

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 luglio 2019

CONSIGLIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

I risultati ottenuti e le sfide che ci attendono

Il Consiglio Nazionale AnaaO Assomed riunito a Catania il 21 e 22 giugno 2019 ha approvato l'esautiva relazione del Segretario nazionale Carlo Palermo sullo stato della sanità pubblica, le novità legislative e il punto sulla trattativa per il rinnovo del Ccnl 2016-2018. Ha espresso soddisfazione per l'attività delle Commissioni di lavoro e per l'operato dell'AnaaO nelle organizzazioni dei medici a livello europeo, nonché per l'andamento della campagna di iscrizioni che registra, nel primo semestre del 2019 significativi risultati, a testimonianza della forza e della capacità di penetrazione dell'AnaaO nonché dell'attivismo dei suoi dirigenti aziendali e regionali. Auspica quindi la chiusura del Ccnl 2016-2018 in tempi ravvicinati per rispondere alle aspettative delle categorie professionali del Ssn.

La sanità pubblica continua la sua fase recessiva, alle prese con il solito teatrino di incrementi economici promessi e negati, il mantra pervasivo del secondo pilastro, periodicamente portato alla ribalta da opportunistiche indagini di mercato, carenze di specialisti, spunto per l'ingegneria creativa delle Regioni alla ricerca spasmodica di una riduzione del costo del lavoro medico, riforme delle autonomie somiglianti ad un golpe istituzionale. I medici ed i dirigenti sanitari rappresentano categorie "stanche e povere", il cui senso di responsabilità nel tenere in piedi quello che resta della sanità pubblica è messo a dura prova. Non basterà il senso etico a garantire da solo la sostenibilità del Ssn attaccato dalle autonomie differenziate e da politiche aziendalistiche, incapaci di valorizzare la risorsa più preziosa delle organizzazioni professionali, cioè il loro capitale umano.

La conversione in legge del decreto Calabria segna un importante punto di svolta nella storia travagliata della formazione post laurea in Italia perché realizza a livello legislativo un obiettivo storico dell'AnaaO, quale l'incontro tra lavoro e formazione. Ma esso rappresenta un'importante novità anche per l'avvio di politiche assunzionali con un nuovo tetto di spesa che, però, se garantisce il turn over dal 2018 non è in grado di consentire il recupero dei 10 mila posti di lavoro persi, specie nelle Regioni meridionali. E ancora, il Consiglio Na-

zionale ha approvato le linee di indirizzo del rinnovo del Ccnl 2016-2018 mirate in primis a ridurre il disagio lavorativo, garantire percorsi di carriere più articolate e meglio retribuite, assicurare relazioni sindacali più corrette a garanzia dell'esigibilità del disposto contrattuale. La rapida chiusura del Ccnl 2016-2018 è anche requisito inderogabile per discutere a seguire il Ccnl 2019-2021 che, grazie all'iniziativa politica dell'AnaaO e delle Organizzazioni sindacali, ha una dote economica che consentirà di continuare il percorso iniziato. A tale proposito si ritiene necessario continuare a perseguire con ogni mezzo l'acquisizione della Ria alle risorse contrattuali a garanzia del futuro contrattuale delle giovani generazioni.

La tempesta perfetta in cui è precipitata la sanità pubblica non è certo passata e la bandiera dell'articolo 32 della Costituzione è rimasta ormai solo nelle mani dei medici e dirigenti sanitari. Alle prese con cambiamenti epocali che riguardano i pazienti, le organizzazioni, le tecnologie che rischiano di non essere più controllabili. In questi processi la forza dell'AnaaO e la domanda di sindacato, che non è morta, rappresentano un confortante viatico nell'anno in cui celebriamo il 60esimo compleanno. Il Consiglio Nazionale guarda quindi con grande attenzione ai medici e ai dirigenti sanitari che operano nell'ambito dell'ospedalità privata accreditata, settore in cui, come nel pubblico, vi sono problematiche legate ai disagi professionali e ai sovraccarichi lavorativi, con blocco ultradecennale dei contratti di lavoro, diversificati tra strutture e anche all'interno delle strutture stesse.

Auspica perciò il superamento della frammentazione contrattuale nell'applicazione di regole omogenee che permettano la valorizzazione dell'esercizio professionale ed il riconoscimento del merito all'impegno individuale, di fronte ad una controparte datoriale non sempre sensibile alle istanze del personale dipendente e dei professionisti dimenticando di operare in nome e per conto del Ssn.

Infine, il Consiglio Nazionale ringrazia la Ministra della salute, on. Giulia Grillo, per l'attenzione dimostrata verso il nostro mondo e la nostra Associazione con la presenza ai suoi lavori.

Strutture e personale. La fotografia del Ssn

Ben 1.029 strutture per l'assistenza ospedaliera, 8.928 per la specialistica ambulatoriale, 7.324 per quella territoriale residenziale, 3.064 per l'assistenza territoriale semiresidenziale, 5.649 per l'altra assistenza territoriale e 1.109 per l'assistenza riabilitativa (ex. art. 26 L. 833/78).

Un universo dove il pubblico fa la parte del leone con il 52,2% delle strutture che erogano assistenza ospedaliera mentre il privato accreditato domina nell'assistenza territoriale residenziale (81,9%) semiresidenziale (68,2%) e riabilitativa ex art.26 L. 833/78 (77,8%).

Sono circa 193 mila i posti letto per la degenza ordinaria, di cui il 21,1% nelle strutture private accreditate, 13.863 posti per il Day hospital, quasi totalmente pubblici (89,6%) e 8.545 posti per il Day surgery in grande prevalenza pubblici (78%).

Le unità di personale sono 605.192 (il 71,3% ricopre un ruolo sanitario, il 17,6% tecnico, il 10,8% amministrativo e lo 0,2% professionale) di cui 100.702 sono medici e 253.543 infermieri con rapporto di 2,5 infermieri per ogni medico.

È questo lo spaccato delle strutture, delle attività e del personale del Servizio sanitario nazionale, sia nel pubblico che nel privato (case di cura e strutture private autorizzate, accreditate e non accreditate con il Ssn) fotografato dall'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale 2016, pubblicato dal ministero della Salute a cui si affianca una pubblicazione dedicata al personale di tutte le tipologie di strutture.



Vediamo quali sono i principali dati emersi

L'assistenza ospedaliera

Il quadro generale delle strutture evidenzia nel periodo 2013-2016 un andamento decrescente del numero delle strutture di ricovero, per effetto degli interventi di razionalizzazione delle reti ospedaliere che determinano la riconversione e l'accorpamento di molte strutture: il numero di quelle pubbliche diminuisce del 1,4% mentre per le strutture private accreditate si registra un decremento del 1,1%. Una cura dimagrante che ha però colpito in maniera consistente anche l'as-

sistenza specialistica ambulatoriale: ambulatori e laboratori pubblici sono calati dell'1,6%, con una diminuzione meno evidente per le strutture private accreditate (0,7%).

Nel 2016 c'erano 1.029 istituti di cura, di cui il 52,18% pubblici e il 47,81% privati accreditati. Il 64,24% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle aziende sanitarie locali, il 10,24% da Aziende ospedaliere, e il 25,51% dalle altre tipologie di ospedali pubblici.



Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata Anno 2016

Assistenza	Natura delle strutture				Totale
	Pubbliche	%	Private accreditate	%	
Assistenza Ospedaliera	537	52,2%	492	47,8%	1.029
Assistenza Specialistica Ambulatoriale	3.628	40,6%	5.300	59,4%	8.928
Assistenza Territoriale Residenziale	1.326	18,1%	5.998	81,9%	7.324
Assistenza Territoriale Semiresidenziale	974	31,8%	2.090	68,2%	3.064
Altra Assistenza Territoriale	4.932	87,3%	717	12,7%	5.649
Assistenza Riabilitativa (ex art. 26)	246	22,2%	863	77,8%	1.109

Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati Anno 2016

Regione	Posti letto pubblici					Posti letto accreditati					
	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Degenza a Pagamento	Totale	Posti per 1.000 abitanti	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Totale	Posti per 1.000 abitanti
PIEMONTE	1.180	825	12.025		14.030	3,2	4	123	3.360	3.487	0,8
VALLE D'AOSTA	23	11	379		413	3,3		2	71	73	0,6
LOMBARDIA	824	1.119	27.955	568	30.466	3,0	153	362	7.546	8.061	0,8
PROV. AUTON. BOLZANO	99	90	1.595	20	1.804	3,4	4		285	289	0,6
PROV. AUTON. TRENTO	95	78	1.341		1.514	2,8	8	16	518	542	1,0
VENETO	684	709	14.700	108	16.201	3,3	26	88	1.389	1.503	0,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	445	44	3.576	114	4.179	3,4	55	35	389	479	0,4
LIGURIA	364	280	4.762	32	5.438	3,5	13	15	280	308	0,2
EMILIA ROMAGNA	703	270	12.807	102	13.882	3,1	80	119	3.808	4.007	0,9
TOSCANA	1.019	344	9.157	214	10.734	2,9	71	142	1.589	1.802	0,5
UMBRIA	214	143	2.535	9	2.901	3,3		33	239	272	0,3
MARCHE	377	215	4.129	8	4.729	3,1	2	65	772	839	0,5
LAZIO	1.628	623	14.159	83	16.493	2,8	290	90	4.763	5.143	0,9
ABRUZZO	191	179	3.035		3.405	2,6	34	37	1.065	1.136	0,9
MOLISE	86	61	976	147	1.270	4,1	6	8	140	154	0,5
CAMPANIA	1.516	607	10.078	49	12.250	2,1	285	267	5.566	6.118	1,0
PUGLIA	667	225	9.491	24	10.407	2,6		14	2.338	2.352	0,6
BASILICATA	154	78	1.611	10	1.853	3,2		6	90	96	0,2
CALABRIA	525	209	3.300	4	4.038	2,1	176	55	1.683	1.914	1,0
SICILIA	1.117	424	10.307	83	11.931	2,4	200	339	3.857	4.396	0,9
SARDEGNA	505	134	4.297	4	4.940	3,0	40	61	953	1.054	0,6
ITALIA	12.416	6.668	152.215	1.579	172.878	2,9	1.447	1.877	40.701	44.025	0,7

Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati distribuzione per acuti/non acuti - indicatori per 1.000 abitanti Anno 2016

Regione	Posti Letto per Acuti			Posti Letto per Non Acuti		
	Pubblici	Accreditati	Totale	Pubblici	Accreditati	Totale
PIEMONTE	2,7	0,3	3,0	0,5	0,5	1,0
VALLE D'AOSTA	3,0	0,1	3,1	0,2	0,5	0,7
LOMBARDIA	2,6	0,5	3,1	0,4	0,3	0,7
PROV. AUTON. BOLZANO	3,2	(*)	3,2	0,2	0,5	0,7
PROV. AUTON. TRENTO	2,6	0,2	2,8	0,3	0,8	1,0
VENETO	2,9	0,2	3,0	0,4	0,1	0,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	3,2	0,3	3,5	0,2	0,1	0,3
LIGURIA	3,0	0,1	3,1	0,5	0,1	0,6
EMILIA ROMAGNA	2,7	0,5	3,2	0,4	0,4	0,8
TOSCANA	2,7	0,3	3,0	0,1	0,2	0,3
UMBRIA	2,9	0,3	3,1	0,4	(*)	0,4
MARCHE	2,7	0,3	3,0	0,4	0,3	0,6
LAZIO	2,6	0,4	3,0	0,2	0,4	0,7
ABRUZZO	2,4	0,5	2,8	0,2	0,4	0,6
MOLISE	3,4	0,3	3,7	0,7	0,2	0,9
CAMPANIA	2,0	0,8	2,8	0,1	0,3	0,3
PUGLIA	2,4	0,4	2,8	0,2	0,2	0,3
BASILICATA	2,7	0,1	2,8	0,5	0,1	0,6
CALABRIA	2,0	0,5	2,5	0,1	0,5	0,5
SICILIA	2,1	0,7	2,8	0,2	0,2	0,4
SARDEGNA	2,9	0,5	3,4	0,1	0,1	0,2
ITALIA	2,6	0,4	3,0	0,3	0,3	0,6

(*) Valore inferiore a 0,05

ASS_OSP_STR_11

I posti letto per acuti afferiscono alle discipline mediche e chirurgiche ad esclusione delle discipline di riabilitazione (28 - Unità spinali; 56 - Recupero e riabilitazione funzionale; 75 - Neuroriabilitazione) e di lungodegenza (60 - Lungodegenti). I posti letto per non acuti sono quelli afferenti alle discipline di riabilitazione e di lungodegenza.

