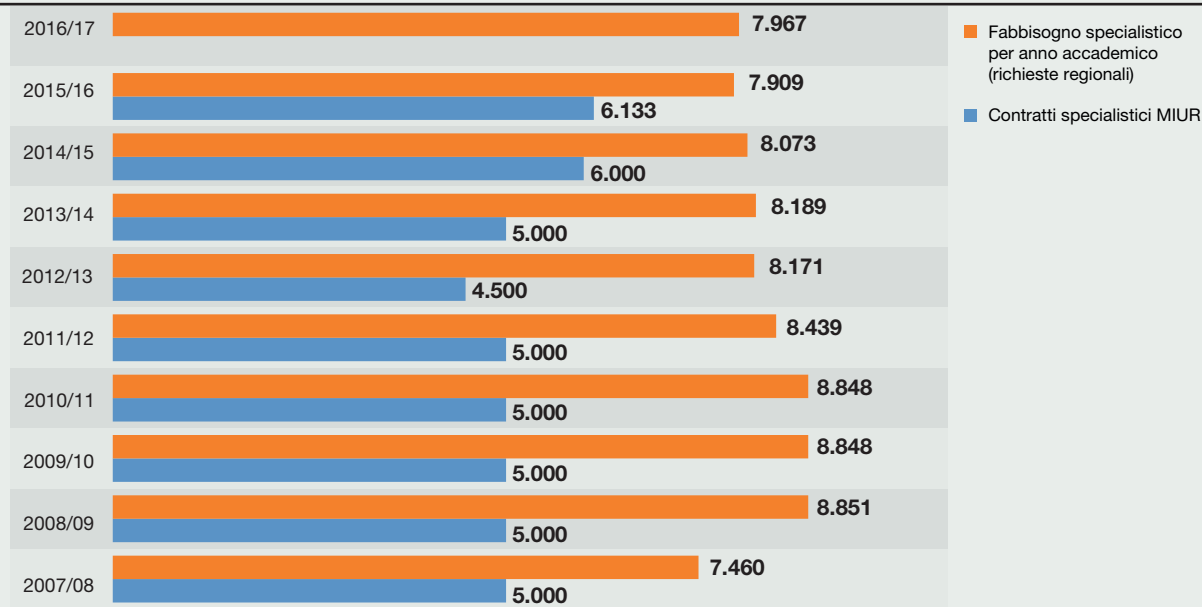


Figura 6. Confronto tra Fabbisogni specialistici Regionali e contratti di Specialità MIUR



Fabbisogni Specialistici primo quinquennio (2016/17÷2020/21) Tabella 2:**N. di cessazioni** tra tutte le categorie mediche 2021-25: 6.445/anno**N. di neo-specialisti** mancanti per il Ssn: 728/anno**TOTALE:****7.173 fabbisogni specialistici/anno****Fabbisogni Specialistici secondo quinquennio (2021/2022÷2025/26) Tabella 2:****N. di cessazioni** tra tutte le categorie mediche (2026-2030): 4.514/anno**N. di neo-specialisti** mancanti per il Ssn: 728/anno**N. di contratti** aggiuntivi eventualmente da prevedere per ammortamento ricorsisti Tar: 1.960/anno**TOTALE:****7.202 fabbisogni specialistici/anno****Numero Chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina quinquennio accademico 2017/18÷2021/2022 calcolati in base ai fabbisogni del secondo quinquennio, al netto della quota Tar e aumentati del 23% secondo tasso di laurea/borse Mmg/tasso di abbandono (Tabella 3):****TOTALE: 6.447/anno****Tabella 2.**
Calcolo dei nuovi fabbisogni specialistici per i prossimi 2 quinquenni (2016/17÷2025/26), distribuiti in base alle medie regionali dei posti a numero chiuso per i trienni accademici 2010/11÷2012/13 e 2014/15÷2016/17 rispettivamente.

** numero incrementato di 1960 unità (ovvero ammortamento ricorsisti TAR)

REGIONE	n. medio posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia (triennio accademico 2010/11÷12/13)	nuovi fabbisogni annui, per il 1° quinquennio (2016/17÷2020/21), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 2° quinquennio 2021÷2025 distribuiti in base ai posti a numero chiuso (media triennio accademico 2010/11÷12/13)	nuovi fabbisogni annui, per 2° quinquennio (2021/22÷2025/26), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 3° quinquennio 2026÷2030) distribuiti in base ai posti a numero chiuso (triennio accademico 2014/15÷2016/17)
ABRUZZO	354	253	234
BASILICATA	0	0	0
CALABRIA	171	122	175
CAMPANIA	1.008	719	770
EMILIA ROMAGNA	978	698	656
FRIULI VENEZIA GIULIA	232	166	167
LAZIO	1.260	899	913
LIGURIA	274	195	186
LOMBARDIA	1.624	1.159	1.247
MARCHE	150	107	107
MOLISE	80	57	55
P.A. BOLZANO	0	0	0
P.A. TRENTO	0	0	0
PIEMONTE	587	419	439
PUGLIA	429	306	277
SARDEGNA	319	228	228
SICILIA	958	684	599
TOSCANA	793	566	590
UMBRIA	251	179	149
VALLE D'AOSTA	0	0	0
VENETO	585	417	411
Totale	10.055	7.173	**7.202

Tabella 3.
Calcolo e distribuzione regionale dei posti a numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia sulla base dei nuovi fabbisogni calcolati per il 2° quinquennio accademico (il calcolo dei posti a numero chiuso ha previsto una maggiorazione stimata del 23% del numero complessivo dei fabbisogni ridotti della quota Tar, in considerazione del tasso di laurea in 6 anni (circa 90%), del tasso di abbandono del CdL (3%) e delle borse per la scuola di Medicina Generale (10%).