Posti letto.

Il Ssn dispone di circa 193 mila posti letto per la degenza ordinaria, di cui il 21,1% nelle strutture private accreditate, 13.863 posti per il Day hospital, quasi totalmente pubblici (89,6%) e 8.545 posti per il Day surgery in grande prevalenza pubblici (78%).

A livello nazionale sono disponibili 3,6 posti letto ogni mille abitanti, in particolare quelli dedicati all'attività per acuti sono 3,0 ogni mille abitanti. E con una disomogeneità territoriale: fra le Regioni con la maggiore densità di posti letto ci sono il Molise con 4,6 posti letto ogni mille abitanti, l'Emilia Romagna (4). Al contrario fra le Regioni con

la minor disponibilità di posti letto ci sono la Calabria (3 posti letto), la Campania (3,1) e Puglia (3,1). A livello nazionale i posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni mille abitanti e sempre con notevole variabilità regionale.

Delle 538 strutture di ricovero pubbliche, il 30% dispone meno di 120 posti letto e il 16% ha meno di 120 posti letto distribuiti su meno di 5 discipline. Il 42% delle strutture di ricovero pubbliche è caratterizzato da un numero di posti letto compreso fra i 120 e i 400 posti letto. Il 13% delle strutture di ricovero pubbliche è caratterizzato da un numero di posti letto compreso fra i 400 e i 600. Infine il 16% dispone di più di

600 posti letto. Per quanto riguarda il numero delle discipline, strutture di dimensioni ridotte (meno di 120 posti letto) hanno al massimo 14 discipline, mentre le strutture di dimensioni significative (più di 600 posti letto) presentano un numero di discipline in genere pari a 15.

La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche (nelle strutture ospedaliere e territoriali) è in aumento nel settore pubblico, ma con una forte variabilità regionale. Esistono circa 101,1 mammografi ogni 1 milione di abitanti con valori oltre 140 in due Regioni (Valle d'Aosta, Umbria).

Attività di pronto soccorso delle strutture di ricovero pubbliche e delle case di cura private accreditate
Anno 2016

Regione	Numero pazienti				Totale	% di ricoverati	N° Accessi x 1.000 abitanti
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti				
PIEMONTE	157.451	1.202.992	2.809	1.363.252	11,5	310	
VALLE D'AOSTA	8.403	35.385	26	43.814	19,2	345	
LOMBARDIA	485.833	3.099.177	5.724	3.590.734	13,5	358	
PROV. AUTON. BOLZANO	31.884	230.503	78	262.465	12,1	501	
PROV. AUTON. TRENTO	23.326	168.578	153	192.057	12,1	356	
VENETO	233.273	1.574.731	1.734	1.809.738	12,9	368	
FRIULI VENEZIA GIULIA	59.076	304.572	383	364.031	16,2	299	
LIGURIA	91.211	496.540	718	588.469	15,5	376	
EMILIA ROMAGNA	244.011	1.443.227	1.991	1.689.229	14,4	380	
TOSCANA	181.565	1.225.240	2.253	1.409.058	12,9	377	
UMBRIA	53.009	279.118	230	332.357	15,9	374	
MARCHE	58.678	436.969	916	496.563	11,8	323	
LAZIO	301.060	1.473.851	5.289	1.780.200	16,9	302	
ABRUZZO	73.630	422.703	402	496.735	14,8	376	
MOLISE	18.858	78.718	170	97.746	19,3	315	
CAMPANIA	242.672	1.565.424	1.445	1.809.541	13,4	310	
PUGLIA	204.730	1.017.862	1.003	1.223.595	16,7	301	
BASILICATA	35.858	150.436	122	186.416	19,2	327	
CALABRIA	84.711	448.732	474	533.917	15,9	272	
SICILIA	225.950	1.458.731	1.514	1.686.195	13,4	333	
SARDEGNA	75.083	338.544	350	413.977	18,1	250	
ITALIA	2.890.272	17.452.033	27.784	20.370.089	14,2	336	

N.B.: L'ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO PUO' COMPREDERE ANCHE QUELLA DI ACCETTAZIONE ASS_OSP_ATT_03

Personale del ssn (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere e aziende ospedaliere integrate con l'universita') per ruolo
Anno 2016

Regione	Ruoli					di cui	
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo	Totale	Medici e Odontoiatri	Personale Infermieristico
PIEMONTE	36.464	124	10.309	6.942	53.839	8.400	21.387
VALLE D'AOSTA	1.359	5	451	343	2.158	328	718
LOMBARDIA	58.996	209	17.264	10.719	87.188	12.731	34.516
PROV. AUTON. BOLZANO	5.489	27	2.034	1.133	8.688	952	3.178
PROV. AUTON. TRENTO	5.015	8	1.827	947	7.797	1.039	2.855
VENETO	39.453	94	12.186	6.104	57.837	7.961	24.350
FRIULI VENEZIA GIULIA	12.017	29	3.915	1.465	17.426	2.332	7.301
LIGURIA	10.971	23	2.698	1.715	15.408	2.404	6.386
EMILIA ROMAGNA	39.990	165	10.219	5.250	55.624	7.996	24.228
TOSCANA	35.134	116	9.008	4.206	48.464	7.931	20.907
UMBRIA	8.060	25	1.770	828	10.683	1.970	4.582
MARCHE	12.984	24	3.321	1.783	18.116	2.808	7.876
LAZIO	31.135	85	4.187	4.634	40.052	7.278	18.766
ABRUZZO	10.456	17	2.351	1.299	14.123	2.710	6.049
MOLISE	2.180	2	497	219	2.898	440	1.313
CAMPANIA	31.755	90	5.312	4.640	41.805	8.978	18.279
PUGLIA	25.614	59	5.550	3.550	34.774	6.219	14.941
BASILICATA	4.763	19	1.184	591	6.557	1.111	2.853
CALABRIA	13.129	49	2.688	2.385	18.493	3.769	7.262
SICILIA	30.982	72	6.419	4.454	41.954	9.023	17.336
SARDEGNA	15.715	50	3.464	2.081	21.310	4.323	8.461
ITALIA	431.661	1.292	106.654	65.288	605.194	100.703	253.544

Il Totale Personale comprende le Qualifiche Atipiche PER_SSN_01

L'area dell'emergenza

Il 52% degli ospedali pubblici nel 2016 hanno un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (65%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente nell'80,6% degli ospedali. Mentre sono dotate di pronto soccorso pediatrico l'16,9% degli ospedali. Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso si evidenzia che nel 2016 ci sono stati circa 3,4 accessi ogni 10 abitanti; di questi quasi il 14,2% è stato in seguito ricoverato. Quest'ultimo indicatore si presenta altamente variabile a livello territoriale: a fronte di una percentuale di ricovero pari al 11,5% registrato in Piemonte si raggiungono valori pari a 19,3% in Molise. Dai dati di attività delle strutture con

pronto soccorso pediatrico emerge che ci sono stati 1,5 accessi ogni 10 abitanti fino a 18 anni di età; l'8,1% di questi è stato in seguito ricoverato. I reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza dispongono per il complesso degli istituti pubblici e privati accreditati di 4.988 posti letto di terapia intensiva (8,23 per 100mila ab.), 1.160 posti letto di terapia intensiva neonatale (2,45 per mille nati vivi), e 2.618 posti letto per unità coronarica (4,32 per 100mila ab.).

Il personale del Ssn

Il personale dipendente è costituito dal personale delle aziende sanitarie locali, compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta, dal personale delle Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere integrate con il Ssn e dal perso-

nale delle Aziende ospedaliere integrate con l'Università.

Nel 2016 tutto il personale ammonta a 605.192 unità e risulta così ripartito: il 71,3% ruolo sanitario, il 17,6% ruolo tecnico, il 10,8% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale.

Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 100.702 unità e quello infermieristico da 253.543 unità; il rapporto fra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di 2,5 infermieri per ogni medico. Nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate operano 92.326 medici e 232.570 unità di personale infermieristico. In particolare, nelle Asl il personale dipendente è pari a 404.411 unità di cui 66,0% donne e 34,0% uomini. La composizione media per ruolo è così strutturata: il 71,0% ruolo sanitario, il 17,2% ruolo tecnico, il 13,6% ruolo amministrativo e lo 0,2% dal ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico costituiscono il 57,0% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 23,3% mentre il 19,7% è rappresentato da altre figure professionali sanitarie (altro personale laureato; dirigente delle professioni sanitarie; personale tecnico-sanitario; personale funzioni riabilitative; personale vigilanza-ispezione).

Nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate il totale del personale era di 532.561 unità di cui: il 74,7% con un ruolo sanitario, 17,4% con un ruolo tecnico, 7,6% con un ruolo amministrativo e lo 0,3% con un ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico costituiscono il 59,2% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 25,6% mentre il 15,2% è rappresentato da altre figure professionali sanitarie (altro personale laureato; dirigente delle professioni sanitarie; personale tecnico - sanitario; personale funzioni riabilitative; personale vigilanza - ispezione).

Nelle Aziende ospedaliere c'erano 136.426 unità di personale di cui 68,0% donne e 32,0% uomini. Di questi: il 72,5% è rappresentato dal ruolo sanitario, 18,0% ruolo tecnico, 9,3% ruolo amministrativo e 0,2% ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico costituiscono il 60,8% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 24,3% mentre il 14,9% è rappresentato dalle altre figure professionali sanitarie come per le tipologie precedenti.

Negli ospedali a diretta gestione delle Asl c'erano 239.543 unità di personale di cui: 78,3% ruolo sanitario,

Personale del ssn (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere e aziende ospedaliere integrate con l'universita') per profilo professionale
Anno 2016

Ruolo Sanitario		431.661
Medici e Odontoiatri		100.703
Medici	100.617	
Odontoiatri	86	
Altro Personale Laureato		16.509
Veterinari	4.868	
Farmacisti	2.485	
Biologi	3.077	
Chimici	222	
Fisici	504	
Psicologi	5.353	
Personale Infermieristico		253.544
Operatori I categoria	247.223	
Operatori II categoria	6.321	
Dirigente delle Professioni Sanitarie		343
Tecnico-Sanitario		32.025
Riabilitazione		19.161
Vigilanza e Ispezione		9.374
Ruolo Professionale		1.292
Avvocati	174	
Ingegneri	774	
Architetti	106	
Geologi	1	
Assistenti Religiosi	237	
Ruolo Tecnico		106.654
Analisti	261	
Statistiche	74	
Sociologi	494	
Assistenti Sociali	5.682	
Collaboratori Tecnico-professionali	3.069	
Assistenti Tecnici	2.688	
Programmatore	688	
Operatori Tecnici	29.640	
Operatori Tecnici di Assistenza	49.194	
Ausiliari Specializzati	14.864	
Personale con Qualifiche Atipiche		299
TOTALE		605.194
Restante Personale		236
Specializzandi	-	
Personale contrattista o equiparato	236	
Personale addetto ai L.S.U.	-	
TOTALE PERSONALE		605.430

PER_SSN_02

17,0% ruolo tecnico, 4,5% ruolo amministrativo e 0,2% ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico costituiscono il 61,0% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 25,0% mentre il 14,0% è rappresentato da altre figure professionali sanitarie.

Nelle Aziende ospedaliere universitarie e nei Policlinici universitari privati c'erano 80.746 unità di personale. Di questi il 71,7% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,9%, dal ruolo tecnico, il 9,8% dal ruolo amministrativo e lo 0,2% dal ruolo professionale.

Anche in questo caso il personale con profilo infermieristico è la maggioranza, il 58,1% del totale del ruolo sanitario, seguiti dai medici e gli odontoiatri con il 27,4% mentre il 14,5% è rappre-

sentato da altre figure professionali sanitarie.

Le strutture di ricovero equiparate alle pubbliche: comprendono i Policlinici Universitari privati, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati e pubblici, gli ospedali classificati, gli Istituti privati qualificati presidio Asl e gli Enti di ricerca.

Nel 2016 il personale dipendente ammonta a 73.180 unità, di cui: 70,9% ruolo sanitario, 16,8% ruolo tecnico, 12,0% ruolo amministrativo, 0,3% ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico costituiscono il 52,0% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 28,1% mentre il 19,9% è rappresentato da altre figure professionali sanitarie.

Irccs privati.

Il personale dipendente degli Irccs privati e degli Irccs fondazioni private era di 24.327 unità. Di questi il 70,0% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 15,0%, dal ruolo tecnico, il 14,6% dal ruolo amministrativo e il restante 0,4% dal ruolo professionale.

Le unità di personale con profilo infermieristico costituiscono il 46,1% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 28,3% mentre il 25,6% è rappresentato da altre figure professionali sanitarie.

Irccs pubblici.

Il personale di quelli pubblici e degli Irccs fondazioni pubbliche era di 22.386 unità, di cui: 70,5% ruolo sanitario, 18,9% ruolo tecnico, 10,3% ruolo amministrativo, 0,3% ruolo professionale. Gli infermieri sono il 56,1% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 25,9% mentre il 18,0% è rappresentato dalle altre figure professionali sanitarie.

Ospedali classificati. Le unità di personale erano 14.712. Di queste il 74,3% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 16,4%, dal ruolo tecnico, il 9,1% dal ruolo amministrativo e il restante 0,2% dal ruolo professionale. Gli infermieri sono il 54,3% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 30,6% mentre il 15,1% è rappresentato dalle altre figure professionali sanitarie.

Istituti qualificati presidi di Asl.

Nel 2016 il personale dipendente degli Istituti di cura privati qualificati presidio dell'Asl era di 5.574 unità. Il 68,8% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 19,5%, dal ruolo tecnico, l'11,4% dal ruolo amministrativo e il restante 0,3% dal ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico costituiscono il 50,9% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 28,3% mentre il 20,8% è rappresentato dalle altre figure professionali sanitarie.

Enti di ricerca.

Solo 976 unità di personale, ma anche in questo caso il 78,8% è nel ruolo sanitario, il 9,9% nel ruolo tecnico, il 11,2% nel ruolo amministrativo e lo 0,1% nel ruolo professionale. Gli infermieri sono sempre la maggioranza con il 62,5% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 21,5% mentre il 16,0% è rappresentato da altre figure professionali sanitarie.

Da Nord a Sud d'Italia è allarme rosso

Non c'è Regione risparmiata dalla gravissima criticità che si chiama "carenza di medici". Mancano medici di Emergenza urgenza, ostetrici e ginecologi, anestesisti, ma anche chirurghi e pediatri. Una sofferenza testimoniata dai segretari regionali dell'Anaa Assomed di sette regioni italiane. Secondo le stime del sindacato da qui al 2025 gli scenari saranno a tinte fosche, in Toscana e Piemonte, solo per fare un esempio, mancheranno per ognuna di queste realtà regionali circa 2 mila medici. Soluzioni? Poche e spesso fantasiose. E con l'arrivo dell'estate nelle corsie ospedaliere la situazione è destinata a complicarsi, con medici che avranno difficoltà a programmare le ferie estive.

CARENZA SPECIAL

Da Nord a Sud è vera emergenza. Parlano i Segretari regionali Anaa Assomed.

Flavio Civitelli

Segretario regionale Toscana

"In Toscana già da oggi ci si confronta con criticità determinate dalla carenza di medici soprattutto per alcune discipline e in alcune realtà periferiche. Nell'area dell'emergenza urgenza mancano circa 150 medici. Una carenza che non consente di programmare le ferie estive e crea una situazione di burnout. La Regione si è mossa con una delibera autonoma premiando economicamente il disagio e mettendo in campo la possibilità di proporre, a chi è in graduatoria per le discipline equipollenti, l'assunzione per il primo biennio in Ps. Sono stati formati 150 medici con corsi on the job riservati ai giovani professionisti non specialisti. Ci sono state molte polemiche su questa soluzione che non garantisce l'assunzione, ma ci auguriamo che la Regione consentirà di accedere in sovrannumero alle scuole di specializzazione. Anche in ginecologia e ostetricia ci sono importanti criticità. Non si possono prendere giovani medici e molti colleghi specialisti hanno difficoltà a lavorare in sala parto a causa di un'attività che espone a contenziosi. In particolare le criticità sono emerse nell'area Nord Ovest dove insistono tre punti nascita al di sotto degli standard previsti. A Piombino è rimasto un solo medico e gli altri punti nascita sono in carenza di organico. Garantire un'assistenza di qualità con un solo ginecologo non è fattibile. Una situazione che ci preoccupa".



Chiara Rivetti

Segretario regionale Piemonte

“Le stime Anaao per il Piemonte da qui al 2025 parlano di carenze importanti soprattutto nelle aree della pediatria, della medicina di urgenza, dell’anestesia e nell’area chirurgica e se il futuro è fosco il presente è tutt’altro che luminoso. Da un anno Anaao Piemonte sta denunciato la grave carenza soprattutto di pediatri e urgentisti in particolare negli ospedali di provincia. Non sono stati fin ora presi provvedimenti. A un anno di distanza è molto complicato affrontare l’estate e garantire ai colleghi le ferie. I turni vengono coperti ricorrendo alle cooperative le quali iniziano a scarseggiare, con gettoni mal pagati e con ordini di servizio. E si è arrivati alla chiusura di servizi e alla riduzione dei medici attivi per quelli aperti”.



Massimo Peccianti

Segretario regionale Molise

“In Molise già nel 2009 mancava almeno il 40% degli organici, in particolare ginecologi, ortopedici e medici di pronto soccorso. La Regione ha pensato a soluzioni fantasiose come quelle dei medici militari o dei medici in pensione, ma anche a medici in convenzione con altre Regioni, cosa che ci lascia perplessi considerando che tutte le regioni sono in sofferenza. Dalla Puglia dovrebbero arrivare in convenzione ortopedici, ma al momento non abbiamo nulla. E con l’avvento delle ferie si presume che questa carenza sarà ancora più evidente a tutto danno dell’utenza e della qualità del lavoro”.



Toni Palermo

Segretario regionale Sicilia

“Da anni viviamo una situazione drammatica e in questo contesto l’emergenza urgenza sta pagando un prezzo molto alto, in particolare nei pronto soccorso delle città periferiche come Caltanissetta, Enna, Agrigento, Siracusa o nei grandi paesi come Caltagirone. Un esempio su tutti il Ps di Caltanissetta con 35 mila accessi: ci lavorano solo 6 medici sui 16 necessari. Non si riesce a trovare una soluzione, si stanno aspettando i concorsi di bacino. In Sicilia occidentale avevano messo a concorso 70 posti, ma si sono presentati solo 46 medici di cui 6 erano vincitori di mobilità. Quindi appena 40 medici che andranno a coprire le grandi città lasciando Caltanissetta scoperta. I medici sono sotto stress, demotivati, spaventati e sono sempre di più oggetto di aggressione. Sempre a Caltanissetta mancano chirurghi e anestesisti. Stiamo aspettando che vengano messi a bando tutti i concorsi, ma anche che vengano approvati gli atti aziendali. In questo contesto pagano i cittadini che aspettano fino a 12 ore in Ps per essere visti. Insomma una situazione drammatica soprattutto nelle periferie. Possiamo solo essere fiduciosi che il governo regionale trovi una soluzione”.



Bruno Zuccarelli

Segretario regionale Campania

“In Campania stiamo vivendo una situazione drammatica. Nei pronto soccorso la carenza è gravissima e ci sono almeno mille specialisti in meno rispetto al reale fabbisogno. I Ps del Cardarelli, del Santobono, del San Paolo, del San Giovanni Bosco, dell’Ospedale del Mare, oltre a quelli delle aziende della provincia, sono in grandissima difficoltà e non riescono a reggere l’impatto con l’utenza. Questo significa una sanità poco sicura per il paziente e per i medici. Dalla Regione solo un silenzio assordante. C’è stata una circolare molto formale e poco sostanziale con la quale si invitavano i Dg a spostare i medici dai reparti nei Ps in virtù di una equipollenza delle discipline. Tradotto: si manda in Pronto soccorso un cardiologo che non fa emergenza da 20 anni con un aumento del rischio. Il confronto con la Regione è quindi serrato e aspro, ma ad oggi non possiamo dire che la sanità in Campania sia sicura. Forse bisognerà chiedere gli interventi dei Prefetti per dare risposte”.



Filippo Maria Larussa

Segretario regionale Calabria

“La carenza dei medici specialisti in Calabria riguarda un po’ tutte le realtà assistenziali ospedaliere. I noti provvedimenti legislativi dovranno ora collimare con la riorganizzazione della rete ospedaliera punto essenziale del programma operativo chiesto al commissario ad acta. Si dovrà riconfermare l’attuale classificazione in tre Hub con 9 ospedali Spoke e quelli di base e di montagna. In questo scenario da qui al 2025 si determinerà una carenza di 250 medici di urgenza, 150 pediatri e 90 medici di chirurgia generale e psichiatri, ma anche ostetrici e ginecologi. Il problema è che quasi tutte queste specialità risultano disaccreditate e mai attivate presso l’Università Magna Grecia di Catanzaro. La specializzazione di Medicina di Urgenza non è mai stata attivata e sono state disaccreditate le scuole di pediatria e quelle di ostetricia e ginecologia. Quella di psichiatria opera da anni presso altre scuole dell’Italia meridionale. Questo determinerà l’ovvia conseguenza che gli specialisti non saranno formati in Calabria e dovranno essere reclutati in altre realtà regionali”.