REGIONE	n. medio posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia, comprensivo ricorsi TAR (triennio accademico 2014/15÷2016/17)	nuovi fabbisogni annui, per 2° quinquennio (2021/22÷2025/26), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 3° quinquennio 2026÷2030; corretti per ammortamento ricorsisti TAR) distribuiti in base ai posti a numero chiuso (triennio accademico 2014/15÷2016/17)	posti a numero chiuso annuali per accesso scuole di Medicina e Chirurgia (quinquennio accademico 2017/18÷2021/22), calcolati sulla base dei fabbisogni espressi per il 2° quinquennio 2021/22÷2025/26, eliminata la quota di ammortamento ricorsi TAR (1960 posti anno)
ABRUZZO	418	234	209
BASILICATA	0	0	0
CALABRIA	313	175	157
CAMPANIA	1377	770	690
EMILIA ROMAGNA	1173	656	587
FRIULI VENEZIA GIULIA	298	167	149
LAZIO	1632	913	817
LIGURIA	332	186	166
LOMBARDIA	2229	1247	1116
MARCHE	192	107	96
MOLISE	99	55	50
P.A. BOLZANO	0	0	0
P.A. TRENTO	0	0	0
PIEMONTE	784	439	393
PUGLIA	496	277	248
SARDEGNA	407	228	204
SICILIA	1071	599	536
TOSCANA	1054	590	528
UMBRIA	267	149	133
VALLE D'AOSTA	0	0	0
VENETO	735	411	368
TOTALE	12879	7202	*6447

**FABBISOGNO
DI PERSONALE MEDICO
NEL SSN**

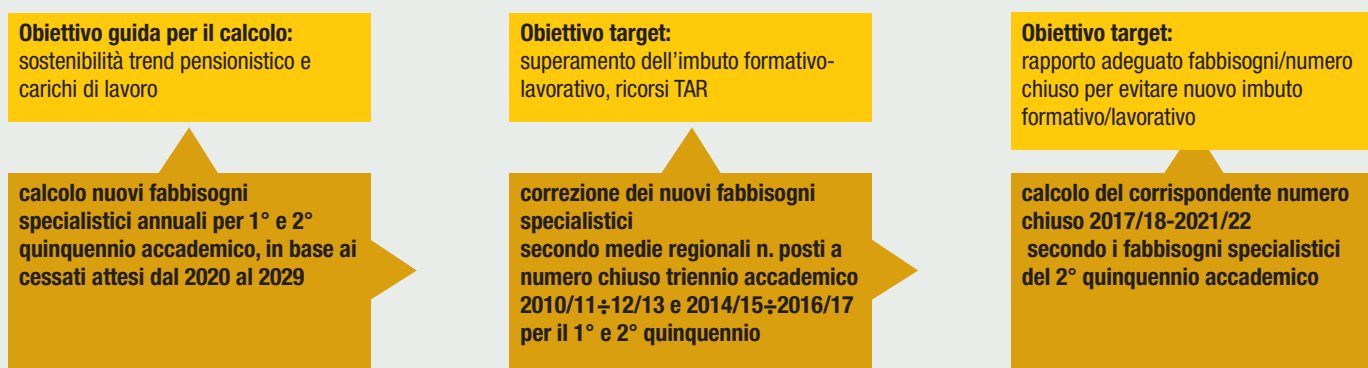
La figura 7 mostra come le cessazioni attese dal 2021/25 al 2026/30 siano determinanti per il calcolo dei nuovi fabbisogni specialistici per i prossimi futuri 2 quinquenni (considerando che la durata media delle specialità è di 5 anni). Nel calcolo proposto, la distribuzione regionale dei nuovi fabbisogni è stata corretta in base alle medie regionali dei posti a numero chiuso allora stabiliti per i trienni accademici 2010/11 ÷ 2012/13 e 2014/15 ÷ 2016/17 rispettivamente. I

fabbisogni specialistici, calcolati per gli anni accademici 2021/22 ÷ 2025/26 concorrono infine a determinare il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia a partire dall'anno accademico 2017/18; il calcolo ha previsto **una maggiorazione stimata del 23%** del numero dei fabbisogni da cui deriva, in considerazione del tasso di laurea in 6 anni degli studenti (circa 90% degli iscritti, fonte Mastrillo), del tasso di abbandono del Corso di Laurea (circa 3%) e delle borse per la scuola di

Medicina Generale (circa 10%), (Tabelle 2 e 3).

Si precisa che il calcolo proposto non considera l'eventuale incremento delle borse per la Scuola di Medicina Generale che potrebbe rendersi necessario per compensare i pensionamenti dei medici del settore, previsti dall'Enpam in circa 21.700 entro il 2023 (circa 3mila ogni anno a fronte di circa mille borse/anno della programmazione attuale).

Figura 7.
Schema e timeline della nuova programmazione sanitaria per gli anni accademici 2016/17 ÷ 2025/26



n. chiuso accesso scuole di Med. e Ch. (1° quinquennio accademico): 6447/anno											
1° quinquennio accademico 7.173 richieste di contratti/anno											
2° quinquennio accademico 7.202 richieste di contratti/anno											
Anni accademici	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25	2025/26	2026/27 > 2030/31
	cessati attesi SSN: circa 23.255 unità 4651/anno					cessati attesi SSN: circa 32.225 unità 6.445/anno					cessati attesi SSN: circa 22.570 unità 4.514/anno

Conclusioni

Gli imbuti formativi e lavorativi descritti stanno inducendo di anno in anno una importante emigrazione di medici italiani verso altri paesi europei, Francia, Germania, Svezia, Danimarca, Regno Unito e Svizzera in particolare, oltre che verso gli Stati Uniti. Secondo dati Istat, i professionisti del settore sanitario che hanno chiesto al Ministero della Salute la documentazione utile per esercitare all'estero sono passati da 396 nel 2009 a 2363 nel 2014 (+ 596%). Nel 2015 per i soli laureati in Medicina e Chirurgia, il Ministero della Salute ha rilasciato 1112 attestati di conformità e 1724 attestati di *good standing*. Nel Regno Unito, secondo i dati del *General Medical Council*, i medici italiani che prestano servizio sono più di 3000, rappresentando l'1,1% degli iscritti nel 2014. Tra il 2014 e il 2015 sono au-

mentati di circa 200 unità. Oramai siamo a circa 1000 laureati o specialisti che emigrano ogni anno. Per l'Italia il costo della formazione per singolo medico si aggira intorno a 150.000 €. In termini economici, è come se regalassimo mille Ferrari all'anno agli altri paesi europei ed extra europei. Ovviamente il danno non è solo economico. Noi perdiamo talenti, intelligenze, saperi professionali, sottratti per incuria alla sostenibilità qualitativa del nostro Ssn e più in generale allo sviluppo scientifico e culturale del nostro Paese. Anche il blocco del turnover sta incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro Ssn. Il ricambio generazionale è bloccato e con esso quel trasferimento di conoscenze e capacità tecniche sostenuto dalla fisiologica osmosi tra generazioni professio-

nali diverse. Nel 2017, se non cambiano le politiche sull'assunzione in servizio, l'età media dei medici ospedalieri sarà superiore a 55 anni, la più alta nel panorama europeo e la seconda al mondo dopo Israele (Dati Oecd 2015). La responsabilità di questo spreco di risorse umane ed economiche ha precise connotazioni. La crisi economica del 2008 si è portata dietro un importante de-finanziamento del Ssn che solo recentemente sembra rallentare. Il controllo della spesa per il personale è diventata la leva principale di intervento per raggiungere l'equilibrio economico nelle regioni in piano di rientro. L'assunzione del personale è bloccata dalla Legge 191/2009, che vieta, per questo settore, una spesa superiore a quella del 2004 ridotta dell'1.4%. Il turnover di fatto è limitato