Adriano Benazzato

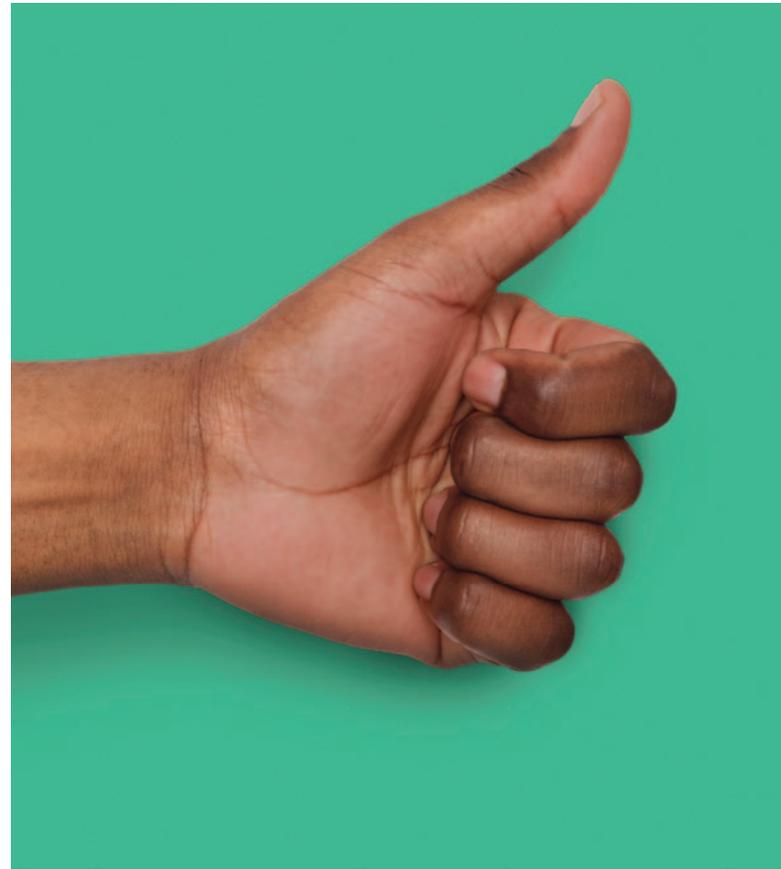
Segretario regionale Veneto

“Le specialità più carenti in Veneto sono soprattutto quelle chirurgiche, mancano in particolare gli ortopedici. Non abbiamo medici di pronto soccorso, pediatri ospedalieri, ginecologi e ostetrici. Consideriamo poi che in Veneto abbiamo una situazione oro geografica difficile. E così nell’azienda polesana abbiamo avuto moltissimi abbandoni, sono andati via fino a 80 medici. Le Aziende hanno utilizzato in modo illecito cooperative e medici gettonisti e hanno pensato di reclutare i medici in pensione. Tutte azioni verso le quali abbiamo presentato ricorso. Fortunatamente grazie all’azione dell’Anaao Asso-med nella legge di Bilancio è stato possibile l’utilizzo dei medici specializzandi dell’ultimo anno di corso, e ora con il decreto Calabria anche quelli del penultimo anno. Un’opportunità già utilizzata da Azienda Zero”.



I medici denunciano stress e disagio ma difendono il sistema pubblico

Il 76% dei medici boccia il privato e l'87% le cooperative. Il 70% denuncia livelli di disagio molto alti, causati prevalentemente dalla carenza di personale (48,5%) e dalla burocrazia (40%). Molti segnalano il distacco tra le scelte dell'azienda e le reali necessità dei medici. Sono tentati dalla pensione, ma solo il 17,5% migrerebbe nel privato ed il 10,6% nella medicina di famiglia. Per il 76,5% il privato offre minore appropriatezza diagnostico/prescrittiva e oltre l'87% ritiene che con il ricorso alle agenzie di somministrazione di lavoro medico la qualità dell'assistenza peggiori. Sono questi i principali risultati di un sondaggio realizzato dall'Anaa Piemonte al quale hanno risposto 405 medici iscritti al sindacato.



Liste d'attesa

Secondo un'indagine di Cittadinanzattiva, oltre il 70% dei pazienti considera le liste di attesa la principale criticità del nostro Servizio sanitario. Quindi, che sia o meno la principale criticità, l'abbattimento delle liste d'attesa molto probabilmente sarà nell'agenda della nuova Giunta Regionale, come lo era della precedente.

Il 56,08% dei nostri iscritti ritiene che il problema delle lunghe attese per l'erogazione di prestazioni sanitarie possa essere superato con l'assunzione di personale (ricordiamo che sono 500 i medici ospedalieri in meno dal 2010 in Piemonte). Per il 30% dei responders, migliorare l'appropriatezza prescrittiva sarebbe la soluzione per ridurre le attese e combattere il consumismo sanitario.

Qualità dei servizi offerti

Nonostante la carenza di personale, il taglio dei posti letto, il rischio denunce,

il rischio aggressioni, il contratto fermo da 10 anni, l'età media avanzata, la burocrazia, i medici piemontesi danno un buon giudizio alla qualità dei servizi che offrono: 8. Un otto che si regge sulla loro abnegazione e passione.

Peso del disagio lavorativo

Purtroppo anche la valutazione del disagio medico è elevata: su una scala da 0 a 10 (0 disagio minimo, 10 massimo) i colleghi hanno espresso una media di 7. L'impostazione del sondaggio non permette di disaggregare i dati per ambito lavorativo, ma sicuramente la valutazione del disagio da parte di chi deve sostenere numerosi turni notturni e

festivi è superiore a 7. Infatti ben il 44% ha dato un voto al proprio disagio compreso tra 8 e 10, mentre il 26,8% ha votato 9-10.

Cause del disagio lavorativo

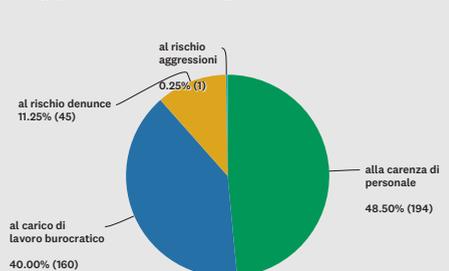
La causa del disagio è prevalentemente individuata nella carenza di personale (48,5%). Laddove gli organici sono ridotti al minimo, vi sono necessariamente maggiori carichi di lavoro, maggiori turni disagiati, maggiore surplus orario e ferie non godute. Ma la burocrazia è avvertita da molti come un importante fattore che determina stress lavorativo: ben il 40% dei responders a ritiene responsabile del proprio disagio lavorativo.

I nostri risultati sono in linea con un sondaggio realizzato nel 2014 negli USA (Mayo Clinic Proceedings) ove emerge come il 54% dei medici lamenti almeno uno dei sintomi tipici di burnout. Tra i maggiori driver di questa situazione sembra esserci l'aumento delle ore che i clinici sono costretti a passare svolgendo mansioni di tipo burocratico

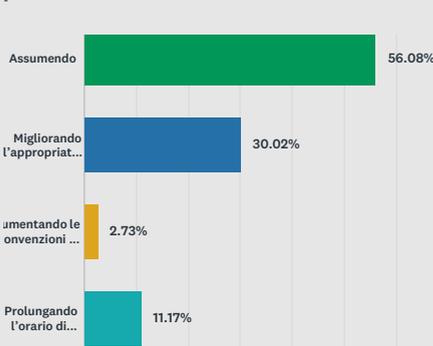
Dai un voto alla qualità dell'assistenza sanitaria che i medici degli ospedali piemontesi (quindi tu) prestano quotidianamente (1 pessima - 10 ottima)



Ritieni che il tuo disagio lavorativo sia maggiormente conseguente



Credi che il problema delle liste d'attesa si possa risolvere:



Su una scala da 1 a 10 gradua il tuo disagio lavorativo (considerando stress, insoddisfazione, carico di lavoro ecc)





del lavoro in equipe, della progettualità sul professionista, della continuità assistenziale. Oltre l'87% dei responders ritiene infatti che la qualità dell'assistenza peggiori con l'affidamento dei servizi alle cooperative.

Sovraffollamento dei PS

Il sovraffollamento dei PS ha sicuramente una genesi polifattoriale. Le prestazioni inappropriate, che hanno un importante valore percepito, incidono per il 25% degli accessi ma occupano il 15% del tempo medico. Sugli accessi impropri può avere un ruolo l'ambulatorio dei codici bianchi gestito dai Mmg, che ha un intento educativo nei confronti del paziente poiché viene riprodotta nei PS l'attività eseguibile dai Mmg negli studi sul territorio. Tuttavia, per la maggior parte dei responders (46.7%) la soluzione per ridurre gli accessi in PS è l'ottimizzazione dell'offerta territoriale, con l'apertura di case della salute gestite h12 dai Mmg. Infine il taglio dei posti letto, in assenza di un'adeguata ristrutturazione della rete territoriale e con il contestuale aumento della popolazione anziana, causa il cosiddetto "effetto imbuto", ovvero la difficoltà a ricoverare per ritardi nelle dimissioni dai reparti. Dunque anche l'aumento dei PL nella long term care è una strada da percorrere per ridurre il sovraffollamento dei PS.

Piccoli ospedali

La chiusura dei piccoli ospedali continua ad essere argomento spinoso, anche se la maggioranza dei colleghi (57,2%) è a favore della loro chiusura (riconversione) soprattutto in previsione della costruzione di nuovi centri di riferimento.

Privato/privato accreditato

Il 23 maggio 2019 con una sentenza storica, il Tar ha dato ragione all'Anao ed ha bloccato la Delibera Regionale che consentiva al privato accreditato di prescrivere visite ed accertamenti a carico del SSR. Il timore dell'Anao, che per questo ha impugnato la DGR, era che alcuni centri privati accreditati potessero così aumentare la prescrizione di esami inappropriati ma remunerativi, incrementando vertiginosamente la spesa sanitaria. Questa posizione non intende affatto metter in dubbio la professionalità e la deontologia dei colleghi che lavorano nell'accreditato, che anzi devono essere difesi dal rischio di inopportune pressioni per finalità economiche. La sentenza del Tar è supportata anche dall'opinione dei nostri iscritti, che ritengono che le strutture private/private accreditate offrano una minore appropriatezza diagnostico/prescrittiva rispetto al pubblico (76.5%).

Domanda aperta: ci sono ulteriori criticità?

Alla domanda aperta su eventuali ulteriori criticità della sanità Piemontese, molti colleghi hanno segnalato il distacco tra le scelte dell'azienda e le reali necessità dei medici: l'eccessiva aziendalizzazione, gli obiettivi di budget e non clinici, la mancanza di confronto con i dipendenti. Problematiche sentite sono anche l'interferenza politica nella nomina delle Direzioni Aziendali e i criteri per la scelta dei Direttori di SC. Segnalata la difficoltà per le madri-medico di conciliare i tempi di vita e lavoro. Infine, la mancanza da 10 anni di un rinnovo contrattuale è sottolineata ripetutamente.