“
In tutta evidenza il futuro del Ssn è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti attualmente di esclusiva pertinenza dell'Università

al 25-50% delle uscite. Dal 2009 al 2014 il numero dei medici dipendenti a tempo indeterminato si è ridotto di 7.000 unità. Nelle Aziende sono così dilagate le assunzioni di specialisti convenzionati o con contratti atipici o libero professionali. Lo scenario che si prospetta nei prossimi 10 anni nel Ssn è drammatico. Da un lato l'uscita dal sistema per pensionamento di circa 47.300 medici specialisti del Ssn, a cui aggiungere circa 8.200 tra medici universitari e specialisti ambulatoriali, e dall'altro circa 14.300 precari tra tempi determinati e contrattisti alla ricerca di una stabilizzazione definitiva del loro rapporto di lavoro. L'esodo diventa biblico se aggiungiamo anche i circa 30.000 medici di medicina generale che raggiungeranno i criteri di quiescenza nei prossimi 10 anni (Dati Enpam 2016). L'impovertimento delle dotazioni organiche, in un settore dove il lavoro umano e il saper fare sono fondamentali per erogare buone cure, è un rischio non trascurabile. Lo sblocco del turnover e la stabilizzazione di tutto il precariato diventano due necessità ineludibili per garantire le caratteristiche di equità e universalità su cui si fonda il nostro Ssn nonché la qualità dei servizi.

In tutta evidenza il futuro del Ssn è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti attualmente di esclusiva pertinenza dell'Università. Fino a quando la Legge non consentirà l'ingresso del medico non specialista in Ospedale, per formarlo in quella sede, come in tutto il mondo occidentale, il Ssn non ha alcuna autonomia nella definizione del proprio fabbisogno futuro.

È possibile arrivare a migliori risultati

attraverso una collaborazione stretta fra l'Università e gli Ospedali, che devono essere coinvolti, in tutta la rete ospedaliera, per consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa e che, per ovvii motivi di dotazione di posti letto e casistiche operatorie, non può essere garantita dalla sola Università. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza definito, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializzazione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

Noi riteniamo che da queste considerazioni si possa partire per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il Ssn può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, efficacia, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

In concreto, pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, al di fuori da seri studi di programmazione che tengano insieme aspetti demografici, dinamiche pensionistiche, esigenze del

sistema in termini di formazione, qualità e quantità del personale, non risolve il problema della prossima carenza di medici specialisti perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pleora medica. Noi proponiamo in base ai dati illustrati che il numero dei posti per la Scuola di Medicina e Chirurgia debba essere limitato a circa 6.500 ogni anno, mentre le borse di studio per la formazione post laurea dovrebbero aumentare fino a circa 7.200, magari anche con finanziamenti europei considerata l'emigrazione dei nostri laureati e specialisti verso altri paesi della Comunità.

Una strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al lavoro nel Ssn. Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale ed al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli Ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

La Tabella 4 riassume i numeri della programmazione.

Tabella 4.
Box riassuntivo programmazione

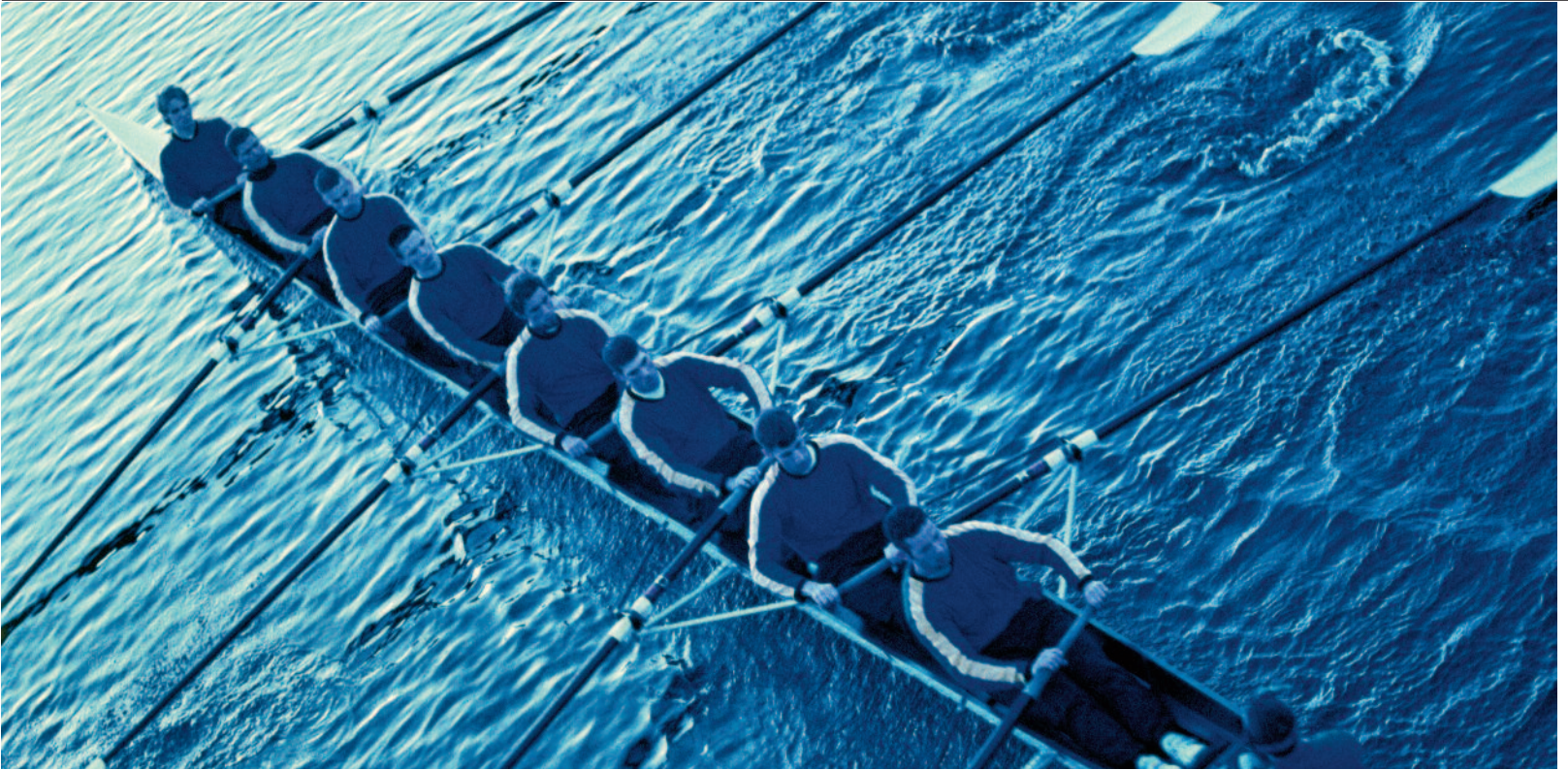
ANALISI DESCRITTIVA NUMERO MEDICI PER CATEGORIA (2014-15)	Cessazioni (percentuale) attese nel decennio 2016-2025
Medici dipendenti a tempo Indeterminato	102.204 circa 47%
Medici dipendenti a tempo determinato	7750 % non significativa
Medici Universitari (Prof. O-A/ricercatori)	8537 circa 47%
Medici con contratti atipici	6500 % non stimabile
Medici Specialisti Ambulatoriali	8469 circa 50%

ANALISI DESCRITTIVA DELLE VARIABILI CHE INSISTONO OLTRE LE CESSAZIONI SULLA PROGRAMMAZIONE	
Numero di medici specialisti ospedalieri mancanti nel decennio 2016-2025 dal rapporto cessati/neo-specialisti:	circa 730/anno

I NUMERI DELLA PROGRAMMAZIONE PER QUINQUENNI ACCADEMICI E PER CATEGORIA	
Numero programmato di accessi alle scuole di Medicina e Chirurgia per il quinquennio acc. 2017/18 - 2021/22	circa 6.450/anno
Numero programmato di contratti di formazione specialistica per il quinquennio acc. 2016/17 - 2020/21	circa 7.170/anno
Numero programmato di contratti di formazione specialistica per il quinquennio acc. 2021/22 - 2025/26	circa 7.200/anno

Lo studio realizzato elabora le fonti informative presenti nei vari registri sotto elencati: MIUR, rapporto ufficio statistica (statistica.miur.it) MIUR, report osservatorio professioni sanitarie ANVUR, personale docente universitario Conto Annuale del Tesoro (CAT) 2013 e 2014 e anticipazione dati 2015.

Ced FNMCO, dati disponibili su personale medico attivo in Italia ENPAM, ufficio statistico Istat 2015 Annuario Statistico del Ministero della Salute 2013 su dati pubblicati nel 2016 Il personale del Sistema Sanitario Nazionale italiano, Ministero della Salute anno 2012



Le Cooperative in medicina una risorsa o una speculazione?

La cooperazione in medicina in tempi di precarizzazione del lavoro diventa un tema sempre più attuale, erogando servizi sanitari in “appalto” a favore di strutture per lo più private accreditate oppure sul territorio ove vi sono carenze o vuoti da colmare nell’assistenza sanitaria.

Storia e caratteristiche strutturali di base delle cooperative in sanità

Si comincia a parlare di cooperazione in ambito socio-sanitario negli anni ‘80 in una fase storica di crisi del welfare e successivamente, (1) negli ‘90 con la creazione di coop di medicina generale nate per fare rete e creare lavoro, le cui nobili intenzioni erano ben lontane dalla successiva nascita negli anni 2000 di cooperative private erogatrici di servizi socio assistenziali, ciò dovuto al fatto che in molte realtà dove il servizio sanitario è indebolito da risorse sempre più scarse e da una burocrazia inefficiente, le cooperative sanitarie diventano in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini. L’organizzazione dei servizi sanitari, con la Legge Balduzzi del 2012 prevede una progressiva riduzione di ospedali e reparti, salvando solo “organizzazioni strutturali” per acuti e

le cure di eccellenza, infatti secondo i dati del Ministero della Salute, in cinque anni l’Italia ha visto sparire 24.155 posti letto, ossia circa il 10% se si considera che nel 2010 erano 244.510. (2) La gran parte delle Cooperative sono simili a quelle della Società di capitali (Srl), il resto sono Coop (forma societarie di persone). La società Srl è dotata sia di personalità giuridica che di autonomia patrimoniale, ma i limiti di questa tipologia sono molteplici: non è una società democratica poiché sia il voto che la deliberazione sono proporzionali alle quote possedute, conflitti di interessi per la ripartizione di utili, infine, per l’adesione o il recesso di un medico è necessario ottenere il parere positivo di tutti i soci a volte con un sovrapprezzo azionario da pagare, oltre ad un atto notarile (costo circa di 2mila-2500 euro).

Legislazione delle cooperative in sanità

Da un punto di vista normativo le prestazioni socio-sanitarie sono ben argomentate, in particolare sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all’art. 3-septies, comma 4, del decreto

legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno - infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria dovrebbero essere erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario, inoltre la 381/1991 aveva individuato l’ambito di attività delle cooperative sociali nella gestione di “servizi socio-sanitari ed educativi” e questo ha portato a ritenere che gli aspetti prettamente sanitari dovessero rimanere estranei agli interessi della cooperazione sociale, la questione nasce dalla previsione, dettata dall’articolo 1, comma 1, lettera a) della 381/1991, che identifica uno degli ambiti della cooperazione sociale (l’altro riguarda quello dell’inserimento lavorativo di persone svantaggiate, estraneo all’analisi qui proposta):

Art. 1 - Definizione.

1. Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l’interesse generale della comunità alla promozione umana e all’integrazione sociale dei cittadini attraverso:

- a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi;
- b) Il Dlgs 833/78 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale non contemplava l’argomento; le prestazioni (capo III° della legge, articolo 19 e seguenti)

erano articolate sulla base dei filoni della prevenzione, della cura e della riabilitazione; vi erano indicazioni su ambiti che, con il linguaggio odierno potremmo identificare come socio – sanitari, (Art. 27 “Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi”).

Successivamente, l'unico cenno in qualche modo prossimo a questa definizione fu quello tradotto dalla Legge 730/1983 (la “finanziaria 1984”) che si interessava della questione in riferimento alla ripartizione degli oneri di talune prestazioni; nell'ambito del Titolo VII “Disposizioni in materia di servizi sanitari”, si affermava infatti che “sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali.

Nel 1992 la circolare 116 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, esplicita alcuni chiarimenti relativamente ai settori di attività delle cooperative sociali, esprimendosi come segue:

“Circa i servizi socio-sanitari ed educativi che possono essere gestiti dalle cooperative sociali di cui all'art. 1, lettera a), si osserva che gli stessi debbono essere finalizzati alla promozione umana e alla integrazione sociale dei cittadini, come interesse generale della comunità. (3)

In concreto si ritiene che questa funzione sia svolta da quei servizi sociali ed assistenziali, scolastici di base e di formazione professionale, sanitari di base e ad elevata integrazione socio-sanitaria, tutti di rilevanza costituzionale (art. 32 comma 1, art. 34, art. 35 comma 2, art. 38 della Costituzione). Ne consegue che questi possono essere i settori di attività delle cooperative sociali. Riguardo invece i destinatari dei servizi dovrà trattarsi di persone bisognose di intervento sociale. Tale intervento trova la sua origine in motivazioni connesse sia all'età, sia alla condizione personale o familiare, che alla condizione sociale.