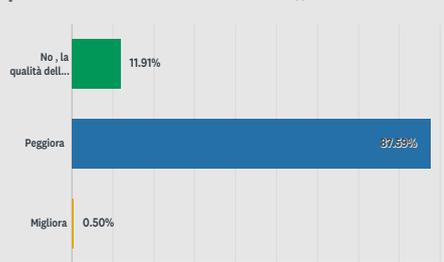
Alternative al lavoro ospedaliero

Il progressivo aumento del disagio e l'assenza da 10 anni del rinnovo contrattuale stanno determinando l'abbandono del lavoro ospedaliero di molti medici, attratti da alternative con migliore remunerazione e con turni meno disagiati. Anche l'opzione Quota cento, soprattutto per chi non esercita attività libero professionale, è attrattiva. Infatti, solo il 38.9% dei responders non ha mai pensato di lasciare il proprio lavoro, mentre il 32,8% agogna la pensione, il 17.5% ha pensato di migrare nel privato ed il 10.6% nella medicina di famiglia.

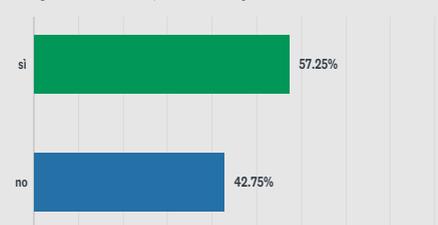
Cooperative

La carenza di organico e la difficoltà ad assumere, legata alla penuria di specialisti, ha portato molte Asl del Piemonte ad appoggiarsi ad agenzie di somministrazione di lavoro medico per coprire i turni in ospedale. In quasi tutte le pediatrie della regione lavorano medici delle cooperative, come in molti Pronto Soccorso. Questo a discapito

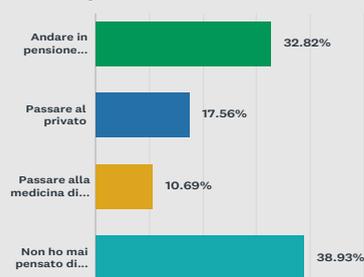
Credi che affidare i servizi di pediatria/pronto soccorso alle cooperative, influisca sulla qualità dell'assistenza ai pazienti?



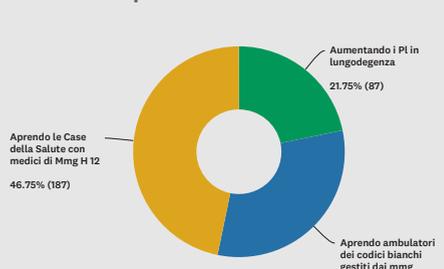
Condividi un'eventuale strategia politica di chiusura dei piccoli ospedali, in alcuni specifici casi sostituiti dalla costruzione di Ospedale unico (ASL TO5, Osp. Novara, Osp. Verbania, asl CN2)?



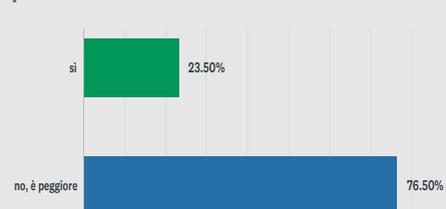
Hai mai pensato di:



Credi che il sovraffollamento dei Pronto Soccorso si possa risolvere:



Credi che l'appropriatezza diagnostico/terapeutica del privato/privato accreditato sia uguale a quella del pubblico ?





Assemblea Anaao Giovani – Als

Dai banchi alla corsia, la formazione post laurea dei medici italiani

Specializzandi considerati alla stregua di super-studenti, all'occorrenza medici, quando devono coprire le carenze di personale nelle Università. Talvolta considerati senza titolo, mentre invece dovrebbero avere legittima possibilità di operare. Il tutto in assenza di ferie, orario di lavoro, maternità. Dall'altra parte, 10mila giovani medici che in specializzazione non riescono proprio ad entrarci, bloccati nel cosiddetto 'imbuto formativo' dovuto alla mancanza di posti nelle scuole di specializzazione dopo la laurea.

Questo il quadro disegnato nell'assemblea Anaao Giovani - Als (Associazione liberi specializzandi) che si è svolta a giugno scorso al ministero della Salute, in cui i giovani medici hanno chiesto dignità professionale e una formazione pratica di eccellenza.

Pierino Di Silverio (Responsabile nazionale Anaao Giovani) nell'introdurre i lavori ha sottolineato come una formazione conseguita soltanto nelle Università abbia il limite di essere povera di una reale applicazione pratica. Ne viene fuori un Medico Ibrido, un Super Studente i cui diritti vengono riconosciuti saltuariamente, ma i cui doveri spesso coincidono con lo svolgere attività sostitutiva del medico di ruolo. Questo paradosso produce Specialisti le cui competenze finiscono per essere figlie della discrezionalità e del buon senso dei Direttori di Scuola piuttosto che di un vero percorso formativo capace di garantire l'acquisizione di skills professionali validate e certificate.



MICHELE VOGLINO
Responsabile
Anaao Giovani
Regione Toscana

In questo scenario poter constatare che il Learning Hospital è una scelta su cui il Governo punta rappresenta più di un sogno che si realizza.

Gian Maria Luizzi (Direttivo ALS) ha evidenziato come la mancata programmazione nel tempo e la scarsa acquisizione di capacità professionali durante il percorso formativo del Medico siano stati i reali problemi che hanno generato un sistema carente numericamente in figure qualificate. Bisognerebbe tendere idealmente alla proporzione di 1 borsa di formazione per 1 medico che accede alla facoltà mentre oggi questo rapporto è di 1 a 3. Nel tempo l'imbuto formativo è stato perciò inevitabile. Allo stato attuale la conferenza Stato-Regione dichiara un fabbisogno di circa 8mila borse, ma è utile fare di più. Liuzzi si è soffermato sullo scarso appeal che alcune Scuole di Specializzazione generano e che si ripercuote in 900 abbandoni circa in poco meno di 2 anni. "Non bisogna disperdere questi finanziamenti riassegnando precocemente le borse quando perse". In conclusione l'auspicio di una riforma delle Scuole di Specializzazione da attuare in tempi brevi e che punti soprattutto alla formazione, quella reale sul campo.

Massimo Minerva (presidente ALS) ha proposto una disamina delle carenze del percorso formativo insite nelle Scuole di Specializzazione ribadendo come il decreto 13 giugno 17 che stabilisce le norme di Accreditamento per ogni singola Scuola molto spesso sia sta-

to eluso dalle Università che di fatto, essendo Organo controllato e controllante, utilizza numeri e dati non verificabili. Porta l'esempio delle scuole di Chirurgia dove vengono dichiarati numeri di intervento da primo operatore che il Medico Specializzando non ha mai eseguito di fatto. Ha poi lanciato un appello alle Università affinché i dati dell'accreditamento che queste forniscono possano essere verificati da un Ente terzo o comunque da un sistema oggettivamente misurabile. Minerva ha chiesto di fare una riflessione anche sul dato Enpam del 30% dei Medici Laureati che non supererebbero l'Esame di Stato dopo la riforma del Decreto Fedeli così da generale altro "tempo perso" nel percorso formativo del Medico che si aggiungerebbe al famoso "imbuto formativo". Ha accusato Sigm di non fornire dati concreti e verificabili ritenendo la proposta di aumentare il numero di accessi alla facoltà di Medicina una chimera non produttiva per il sistema, una "non urgenza". Il discorso si è quindi spostato sulla necessità invece di recuperare quelle borse di specializzazione che vanno perse procedendo celermente alla loro riassegnazione. Ha affidato la conclusione del suo intervento alla constatazione che Università, Politica e Ssn sono elementi non dialoganti che hanno in mano il percorso formativo del giovane Medico e lo indirizzano inevitabilmente nel bene e male; pertanto ha proposto un tavolo di confronto costruttivo tra le parti.

Alessandro Conte (Vice-Responsabile Nazionale Anaaio Giovani) ha puntato il dito contro le Università partendo dall'assioma calcistico "squadra che vince non si cambia" e ha sviluppato il suo intervento fornendo numeri e dati per scardinare questo concetto. Riferendosi ad un campione di poco meno di 600 Specializzandi ai quali sono stati somministrati questionari sull'indice di gradimento della Scuola. Ne viene fuori che 1 su 3 dichiara di ricevere una formazione pessima o insufficiente, il 71% avrebbe imparato di più in rete formativa, per il 74% dei casi il governo della Specialità dovrebbe essere spostato ed il 42% propone di farlo gestire al Ssn. Intanto, ha dichiarato Conte, l'università continua a non fornire alcun dato di gradimento, forte dell'auto-referenzialità di cui gode e di un sistema per cui è Organo giudicante e giudicato. Ha poi ribadito come a distanza di 11 anni dalla legge 368.99 in Friuli l'Osservatorio nazionale per la Formazione

Specialistica non si è ancora insediato; la legge 161.2014 che legifera sull'orario lavorativo viene sistematicamente disattesa per la certezza dell'impunità di cui gode il Sistema Università e gli Specializzandi vengono costretti a firmare l'eccesso orario come atto volontario dedicato all'approfondimento o allo studio. Conte ha insinuato e smontato la tesi e allora diviene più chiaro: questa squadra non è vincente, quindi il pallino del gioco non può essere lasciato soltanto all'Università. La proposta è quella di un biennio lasciato all'Università per poi permettere allo Specializ-

DAI
BANCHI
ALLA
CORSIA
LA FORMAZIONE
POST LAUREA
DEI
MEDICI
ITALIANI

zando di formarsi anche in Strutture Ospedaliere Altamente Performanti individuate sulla numerosità della casistica e sulla qualifica riconosciuta da Organi Stato-Regione.

Manuel Tuzi (componente Commissione Cultura Camera dei deputati) ha ribadito la sensibilità del Governo per il problema formativo dei Medici italiani e ha sottolineato come loro stessi abbiano messo sul piatto della bilancia 1800 borse di Specializzazione in più in 1 anno e 1000 per la Medicina Generale, cosa che il precedente Governo PD non aveva fatto in 5 anni. Il Decreto Calabria significa anche aver voluto recepire ed attuare quella che è un'esigenza formativa diversa, più attuale ed al passo con l'Europa. Significa voler superare il decreto Fedeli e rendere più smart il percorso tagliando i tempi morti fra laurea abilitazione e specializzazione con possibilità di accedere ai concorsi già dal V anno. Nel programma di Ri-

forme Tuzi ribadisce il concetto della differenza tra selezionare un numero e selezionare le eccellenze lasciando anche aperto uno spiraglio per l'accesso libero alla facoltà di Medicina. Posta l'estensione della rete Ospedaliera nel percorso formativo, propone un Contratto Unitario di Formazione Lavoro per i Medici in Formazione Specialistica che accedano al Ssn ed un controllo qualitativo dei Tutor. Ha preannunciato che il decreto può arrivare a luglio in aula per il voto.

Il Ministro della Salute Giulia Grillo è intervenuta auspicando una Riforma che annulli i tempi morti nel percorso formativo, che rispetti il ruolo delle Università garantendo allo stesso tempo qualità ed elementi di novità. Il decreto Calabria ha prodotto norme emergenziali che potrebbe non essere l'ideale, ma che sono una chiara manifestazione di intenti sulla programmaticità e l'innovazione del percorso formativo ideato dal Governo. Gli Ostacoli burocratici ed Amministrativi sono e saranno tanti ma ogni sforzo verrà garantito per il cambiamento. "Il Ssn ha già fatto la sua parte e non c'è intenzione di cedere un centesimo né di assecondare clausole economiche". Si congeda dall'auditorium ringraziando i giovani Medici che si applicano con passione ed ardore sul tema formativo perché "il dialogo ed il confronto è importante per la crescita di un sistema democratico".

Carlo Palermo (Segretario nazionale Anaaio Assomed) ha chiuso i lavori tracciando la linea da seguire per la sopravvivenza del Ssn: imprescindibilità di un finanziamento congruo e di una ottimizzazione delle risorse evitando gli sprechi. Palermo ha riconosciuto al governo il merito di aver equiparato per la prima volta il numero dei contratti di formazione (specializzazioni + Mmg) con il numero degli accessi alla facoltà ma per lo sblocco del Turn-over è necessario un finanziamento aggiuntivo per le assunzioni. Il Decreto Calabria è un buon punto di partenza. La formazione garantita unicamente dalle Università deve essere rivista ed è imprescindibile che il Ssn svolga un suo ruolo nel processo di formazione dei Medici perché il saper fare ed il saper essere si imparano nelle corsie degli Ospedali Italiani.

"La riforma è difficile da farsi ma impossibile da non farsi. Bisogna andare avanti", è l'ultima e definitiva esortazione che ha rivolto al Ministro Grillo.



La formazione post laurea in Europa

La formazione post laurea in Europa è stato il tema centrale discusso all'Assemblea Generale Ejd che si è svolta a Edimburgo il 10 e 11 Maggio 2019. Approvata la nostra candidatura per ospitare lo Spring Meeting dell'EJD a Maggio 2020 in Italia



NUNZIA VERDE
Delegata Anao
Assomed all'Ejd

Il report dei lavori.

L'Assemblea Generale è iniziata con la presentazione della candidatura della Danimarca come "full member" di EJD, la richiesta è stata accolta all'unanimità. Alcune perplessità sono state sollevate in relazione alla precedente auto-esclusione della stessa, svariati anni fa, per scelte operate dalla precedente delegazione, coordinata da un differente direttivo dell'associazione nazionale di riferimento.

NATIONAL INTERIM

Francia

Come anticipato nella scorsa GA, il governo francese sta valutando di apportare delle modifiche relative al percorso formativo del medico. In particolare, la durata della Scuola di Medicina dovrebbe essere di 6 anni, la durata della Specializzazione dovrebbe variare tra i 3 e i 6 anni, in base alla specifica disciplina. Per alcune specializzazioni, come ad esempio cardiologia dovrebbe essere previsto un aumento della durata di specializzazione da 4 a 5 anni. È

possibile effettuare un periodo di extra-training opzionale o un FST ovvero un accesso a più specialità.

La parte teorica prevede corsi nazionali online, mentre per la parte pratica sarà prevista l'introduzione di un logbook personale al fine di monitorare il progresso dello specializzando, mediante l'acquisizione delle skills specifiche. Il titolo effettivo di medico viene conseguito solo al termine di tutto il percorso formativo post-laurea. C'è l'ipotesi di una possibile abrogazione dell'esame nazionale a partire dal 2022. Tali modifiche si stanno attuando nell'ottica di garantire al giovane medico la reale scelta della specializzazione per sopperire all'accontentarsi di una specializzazione non voluta in base alla sua posizione in graduatoria.

Tuttavia non è ancora chiaro in che modo verranno sostituiti i test attualmente esistenti, sia per l'accesso a medicina sia per le Scuole di Specializzazione, è ipotizzabile che si propenda verso un sistema di prove in più tempi lungo tutto il percorso formativo, dando quindi peso al curriculum.

Grecia

È in corso l'ampliamento del numero di specializzazioni mediche, come ad esempio sono state inserite come nuove specializzazioni genetica medica e pediatria, considerate precedentemente parte integrante di altre specializzazioni e non singole specialità. In tal processo l'associazione dei giovani medici della Grecia non è coinvolta nei processi decisionali, ma solo come organo consultivo. È stato presentato l'evento giunto alla sua terza edizione "internationalization of the ceremony of reciting the Hippocratic oath", ossia la cerimonia in cui si pronuncia il giuramento di Ippocrate, in lingua originale, nella suggestiva cornice del tempio di Aclepio sull'isola di Kos, terra natia di Ippocrate stesso. Tale cerimonia si svolge in seno ad un congresso annuale che, tra gli altri temi, affronta anche argomenti di sensibilizzazione etica dei giovani medici.

Estonia

È stata riportata la mancanza di un sistema efficace di supervisione del percorso post-laurea. Come Associazione hanno richiesto di migliorare i programmi formativi e di introdurre la possibilità di un part-time training, della durata di un solo anno, per evitare il burnout.

Germania

È stata organizzata una manifestazione, che ha visto la partecipazione di oltre 5000 medici, per denunciare lo scontento comune per l'attuale condizione lavorativa medica in termini di effettivo orario di lavoro, non c'è alcuna normativa nazionale che regolamenti le modalità di timbratura, spesso alterate per mano dei primari; nonché della inadeguata retribuzione del-



le reperibilità.

N.B. In Germania non esiste la specializzazione in Emergenza ed Urgenza, ma una parte viene fatta nell'ambito della Medicina Interna e una parte viene fatta con dei corsi simile al corso di emergenza territoriale.

Portogallo

Da ottobre ci sarà un nuovo test di accesso per la specializzazione e standardizzazione della Scuola Nazionale di Medicina. Il precedente test era basato sui Principi di Medicina Interna di Harrison, pertanto si è reso necessario un nuovo modello di esame che verterà su: Medicina (50%), Chirurgia (15%), Pediatria (15%), Ginecologia (10%) e Psichiatria (10%). L'esame avrà 150 domande, una durata di 240 minuti e ha una bibliografia di riferimento di 6 libri. Inoltre, la successiva procedura di accesso alla specializzazione includerà il voto ottenuto nella scuola di medicina (25% per il voto finale della scuola di medicina, 75% per l'esame di accesso nazionale alla specializzazione). Per rendere il voto relativo al curriculum più equo, i voti di tutti i candidati verranno adeguati secondo un coefficiente dipendente dalla media del proprio Ateneo. Tutti i candidati verranno chiamati in ordine di graduatoria, secondo scaglioni di circa 100 persone, per effettuare la propria scelta in base ai posti disponibili. L'intera procedura richiederà circa 2 settimane (<http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/26/acesso-a-area-de-especializacao/>).

Lituania

È stata riportata una marcata eterogeneità inter ed intra-specializzazione nell'acquisizione delle skills durante il percorso formativo post-laurea.

Approvate le seguenti mozioni

Riconoscimento delle qualifiche professionali in caso di Brexit, al fine di:

facilitare la registrazione tempestiva di medici qualificati del Regno Unito, cittadini dell'UE, che cercano di esercitare nell'Europa continentale in caso di un "no deal" Brexit; sostenere gli studenti, cittadini del SEE o del Regno Unito, che frequentano le scuole di medicina britanniche prima della Brexit, che non meritano di essere penalizzati a causa delle azioni dei politici.

Supporto all'associazione tedesca, Marburger Bund, nelle richieste incentrate sul miglioramento delle condizioni di lavoro, in particolare sulle seguenti esigenze:

registrazione temporale corretta che non può essere manipolata. La registrazione del tempo deve iniziare e finire alla porta dell'ospedale; almeno due fine settimana liberi (da venerdì 6:00 a lunedì 7:00) in un mese; preventivo annuncio dei registri (sei settimane prima) e compenso finanziario per i medici, nel caso in cui elenchi vengono modificati dal datore di lavoro con preavviso breve; limite superiore per i servizi di guardia in loco (entro una settimana di calendario, entro un mese di calendario e all'interno di un trimestre di calendario); regolare smonto lavoro dopo un servizio di guardia in loco; supplemento di pagamento per i servizi di guardia.

Autumn General Assembly 2019

È stato presentato il planning dell'Autumn General Assembly che si terrà a Berlino il 1 e 2 Novembre 2019.

Spring General Assembly 2020

È stata approvata la nostra candidatura per ospitare lo Spring Meeting dell'EJD a Maggio 2020.

TOPIC TRATTATI

Digital Health e E-medicin

Si è discusso circa la possibile importanza ed utilità della digitalizzazione della medicina e di come dovrebbe attuarsi la sua diffusione e in che tematiche specifiche potrebbe trovare un valido ausilio (ad es. nel rapporto medico-paziente, nella digitalizzazione dei dati clinici europei di tutti i pazienti). Verrà preparato uno statement poiché è necessario il coinvolgimento dei medici per lo sviluppo dei tools. È emerso come tale conoscenza sia importante non solo per i pazienti ma per gli stessi medici.

Brexit e modifica dello statuto

Si è tenuta un'ampia discussione relativa all'approvazione delle eventuali modifiche dello Statuto circa la questione della Brexit, nello specifico se l'assemblea riteneva opportuno che la Gran Bretagna dovesse rimanere in EJD, essendo stata accettata la loro presenza come stato membro precedentemente alla Brexit. Dal dibattito sono emerse molte perplessità, in quanto nessuna delle modifiche statutarie proposte ha avuto esito favorevole da parte dei legali, per cui si è deciso, tramite votazione, di rimandare tale problematica alla prossima GA sperando che per quel momento il quadro politico possa essere maggiormente definito. Nonostante il dibattito in UK sia ancora molto aperto, per i prossimi due anni non cambierà nulla per i giovani medici UK.

Elezioni per la Candidatura EJD UEMS Representatives

Vaccinazioni

Si è discusso su questo topic molto dibattuto anche in Europa, in termini di obbligatorietà e di come trasmettere una corretta informazione alla popolazione. Ci siamo interrogati su come può EJD essere coinvolto in merito. Inoltre, WHO ha elaborato un report che aiuta il medico a rispondere in pubblico a tutte le domande e i dubbi in merito al tema delle vaccinazioni.

Cambiamenti climatici

È stata esposta un'interessante presentazione delle ripercussioni che si hanno sulla salute delle persone a causa dei cambiamenti climatici degli ultimi anni; Sono state stimate circa 250mila morti aggiuntive per anno. Si rende, quindi, necessario migliorare i sistemi di trasporto utilizzando trasporti sostenibili, stressare il concetto di un'alimentazione sana con sistemi sostenibili per la produzione di cibo. In Germania, circa 50 ospedali hanno ridotto l'utilizzo di CO2 (all'incirca 30.000 tonnellate di CO2) risparmiando, in 3 anni, 3 milioni di euro.

Progetto sulle risorse rinnovabili e sullo smaltimento dei rifiuti ospedalieri

Si è discusso circa l'importanza delle risorse rinnovabili anche in ambito sanitario e di un corretto processo di smaltimento dei rifiuti. Dato l'interesse del tema verrà presentato un progetto alla prossima GA EJD.

World Federation for Medical Education

Presentazione degli standard relativi alla medical education previsti dalla WFME, che si pone come obiettivo quello di provvedere al miglioramento della qualità dell'educazione medica.

Violenza vs i medici

Si è discusso sulla tematica delle aggressioni contro il personale sanitario e delle diverse esperienze nei paesi europei. Il dato interessante emerso è che in Estonia, i medici possono compilare un assessment, in cui viene dichiarata la potenziale violenza percepita da parte del paziente nei confronti del medico, il quale in tal modo può rifiutarsi di visitarlo. È stato chiesto di presentare in maniera più completa tale procedura alla prossima GA. Altra informazione di interesse generale è stata la recente legge Croata che ha introdotto pene molto pesanti per i casi di violenza nei confronti dei medici e personale sanitario. Association for Medical Education in Europe ha accettato le survey sul percorso post-laurea, sul burn-out e sull'orario di lavoro presentate dall'EJD.