Dall'exkursus legislativo notiamo come la possibilità di inserimento delle forme di lavoro interinale quali cooperative, non sia stata di fatto mai vista dal legislatore come reale problema, almeno per le prestazioni mediche.

I numeri del settore

Il settore delle cooperative in generale conta sul contributo lavorativo di 4,7 milioni di volontari, 681 mila dipen-



PIERINO DI SILVERIO
Componente Direttivo Nazionale Anaao Giovani



MADDALENA ZIPPI
Responsabile Anaao Giovani Lazio



MAURIZIO CAPPIELLO
Consigliere Nazionale Anaao Giovani

denti, 270 mila lavoratori esterni e 5 mila lavoratori temporanei. Sono inoltre presenti altre tipologie di risorse umane che prestano a vario titolo la loro attività nelle istituzioni rilevate: 19 mila lavoratori comandati/distaccati, 40 mila religiosi e 19 mila giovani del servizio civile, in particolare la categoria professionale più rappresentata, con il 27,5% dei lavoratori retribuiti, dipendenti ed esterni, è proprio quella delle professioni sanitarie.

Sono per la maggior parte organizzate in una federazione ossia Federsanità a sua volta componente di ConfCooperative, a livello settoriale, la maggioranza assoluta delle aderenti, il 60%, è rappresentata da “Cooperative a specializzazione sanitaria”, seguono le Cooperative di Medici (20%) e le Cooperative farmaceutiche (12%) (4).

In Italia sono ormai più di 200 le cooperative di medici: dove circa il 10% dei medici di base del nostro Paese che lavora in forma associativa, con un picco del 24% in Lombardia. (5)

Ovviamente bisogna necessariamente differenziare le cooperative di medicina generale che offrono assistenza primaria sul territorio anche di primo intervento, dalle cooperative che erogano servizi sostitutivi di guardia presso strutture private anche accreditate, al momento inoltre non è possibile stimare il numero di queste forme di associazionismo che non riguardano, almeno per i medici, le strutture ospedaliere pubbliche.

Il ricorso alle cooperative sociali in sanità

La forma maggiormente sviluppata negli ultimi decenni è quella delle cooperative sociali nel settore sanitario.

In ogni caso la frequentazione dell'ambito sanitario da parte delle cooperative sociali è rimasta per lungo tempo residuale; certo, con molte occasioni di contiguità, in primo luogo connesse all'operatività, al contrario assai intensa, in ambito socio sanitario, ma senza che si trovassero punti di contatto significativi nel settore più strettamente medico, dalla medicina generale e specialistica ai laboratori analisi, ai presidi ospedalieri. Non che siano mancati tentativi, a volte significativi, anche in questi ambiti - in alcuni casi documentati in questa ricerca - certamente ciò non ha costituito una parte significativa dell'operatività delle cooperative sociali, da alcuni anni, però, si assiste a sempre più frequenti “esplorazioni”, nell'ambito sanitario, anche attraverso organizzazioni di servizi tra i Mmg che usufruiscono legittimamente di agevolazioni

fiscali come la risoluzione 30/e della Agenzia delle Entrate del 3 Aprile 2012 che ha delineato il pagamento dell'Iva agevolata al 4% e dal 2014 al 10%).

Le criticità del settore in tema di tutele e differenze con il Ccnl Dirigenza medica e Sanitaria

Oggi sembra, alla luce di una attenta disamina dei blocchi contrattuali, delle difficoltà economiche delle Aziende Sanitarie pubbliche e private, dell'esigenza crescente ed imperante di ‘far quadrare i conti’, che in prospettiva futura le cooperative possano rappresentare un pericolo per la tutela del lavoro dipendente.

La tipologia di contratto che le cooperative offrono al professionista ha un vantaggio per l'Azienda, scaricandola da ogni forma di responsabilità oggettiva e soggettiva rispetto al lavoro del professionista, rendendo peraltro immediato l'eventuale licenziamento del professionista stesso, e il vantaggio economico, in quanto in tal modo l'Azienda non è costretta a pagare i contributi al professionista.

In ogni caso da una sintesi applicativa del Ccnl per i dipendenti di cooperative, consorzi e società consortili del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo, stipulato a Marzo 2016 tra Sistema Coop e sindacati di categoria emergono alcune peculiari differenze, periodo di prova con minimi di 30 giorni anziché 180 per assunzioni a tempo indeterminato, nette disparità retributive quantificate nell'ordine del 35-40%, durata annuale del periodo di ferie di 26 giorni, è prevista altresì la possibilità di assunzione a tempo indeterminato dopo 36 di attività lavorativa, ammettendo al massimo 5 proroghe nell'arco del suddetto periodo. (6)

In ogni caso le problematiche che esistono, oltre alla soggettiva sensibilità degli amministratori di cooperativa riguardo al pagamento dei medici e dei professionisti, sono cogenti in termini di qualità della prestazione e continuità della stessa, non potendo essere assicurata dalla tipologia di contratto e di lavoro.

1 Relazione Card milanese. L'evoluzione del modello cooperativo: dall'assistenza domiciliare alla costituzione di reti per l'assistenza primaria - 2013
2 Morire di indifferenza in un grande ospedale, così l'Italia ha perso 24.155 posti letto in 5 anni. Il calo non ha risparmiato alcuna regione e solo sei province. Controlla cos'è capitato nelle strutture sanitarie della tua città - La Stampa 06.10.16
3 Collana quaderni di dee in rete- 2011
4 Sito Federazione sanità - Coonfcooperative
5 Censimento Istat 2012
6 Ente bilaterale nazionale del terziario (Ebiten) - 2016

Integrazione

Integrazione tra ospedali e ruolo di Anaa Assomed: il caso Modena

La realtà sanitaria nazionale è oggi caratterizzata da processi di razionalizzazione della spesa sanitaria volti a contenere i costi, ma con l'intento di non diminuire il livello delle prestazioni erogate



PATRIZIA NATALI
Segreteria Anaa
Assomed Modena
Settore Dirigenza
Sanitaria

Questa ardua impresa è possibile solamente nell'ambito di un riordino che riveda alla base le attuali logiche organizzative delle strutture sanitarie. È quanto sta succedendo alla Sanità modenese che dal primo luglio scorso, in seguito alla deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna 1055/2016, ha visto l'avvio di una "cabina di regia" che dovrà gestire il processo sperimentale, di durata triennale, di integrazione tra i due maggiori ospedali modenesi: Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena (Aou-Policlinico) e Nuovo Ospedale Sant'Agostino Estense (Nocsae) dell'Azienda Ausl di Modena che dovranno convergere in un'unica Azienda Ospedaliera Universitaria (Aou). Percorso di fusione fortemente promosso dall'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna e dalla Conferenza socio sanitaria territoriale (i sindaci dei Comuni) e che vede il coinvolgimento delle stesse organizzazioni sindacali tra cui Anaa Assomed.