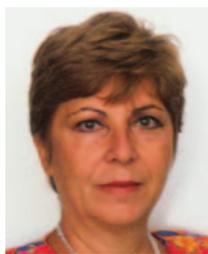
Mutual Recognition of Professional Qualification Directive

Si è discusso sulla necessità di attuare delle modifiche sui minimal standard dei post-training, al fine di rendere omogenea la formazione post-laurea in Europa



È finito l'incubo ebola?

Da 9 mesi è in corso un'epidemia di Ebola nella Repubblica Democratica del Congo (DRC), che ad oggi annovera quasi 1.500 casi, di cui quasi mille fatali, con un tasso di letalità che è fra i più alti finora registrati. Si tratta della decima epidemia che ha colpito il paese, e della seconda epidemia più importante della storia, dopo quella che nel 2014-2016 ha colpito 3 paesi dell'Africa Occidentale (Sierra Leone, Liberia, Guinea), con 28.652 casi e più di 11 mila decessi



MARIA CAPOBIANCHI
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani", Roma

Il virus Ebola è stato scoperto nella DRC nel 1976 in una località vicino al fiume Ebola, in quello che all'epoca era chiamata Zaire. Da allora il virus si è presentato periodicamente con epidemie di entità molto variabile. I ceppi principali coinvolti sono 3: Zaire ebola virus, Bundibugyo ebolavirus, e Sudan ebolavirus; Zaire è il ceppo coinvolti nell'epidemia del 2014-2016 e in quella attuale della DRC, ma si tratta di ceppi diversi con una storia evolutiva distinta.

Il virus circola in qualche reservoir animale selvatico non ancora precisamente identificato, anche se scimmie e pipistrelli sono fra i principali sospettati, e periodicamente si riaffaccia nella popolazione umana, dove viene introdotto a causa di contatti stretti con la fauna selvatica, spesso a causa della caccia a scopo alimentare. I fattori che determinano se l'epidemia sia di dimensioni limitate, o si allarghi a macchia d'olio, coinvolgendo fino a migliaia di persone, sono ancora non tutti identificati. Certo è che l'instabilità politica e sociale, la mobilità delle popolazioni, la riluttanza a palesare il proprio stato

di malattia per paura dello stigma e dell'emarginazione che spesso toccano anche i membri della famiglia, il timore di essere forzati a rinunciare alle radicate tradizioni e ai rituali di sepoltura, la sfiducia nella medicina hanno avuto un ruolo nella maggiore epidemia dell'Africa Occidentale e in quella che oggi sta interessando la DRC.

Nell'epidemia attuale, più che nelle passate epidemie, uno sconcertante ruolo è sostenuto dalla violenza contro gli operatori sanitari, tanto che le organizzazioni internazionali hanno non poche difficoltà ad organizzare missioni di sostegno sanitario alle popolazioni colpite. Nell'epidemia dell'Africa Occidentale la cooperazione internazionale ha avuto un ruolo chiave nella strategia di controllo, giovandosi dell'opportunità di allestire una efficace e flessibile rete di laboratori che ha permesso il tempestivo censimento dei casi e l'adozione di misure di contenimento dei focolai. Purtroppo nella attuale epidemia della DRC la situazione è ben diversa: i centri di trattamento sono regolarmente fatti bersaglio di irruzioni da parte di bande armate che sparano e appiccicano incendi, ferendo ricoverati e personale sanitario.

Oltre agli attacchi dei gruppi violenti, un'altra grande difficoltà è che le persone non si fidano dell'apparato sanitario, e preferiscono rimanere nelle proprie case anziché recarsi nei centri di assistenza, facendo così aumentare il rischio di contagio degli altri membri della famiglia.

Infine notizie false di matrice complottista fomentano il sospetto di utilizzo intenzionale del virus per compiere fai-

de politiche, diffuso da fazioni antigovernative che trovano fertile terreno nel clima di odio e disinformazione generale, ed acuiscono ancora di più il clima sfiducia che accompagna questa epidemia.

Questa epidemia è la prima nella quale si è offerta l'opportunità di sperimentare sul campo l'efficacia del vaccino allestito in risposta all'epidemia dell'Africa Occidentale. Si tratta del vaccino basato su un virus ricombinante che esprime la glicoproteina di Ebola (rVSV-ZEBOV-GP), prodotto da Merck, e ad oggi somministrato a più di 100 mila persone, con un modello di intervento detto "ad anello". I risultati preliminari dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, appena resi noti, riferiscono un'efficacia del 97%, ma i vaccinati sono solo una piccola frazione delle persone a rischio di contrarre l'infezione. Nel complesso la situazione nella DRC permane difficile, e per molti aspetti, fuori controllo, con un potenziale rischio che l'epidemia si diffonda anche in stati limitrofi.

Quale significato può assumere per i paesi occidentali una storia di malattia, guerra, uccisioni e povertà che avviene oggi in un angolo della terra da sempre funestato da simili piaghe?

Epidemie da agenti poco conosciuti e purtroppo altamente letali sono una realtà che serpeggia e minaccia tuttora la comunità internazionale. Le strategie di contrasto non possono quindi basarsi solo sugli avanzamenti tecnologici: occorre riflettere sulla vanità degli atteggiamenti trionfalistici basati sui successi della medicina moderna, e fare i conti con situazioni che non riusciamo a controllare a causa di fattori umani, politici ed economici. Non basta quindi pensare di avere un vaccino efficace per contrastare una simile piaga, ma occorre un approccio intersettoriale per far sì che siano comprese le dinamiche sottostanti la diffusione dell'epidemia e che queste siano affrontate nella loro globalità.

Avv. Francesco
Maria Mantovani
Consulente legale Anaao
Assomed



Tempo di vestizione

È computabile nell'orario di lavoro il tempo necessario al sanitario per indossare e togliere gli abiti da lavoro

Un recente sentenza della Sezione lavoro della Suprema Corte di Cassazione (la n. 17635 del 1-7-2019) ha ribadito la computabilità, nell'orario di lavoro, del tempo necessario al sanitario ad indossare e togliere gli abiti da lavoro.

Tale sentenza prende le mosse da un principio già da tempo riconosciuto dalla giurisprudenza.

La possibilità di computare del cosiddetto "tempo tuta" nell'orario di lavoro si incentra sulla questione se nella nozione di prestazione lavorativa e, quindi, nel computo dell'orario di servizio vadano incluse anche le operazioni preparatorie e, comunque, propedeutiche allo svolgimento mansioni vere e proprie del lavoratore.

Ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. a), del D.lgs. 66/2003 costituisce orario di lavoro "qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni".

Partendo da tale definizione legislativa, il parametro mediante cui valutare se una determinata attività sia compu-

Orario di lavoro:
"qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni"

tabile, o meno, nell'orario di lavoro va individuato nel vincolo di disponibilità del lavoratore nei confronti del datore di lavoro.

Ne consegue che "ove sia data facoltà al lavoratore di scegliere il tempo e il luogo ove indossare la divisa stessa (anche presso la propria abitazione, prima di recarsi al lavoro) la relativa attività fa parte degli atti di diligenza preparatoria allo svolgimento dell'attività lavorativa, e come tale non deve essere retribuita, mentre se tale operazione è diretta dal datore di lavoro, che ne disciplina il tempo ed il luogo di esecuzione, rientra nel lavoro effettivo e di conseguenza il tempo ad essa necessario deve essere retribuito" (cfr., ad esempio, Cass. civ., Sez. lavoro, 31/1/2011 n. 2135).

La giurisprudenza ha anche ravvisato la nullità delle clausole della contrattazione collettiva pubblica in contrasto con tale principio, il quale risulta inderogabile, in quanto precipitato di norme imperative di legge (Cass. civ., Sez. lavoro, 8-4-2001 n. 8063).

Peraltro, la recente sentenza della Suprema Corte di Cassazione amplia la portata dell'orientamento in esame, introducendo un concetto di "eterodirezione implicita", allorché, anche in assenza di specifiche direttive da parte del datore di lavoro, l'obbligo di indossare specifici abiti da lavoro è imposto da disposizioni di legge rispondenti ad un

interesse pubblico, come ad esempio quelle in materia di sicurezza del lavoro.

In quest'ultima caso, l'attività di vestizione deve ritenersi implicitamente autorizzata dal datore di lavoro ed anzi da esso imposta, "potendo in mancanza l'Azienda rifiutare di ricevere la prestazione".

In sintesi, l'eterodirezione del lavoratore può derivare sia "dall'esplicita disciplina d'impresa ma anche risultare implicitamente dalla natura degli indumenti - quando gli stessi siano diversi da quelli utilizzati o utilizzabili secondo un criterio di normalità sociale dell'abbigliamento - o dalla specifica funzione che devono assolvere e così dalle superiori esigenze di sicurezza ed igiene riguardanti sia la gestione del servizio pubblico sia la stessa incolumità del personale addetto". La sentenza in esame ritiene sussistente tale eterodirezione implicita anche nei confronti del personale sanitario, in quanto per essi l'uso di uno specifico abbigliamento da lavoro è "imposto dalle superiori esigenze di sicurezza ed igiene, discendente dall'interesse all'igiene pubblica", con il corollario che il tempo di vestizione deve essere computata nel debito orario del dipendente.

Legge Concretezza: in vigore dal 7 luglio

Soluzioni (concrete) per garantire una Pubblica Amministrazione efficiente



Il 7 luglio è entrata in vigore la legge 19 giugno 2019, n. 56 nota come “Legge Concretezza”. Il titolo completo del provvedimento è “Interventi per la concretezza delle azioni delle pubbliche amministrazioni e la prevenzione dell’assenteismo”. L’obiettivo della nuova legge, voluta dal Ministro per la Pubblica Amministrazione Giulia Bongiorno, è quello di individuare soluzioni concrete per garantire l’efficienza della pubblica amministrazione, il miglioramento immediato dell’organizzazione amministrativa e l’incremento della qualità dei servizi erogati ai cittadini. Il provvedimento è composto da sei articoli. Esaminiamoli.

Articolo 1. Prevede l’istituzione del Nucleo di Concretezza, attraverso l’inserimento di quattro nuovi articoli nel d.lgs. 165/2001 (Testo unico sul Pubblico Impiego): 6obis, 6oter, 6oquater, 6oquinqueies. Tale disposizione si applica per espressa previsione normativa anche alle Aziende e agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Questo nuovo organismo agirà nell’ambito dei contenuti del Piano triennale predisposto annualmente dal Dipartimento della Funzione Pubblica. In collaborazione con l’Ispettorato per la Funzione Pubblica di cui all’articolo 60 del d.lgs. 165/2001 effettua sopralluoghi e visite finalizzate a rilevare lo “sta-

to di attuazione delle disposizioni da parte delle pubbliche amministrazioni, nonché le modalità di organizzazione e di gestione dell’attività amministrativa alla luce dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità”. I commi successivi disciplinano in dettaglio la procedura di verifica (sopralluogo e visita), di verbalizzazione, le richieste avanzate, le sanzioni, non previste quest’ultime (insieme ai termini perentori) per le aziende sanitarie.

Per lo svolgimento delle attività sono previsti cinquantatré dipendenti di cui trenta di nuova assunzione con onere finanziario pari a euro 4.153.160 annui a decorrere dal 2019.