Snodo cruciale di questa riorganizzazione sono le "piattaforme produttive" il cui scopo è quello di ridurre la variabilità dei risultati in processi analoghi (p. es. amministrativi, ambulatoriali, sale operatorie, laboratori, ecc.), di eliminare inefficienze e colli di bottiglia. Le forze tecnologiche e profes-



sionali presenti nei diversi nodi della rete, sono assegnate ad un unico coordinamento organizzativo che dovrà fornire prestazioni ad una molteplicità di strutture rendendone più efficiente l'utilizzo. L'intento è quello di una razionalizzazione delle risorse, non solo economiche, ottimizzando la distribuzione delle aree specialistiche per evitare "doppioni" tra ospedali entrambi a valenza provinciale ma distanti tra loro una manciata di chilometri e soprattutto offrire ai cittadini una sanità più efficace. Sarà necessario definire nuovi ruoli e nuove figure professionali per presidiare la gestione delle piattaforme stesse e per garantire l'integrazione clinico assistenziale all'interno delle reti.

In questo contesto di sviluppo e innovazione organizzativa si colloca la rete provinciale dei laboratori. Il laboratorio del presidio Nocsae, Blu (Baggiovara Laboratorio Unificato) è una piattaforma già attiva da qualche anno e con i suoi oltre 9 milioni di esami all'anno soddisfa le esigenze dell'intero territorio provinciale per i pazienti esterni e ricoverati, con la sola eccezione degli esami a risposta rapida dei presidi ospedalieri territoriali. Sul piano istituzionale afferisce al "Dipartimento interaziendale ad attività integrata di medicina di laboratorio" nato nel 2013. Il modello organizzativo ap-

plicato è quello Hub-Spoke, dove l'Hub è rappresentato da Blu ed è costituito da Corelab – laboratorio altamente automatizzato, Tossicologia e diagnostica avanzata con erogazione di esami specialistici per l'intera provincia, Microbiologia unica provinciale che esegue esami per tutti gli interni dell'Ausl e tutti gli esterni provinciali.

La rete (spoke) invece comprende i laboratori dell'Ausl e il Laboratorio Centralizzato presso l'Aou-Policlinico in via di consolidamento su Blu, che include un settore di cito-fluorimetria ed emoglobine anomale che esegue esami per tutta la Provincia; il laboratorio di Virologia e Microbiologia che svolge esami per interni dell'Aou-Policlinico e esegue alcuni esami virologici per tutta la provincia; il laboratorio di Tossicologia che esegue principalmente immunosoppressori per tutta la Provincia; il Trasfusionale; l'Anatomia patologica. Tutti i laboratori sono dotati di un unico sistema informativo integrato. Nonostante le caratteristiche già altamente integrate tra i diversi presidi, il Nucleo tecnico per il progetto sperimentale di gestione unica tra Aou-Policlinico e Nocsae, ha ritenuto non opportuna l'inclusione nella futura Aou del laboratorio Blu. Il laboratorio Blu rimarrà in capo all'Ausl di Modena, ritenendo che, dal momento che la maggior parte delle attività vengono svol-



“

Il ruolo di Anaao Assomed diventa determinante in un periodo di transizione come quello attuale in cui dovranno essere attuati nuovi processi che richiedono soluzioni innovative non storicamente consolidate

te per il territorio afferente alla Ausl stessa, questo consenta una maggiore efficienza organizzativa.

Questa decisione rappresenta però un'anomalia nella gestione sia della struttura che del personale del presidio di Nocsae che in blocco afferirà alla nuova Aop ad eccezione appunto del laboratorio Blu per le motivazioni espresse. È chiaro che in questo momento storico di grandi cambiamenti, dovuti in parte a congiunture economiche per un calo delle risorse assegnate alla Sanità, e dall'altra a precise scelte politiche dell'Assessorato regionale, l'Anaao Assomed pone una particolare attenzione ai mutamenti in atto, anche per quanto riguarda la rete provinciale dei laboratori. Mutamenti sicuramente necessari per adeguarsi alle cambiate condizioni socio economiche degli ultimi anni (aumento dell'età media, aumento delle patologie croniche, calo delle risorse), ma che non possono prescindere dal tenere nella dovuta considerazione un patrimonio di competenze espresse dai professionisti di laboratorio. Da una parte l'accentramento degli esami sia di routine che di specialistica in un unico presidio e senza reintegro di personale rischiano di aumentare fortemente il carico di lavoro sui professionisti di Blu fino al limite della sostenibilità, dall'altra di depauperare i laboratori periferici con un impoverimento delle competenze professionali in relazione alle attività "residuali" proprie dei laboratori spoke, gravando per di più su poche unità che devono coprire turni diurni e di reperibilità con il rischio di trovarsi al limite del rispetto delle norme previste dall'Ue in termini di orario di servizio e turni di riposo.

La formazione di un unico team pro-

fessionale può ragionevolmente essere lo strumento di un'evoluzione organizzativa e che consenta ai professionisti di non subire, ma governare questi processi di cambiamento.

In questo contesto in cui è richiesto uno sforzo che vede coinvolta anche la Dirigenza sanitaria, sono inoltre bloccate le possibilità di progressione di carriera sempre per mancanza di fondi. Se infatti è stata posta la firma dell'accordo quadro sulle 4 aree di in cui si ridefinisce la nuova cornice entro la quale avranno luogo i rinnovi contrattuali, la contrattazione stenta comunque a decollare.

Di contro si fa fronte alle esigenze di copertura del servizio con personale precario, contratti a tempo determinato o ancora con personale "volontario", professionisti che rimangono loro malgrado anni in tale condizione e che assumono un ruolo sempre più determinante a coprire le reali necessità di fabbisogno di personale. Personale "atipico" che non trova sbocco in un concorso sempre più difficile da bandire per carenza di fondi e per il blocco del turnover: presso la Ausl di Modena un Dirigente sanitario su sei è infatti in condizioni di precariato.

La Delibera della Giunta della Regione Emilia Romagna 1735/14, permette che il personale a tempo determinato in forza all'Ausl venga stabilizzato se utilmente collocato in graduatoria da concorso. Questo è possibile per alcune figure, dove esistono graduatorie da concorso pubblico ancora vigenti, per altre invece non è in essere nessuna graduatoria utile e occorre prevedere l'indizione di concorsi.

In alcuni casi si tratta di colleghi che sono in situazione di precarietà da oltre 3 anni per quanto disposto dal

Dpcm 6.3.2015 "Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità".

Il provvedimento era stato previsto per dare risposte specifiche al personale precario del settore sanitario. Nel dicembre 2013 Organizzazioni sindacali e Ministero della salute avevano condiviso la necessità di stabilizzare tutti i precari, avviando modifiche legislative per rimuovere gli ostacoli alla stabilizzazione anche dei co.co.co., pure nelle regioni soggette a piano di rientro.

Il Dpcm 6.3.2015, a causa delle modifiche imposte dal Mef, è stato però ricondotto ai vincoli generali previsti dalla normativa nazionale (legge di stabilità 2016), limitando così il numero delle stabilizzazioni effettuabili ai tempi determinati ed alle quote di turnover. Se da un lato quindi è ora auspicabile un rapido avvio delle procedure concorsuali attualmente possibili in base ai contenuti dello stesso Dpcm e della Dgr 1734/14, dall'altro lato è necessario assumere iniziative per ottenere modifiche legislative tese a garantire il percorso di stabilizzazione, superando i vincoli che attualmente esistono, compreso quello con rapporti di lavoro flessibili e atipici.

La Regione Emilia Romagna, va sottolineato, nell'ottica del contenimento dei tempi di attesa, ha destinato all'Ausl di Modena 1 mln 233mila euro, risorse che derivano dalla Dg 1735/14, di cui circa 560mila euro per attività aggiuntiva e nuove assunzioni.

Pochi di questi concorsi però hanno preso avvio.

Ecco quindi che il ruolo di Anaao Assomed diventa determinante in un periodo di transizione come quello attuale in cui dovranno essere attuati nuovi processi che richiedono soluzioni innovative non storicamente consolidate. È infatti compito del sindacato tutelare i lavoratori nei passaggi strategici organizzativi dell'Ausl di Modena, con appositi accordi, affinché, pur nell'ambito delle poche risorse disponibili, si provveda ad una rivisitazione dei Ccia sia dell'Ausl che dell'Aop in un'ottica di salvaguardia di tutte le categorie di professionisti, si metta mano ai turni di reperibilità, si avviino le procedure per l'espletamento di concorsi ormai non più procrastinabili e si solleciti infine l'apertura della nuova stagione contrattuale per sanare le falle di un sistema che nonostante le riorganizzazioni strutturali mostra il fianco ad una carenza di organico sempre meno sostenibile.



Pronto, avvocato?
Risponde l'ufficio legale Anaa Assomed

Sono dirigente medico madre di due gemelli. Quanti mesi di congedo parentale mi spettano? Avrò diritto a percepire l'intero trattamento economico per i primi 30 giorni di congedo o per i primi 60?

I periodi di congedo parentale, nel caso di parto gemellare o plurigemellare, si moltiplicano in base al numero dei figli, essendo l'istituto normativo correlato alla nascita di ciascun bambino (v. art. 32, D.lgs n. 151/01), al contrario il beneficio di maggior favore previsto dalla normativa collettiva (art. 15, Ccnl

10.2.2014 – area dirigenza medica) relativo al mantenimento del 100% della retribuzione per i primi trenta giorni di congedo è correlato all'evento parto unicamente considerato per cui, anche in presenza di parti plurimi, compete una sola volta e cumulativamente per entrambi i genitori.



Sono un medico ospedaliero affetto da una grave patologia che richiede terapie salvavita. Vorrei presentare domanda per passare dal tempo pieno al part-time, l'azienda è obbligata a trasformare il rapporto?

In generale, secondo la legge, la domanda di trasformazione del rapporto di lavoro in part-time è subordinata a una valutazione discrezionale dell'amministrazione interessata, la quale può accordarla entro 60 giorni dalla richiesta, oppure negarla in tutti casi in cui la trasformazione comporti, in relazione alle mansioni e alla posizione organizzativa ricoperta dal dipendente, un pregiudizio alla funzionalità dell'amministrazione stessa (v. art. 1, co. 58, L. n. 662/1996 come modificato dalla L. 133/2008).

Ferma restando la suddetta disciplina generale, la legge riconosce, invece, un vero e proprio diritto soggettivo alla

trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a part time (e al rientro al full time), per quei dipendenti "affetti da patologie oncologiche nonché da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, eventualmente anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, accertata da una commissione medica istituita presso l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente" (art. 8, comma 3, D.lgs n. 81/2015). In questi casi, come detto, l'amministrazione è obbligata a trasformare il rapporto del dipendente non avendo alcun potere discrezionale.

Sono dirigente medico ultracinquantacinquenne. Posso essere esonerato dai servizi di guardia nel reparto?

Purtroppo non esiste una norma di legge o di contratto che preveda un limite di età per l'effettuazione del servizio di guardia notturna, ma soltanto alcune dichiarazioni di intenti delle parti contrattuali contenute a margine dei Ccnl (v. Dichiarazione congiunta n. 9 del Ccnl 8 giugno 2000 e successiva Dichiarazione a verbale n. 25 del Ccnl 3

novembre 2005), che come tali non possono considerarsi vincolanti per l'azienda.

Nonostante ciò, resta possibile ottenere un esonero dalle guardie o, più in generale, dal lavoro notturno per motivi di salute, in base ad un giudizio espresso dal medico competente in materia di sicurezza.

Perdi troppo tempo a cercare articoli scientifici?

Segui il corso online:
**RICERCA
BIBLIOGRAFICA DI
ARTICOLI SCIENTIFICI
IN PUBMED**



A gennaio il primo corso online della **Fondazione Pietro Paci**
15 CREDITI ECM - GRATUITO *

PubMed, è una banca dati sviluppata dal National Center for Biotechnology Information (NCBI) presso la National Library of Medicine (NLM) di Bethesda (USA). L'interfaccia web consente l'accesso a oltre 16 milioni di citazioni di articoli scientifici dal 1950 ai giorni nostri.

Malgrado questa risorsa sia nota a tutti, pochi la sanno sfruttare al meglio delle sue potenzialità.

Con questo corso FAD ti saranno forniti gli strumenti di base per ottimizzare le strategie di ricerca riducendone i tempi di utilizzo. Imparerai a effettuare ricerche per campi, per citazioni e per frasi. Potrai muoverti in modo rapido e funzionale all'interno del sito per trovare velocemente tutti gli articoli e le riviste di interesse.