Articolo 2. Contiene disposizioni in materia di misure per il contrasto dell’assenteismo, introducendo “il controllo della presenza tramite sistemi di verifica biometrica dell’identità e di videosorveglianza degli accessi, in sostituzione dei diversi sistemi di rilevazione automatica, attualmente in uso, nel rispetto dei principi di proporzionalità, non eccedenza e gradualità”, come previsto anche dalle fonti comunitarie. Rispetto al testo originario sono state aggiunte le parole “degli accessi” in modo da non creare conflitti con quanto disposto dallo Statuto dei Lavoratori. Da segnalare che quest’ultima norma, nel corso del

dibattito parlamentare ha suscitato notevoli perplessità e rilievi del Garante della Privacy, a seguito dei quali sono stati stanziati 35 ml di euro previsti nei commi 5 e 6. Tale norma si applica anche ai dirigenti in modo finalizzato; questi ultimi infatti devono “adeguare la propria prestazione lavorativa nella sede di lavoro alle esigenze dell’organizzazione e dell’incarico dirigenziale svolto”

Articolo 3. Contiene misure per accelerare le assunzioni mirate e il ricambio generazionale nella pubblica amministrazione. In realtà molti commi dell’articolo hanno come destinatari le “amministrazioni dello stato e gli enti pubblici non economici”. Pertanto non si applicano agli Enti e alle Aziende del Servizio sanitario Nazionale.

Nel comma 8 sono contenute disposizioni applicabili anche alla sanità. Nel triennio 2019-2021, le procedure concorsuali bandite dalle amministrazioni e le conseguenti assunzioni possono essere effettuate senza il previo svolgimento delle procedure di mobilità. Il comma 11 contiene novità sulla formazione delle Commissioni esaminatrici dei concorsi (compresi quelli per la sanità) anche con l’utilizzo di personale “in quiescenza da non più di quattro anni alla data di pubblicazione del bando di concorso”. I commi successivi disciplinano i compensi per le commissioni esaminatrici. Al comma 15 è prevista l’istituzione presso il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell’Albo Nazionale dei componenti delle commissioni esaminatrici di concorso con durata triennale, rinnovabile una sola volta, cui si potrà accedere sulla base di convenzioni.

Articolo 4. Sale a 10 anni il periodo di aspettativa senza assegni per lo svolgimento di attività presso soggetti ed organismi pubblici e privati anche operanti in sede internazionale. Il personale collocato in aspettativa non può essere destinatario, nei successivi due anni, di incarichi né essere impiegato nello svolgimento di attività concorrenziali con quella svolta in aspettativa.

Articolo 5. Contiene disposizioni in materia di buoni pasto.

Articolo 6. Contiene disposizioni finali specificando che le Regioni anche per quanto concerne i propri enti e le amministrazioni del SSN, adeguano i propri ordinamenti alle disposizioni contenute dalla legge.

Behuman



I SERVIZI DELLA TUA ASSOCIAZIONE

POLIZZA RC COLPA GRAVE

Per i nuovi iscritti la più completa POLIZZA RC COLPA GRAVE, comprensiva di responsabilità patrimoniale, al costo speciale di 195€ per un anno (per gli specializzandi 110€).

POLIZZA TUTELA LEGALE

Per tutti gli iscritti POLIZZA TUTELA LEGALE GRATUITA con massimale a € 50.000,00.

PRONTO AVVOCATO?

Gli iscritti hanno a loro disposizione GRATUITAMENTE legali convenzionati, per pareri, assistenza stragiudiziale, consulenza normativa, contrattuale, giurisprudenziale, previdenziale, assistenza nei procedimenti disciplinari. Contatta l'**HELP DESK TELEFONICO** 064245741 o scrivi a servizi@anaao.it.

FORMAZIONE

La piattaforma FAD della Fondazione Pietro Paci, la più ampia d'Italia, ti mette a disposizione **480 crediti ECM GRATIS**.

La **SCUOLA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE DEI QUADRI SINDACALI** è **GRATUITA** per tutti gli iscritti. Imparerai ad apprendere la normativa contrattuale e gli strumenti per affermare i tuoi diritti.

COME RISOLVERE LA CARENZA DI SPECIALISTI.

NO A SOLUZIONI FANTASIOSE. SI A SOLUZIONI CONCRETE

LA TEMPESTA PERFETTA

Finanziamento del SSN ridotto in termini reali dello 0,3% all'anno dal 2009 ad oggi.

Contratto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari bloccato dal 2010.

Età media dei medici dipendenti del SSN di 54 anni, la più alta al mondo in conseguenza del blocco del turnover.

"Gobba pensionistica" che svilupperà i suoi effetti più rilevanti in termini di uscite dal sistema nei prossimi 10 anni.

Quota "100" che rischia di accelerare la "gobba pensionistica".

Mancanza di medici specialisti per il completo fallimento della programmazione dei fabbisogni.

Disagio lavorativo crescente, burnout, fuga dei medici dipendenti verso il privato.

Mancata applicazione della direttiva europea sull'orario di lavoro e sui riposi.

Personale sanitario già ridotto del 10% per il blocco del turnover e a ulteriore rischio di depauperamento per le dinamiche previdenziali, se non associate a nuove assunzioni.

E ALLA FINE

collasso dell'attuale sistema sanitario universalistico.

Creazione di una sanità duale, una povera e residuale per i poveri, una ricca di risorse e professionalità per i ricchi, sostenuta da fondi sostitutivi e assicurativi.

A guidare la classifica il Piemonte al Nord, la Toscana al Centro e la Sicilia al Sud. Unica eccezione il Lazio che si è in grado di soddisfare il disavanzo netto determinato dalla fuoriuscita di specialisti, anche se non in tutte le discipline.

ANAAO PER GLI SPECIALIZZANDI

Proseguono le iniziative dell'Anaa Assomed e Als per favorire l'accesso degli specializzandi dell'ultimo anno nel mondo del lavoro.

Dopo aver inviato la diffida a tutte le Aziende, stiamo vigilando affinché i BANDI DI CONCORSO siano regolari in tutte le Regioni e Aziende.

Seguici su www.anaao.it dove troverai utili info e aggiornamenti in tempo reale!

Il MIUR ha fatto "scompare" solo nel 2018 oltre 900 borse di studio per specializzandi (fonte: ALS) in un contesto di gravissima carenza.

Una inefficienza che sfiora il #SABOTAGGIO.

I dati riportati sono noti e rilevati da associazioni degli specializzandi e anche da altri diretti interessati che, ricorrendo in sede amministrativa, sono riusciti ad ottenere la riassegnazione e la possibilità di accedere ad un posto in scuola.

Una #SPRECOPOLI che ANAAO ha denunciato da tempo ma che solo il Giudice sembra in grado di gestire.

E i Ministri, la mattina quando vanno in ufficio di cosa si occupano?

LISTE D'ATTESA &

LA V

PIANO IN MOSSE PER FORMARE I PS

Condizioni di lavoro... Previsione del bisogno di personale adeguata dei codici minori.

PRONTO SOCCORSO

Il Sole 24 Ore

Salute

Medici, dalla fuga al rischio bolla

Per l'allarme carenza 12mila specializzandi, ma l'università fa muro

INTERVISTA A CARLO PALERMO, SEGRETARIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

«Rischiamo di passare dall'obbligo formativo, che denunciamo da anni, all'obbligo lavorativo. Aumentano oggi gli ingressi ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, al 2011/12 avremo formato in Italia 10.500 medici tra specializzazione e corso di medicina generale, a fronte di un fabbisogno reale complessivo di circa 6.500».

«Ogni anno un surplus di 4mila specialisti, conseguenza di una programmazione di nuovo poco lungimirante».

ESERCITARE LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA E' UN #DIRITTO.

NEGARE QUESTO #DIRITTO E' ILLEGITTIMO.

L'ANAAO ASSOMED DIFFIDA

I Presidenti delle Regioni, gli Assessori alla salute e i Direttori Generali delle aziende sanitarie e sanitari al di fuori dei casi indicati dalla legge nazionale e dal contratto. In caso contrario l'Associazione metterà in campo tutte le iniziative legali per tutelare i diritti dei colleghi iscritti.

ANAAO SEMPRE CON I MEDICI E DIRIGENTI SANITARI

ALABRIA

GE

NOTIZIA SN

LE 2015

ONERI RIFLESSI

0,36%: 47,4 mln
0,09%: 143,4 mln
0,02%: 397,5 mln
0,48%: 458,1 mln



ORARIO DI LAVORO: LA NORMATIVA EUROPEA VALE ANCHE PER GLI SPECIALIZZANDI E VA APPLICATA!

Il Segretario Nazionale Anaa Assomed torna a scrivere alle Università e ai Direttori Generali a seguito di numerose segnalazioni di gravi irregolarità nell'applicazione della legge che recepisce la direttiva europea sull'orario di lavoro.

«Chiediamo nuovamente il rispetto della legge nei confronti dei medici in formazione, avvertendo fin da ora che l'Anaa vigilerà sull'esatta applicazione della normativa e non esiterà a segnalare i casi di inadempienza nelle sedi competenti».

leggi le lettere su www.anaao.it

CARENZA SPECIALISTI DA NORD A SUD E VERA EMERGENZA

SICILIA -2.300 SPECIALISTI

ANTONIO PALERMO

PIEMONTE -2000 SPECIALISTI

CHIARA RIVETTI

MOLISE

GIUSEPPE PECCANTI

CALABRIA -1.400 SPECIALISTI

FILIPPO MARIA LARICIDA

VENETO -1.300 SPECIALISTI

ADRIANO BENAZZATO

change.org

FERMA I TAGLI AL TUO STIPENDIO!

FIRMA ANCHE TU LA PETIZIONE!

I dipendenti pubblici rivolgono un appello al Governo e alle forze politiche affinché venga fermato il programmato e progressivo impoverimento degli stipendi dei lavoratori dei servizi pubblici.

ASSEMBLEA ANAAO GIOVANI-ALS

ROMA 12 GIUGNO 2019

AUDITORIUM "COSIMO PICCINNO" MINISTERO DELLA SALUTE, LUNGOTEVERE RPA. 1 ORE 15.00/18.00

DAI BANCHI ALLA CORSIA LA FORMAZIONE POST LAUREA DEI MEDICI ITALIANI

PER LA NOSTRA SANITA'...

I MEDICI ITALIANI SONO I PIU' ANZIANI DEL MONDO CON UN'ETA' MEDIA DI 54 ANNI GRAZIE AL BLOCCO DELLE ASSUNZIONI.

LO SBLOCCO DEL TURN OVER RICHIEDE L'IMMEDIATO UTILIZZO DEI 2,5 MILIARDI RISPARMIATI DA REGIONI CON IL TAGLIO DEL PERSONALE DAL 2009 AD OGGI.

ASSUMERE I PENSIONATI E' UNA #NONSOLUZIONE E LE REGIONI CHE LA ADOTTANO DI FATTO DICHIARANO IL FALLIMENTO TOTALE DELLE LORO POLITICHE DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA.

TOTALE 1,101 MLD

PRO CAPITE MEDIO



ORARIO DI LAVORO: LA NORMATIVA EUROPEA VALE ANCHE PER GLI SPECIALIZZANDI E VA APPLICATA!

Il Segretario Nazionale Anaa Assomed torna a scrivere alle Università e ai Direttori Generali a seguito di numerose segnalazioni di gravi irregolarità nell'applicazione della legge che recepisce la direttiva