Gli argomenti saranno trattati con materiale testuale e brevi video interattivi. Durante il corso potrai disporre di un tutoraggio online in caso di dubbi e necessità.

Al termine del percorso potrai inoltre scaricare la dispensa completa che resterà per sempre tua.

IMPARI E CONSEGUI CREDITI SENZA PAGARE!



PER MAGGIORI INFORMAZIONI CONTATTACI
a.dotti@fondazionepietropaci.it www.fondazionepietropaci.com

* evento gratuito solo per iscritti Anao Assomed - 70 euro + IVA per i medici non iscritti Anao Assomed e 50 euro + IVA per tutte le altre professioni sanitarie

2016

d!

UN ANNO VISTO DA DIRIGENZA MEDICA

d!
dirigenza
medica

vertenza sanità

**sciopero
17 e 18
marzo**

La mobilitazione non si ferma.
Dopo il 16 dicembre altre 48 ore di protesta.

1 Responsabilità professionale
Incontro a Palazzo Giustiniani, 16 dicembre 2015
Intervista alla Camera

2 Anao Assomed
12 dicembre 2015
Le problematiche dei concorsi

3 Il mensile dell'Anao Assomed
ANAAO ASSOMED
MENSILE DI DIRIGENZA MEDICA

d!
dirigenza
medica

**Ecco la nostra
#buonasanità**

Il manifesto
unitario di medici e
dirigenti sanitari

1 Responsabilità
La proposta Anao Assomed

2 Anao Assomed
La nostra vertenza
entro la legge

3 Concorsi
Concorso Pmi Marco
La nostra vertenza

4 Il mensile dell'Anao Assomed
ANAAO ASSOMED
MENSILE DI DIRIGENZA MEDICA

d!
dirigenza
medica

Patto salute/ formazione/ carriere/ responsabilità professionale/ preariato/ contratto di lavoro/ risorse umane/ università/ salute

**vertenza salute
avviato
il confronto**

1 Anao Assomed
La vertenza Anao Assomed
con la Fondazione Policlinico

2 Concorso
Concorso Pmi
Intervista a Zaccardi

3 Il mensile dell'Anao Assomed
ANAAO ASSOMED
MENSILE DI DIRIGENZA MEDICA

d!
dirigenza
medica

Rinnovo del contratto

**Atto di indirizzo entro
giugno, ma le risorse
sono limitate**

Il rinnovo del Ccnl
non sarà
un pranzo di gala

1 Integrale Anao
Siti sui temi sanitari

2 Dirigenza sanitaria
Il fatto medico e le
competenze digitali in sanità

3 Tappa lavoro
Libertà sindacale:
il rinnovo alla Corte Europea

4 Il mensile dell'Anao Assomed
ANAAO ASSOMED
MENSILE DI DIRIGENZA MEDICA

Intervista
Massimo
Garavaglia

Il commento
di Costantino
Troise

d!
dirigenza
medica

LINEE GUIDA ANAAO

**La stabilizzazione
del personale
preario**

Le coordinate
nel documento
dell'Anao Assomed.
Al via il focus sulla
situazione delle
Regioni

1 Conferenza Promotori
Il focus Anao negli ospedali

2 Concorso di lavoro,
libero professionista
e sicurezza delle cure

3 Concorsi
Il confronto sul rinnovo
del contratto di lavoro

4 Il mensile dell'Anao Assomed
ANAAO ASSOMED
MENSILE DI DIRIGENZA MEDICA

d!
dirigenza
medica

La road map dell'Anao

**Priorità
a lavoro
e contratto**

Il documento finale
del Consiglio Nazionale
Anao Assomed,
riunito a Roma
il 17 e 18 giugno 2016

1 Intervista a Maria Emilia
De Biasi
Intervista Maria Emilia
De Biasi
Il rinnovo del Ccnl e
la vertenza. La vertenza
della vertenza che vertenza

2 Focus personale
La vertenza in
Anao Assomed
In Italia e nel Lazio

3 Il mensile dell'Anao Assomed
ANAAO ASSOMED
MENSILE DI DIRIGENZA MEDICA

Da questo momento Dirigenza Medica offre ai suoi lettori
in maniera gratuita:
- la possibilità di accedere ai contenuti digitali
con un semplice clic dal proprio telefono mobile.
Scansiona la QR CODE del tuo dispositivo, segui le indicazioni
quando trovi il codice... e buona navigazione su Dirigenza Medica!

**NUOVA
QR CODE**
UN LINK
TRA CARTA
STAMPATA
E WEB

d!
dirigenza
medica

Lo scenario economico del rinnovo contrattuale

**Nelle aziende
un tesoretto di
centinaia di
milioni di euro?**

L'Anao Assomed,
numeri alla mano,
spiega tutti i passaggi
che hanno portato
allo sciopero.

1 Focus personale
La vertenza in Parlamento
e in Camera

2 Tappa lavoro
Intervista a Gino
Mazzoni
Intervista a Gino
Mazzoni

3 Il mensile dell'Anao Assomed
ANAAO ASSOMED
MENSILE DI DIRIGENZA MEDICA

**NUOVA
QR CODE**
UN LINK
TRA CARTA
STAMPATA
E WEB

La possibilità di accedere ai contenuti digitali con un semplice clic
dal proprio telefono mobile. Scansiona la QR CODE del tuo dispositivo,
segui le indicazioni quando trovi il codice.

d!
dirigenza
medica

Campagna iscrizioni 2017

**#IOSONO
ISCRITTO
PERCHÉ**

ALCANTERNO
7 locandine
giornaliere da
affiggere nel tuo
ospedale

**CHI SI ISCRIVE
ALL'ANAAO
HA DIRITTO
ALLA POLIZZA
DI RIVALSA-
COLPA GRAVE.**

**NON
ISCRIVERSI
SAREBBE
UNA COLPA
GRAVISSIMA.**

SPECIALE
Benefici e vantaggi
della polizza
Anao

1 Il mensile dell'Anao Assomed
ANAAO ASSOMED
MENSILE DI DIRIGENZA MEDICA

d!
dirigenza
medica

Uno studio dell'Anao Assomed

2016 > 2030

**Il fabbisogno
di personale
medico nel Ssn**

La relazione
tra pensionamenti,
accessi alle scuole
di medicina
e chirurgia e
formazione
post-laurea

1 L'evoluzione di una parte
del rapporto lavorativo
"Il lavoro che c'è da fare"

2 Legge di bilancio 2017
Le novità per concorsi,
contratti e pensioni

3 Il mensile dell'Anao Assomed
ANAAO ASSOMED
MENSILE DI DIRIGENZA MEDICA