

# ORGANIZZAZIONE E CONDIZIONI DI LAVORO

## Demografia dei medici e dirigenti sanitari: l'invecchiamento della popolazione professionale e sue ricadute nel lavoro ospedaliero

(Carlo Palermo, Giuseppe Ricucci, Giampaolo Papi, Giuseppe Magno)

## Gli standard organizzativi del personale: DM 70, il metodo Piemonte, il metodo Veneto

(Dino Della Giustina, Massimo Fornaini, Giuseppe Fornarini, Gianluca Ruiu)

## Orario di lavoro, guardie e reperibilità alla luce delle direttive europee: tra flessibilità nell'organizzazione del lavoro e tutela della salute del professionista. Proposte.

(Pierluigi Api, Sergio Costantino, Alessandro Grimaldi, Luigi Orsini)

## La femminilizzazione della professione: ricadute sull'organizzazione del lavoro e tutele

(Concetta Liberatore, Anna Tomezzoli, Elisabetta Lombardo, Gerardo Anastasio)

## DEMOGRAFIA DEI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI: L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE PROFESSIONALE E SUE RICADUTE NEL LAVORO OSPEDALIERO

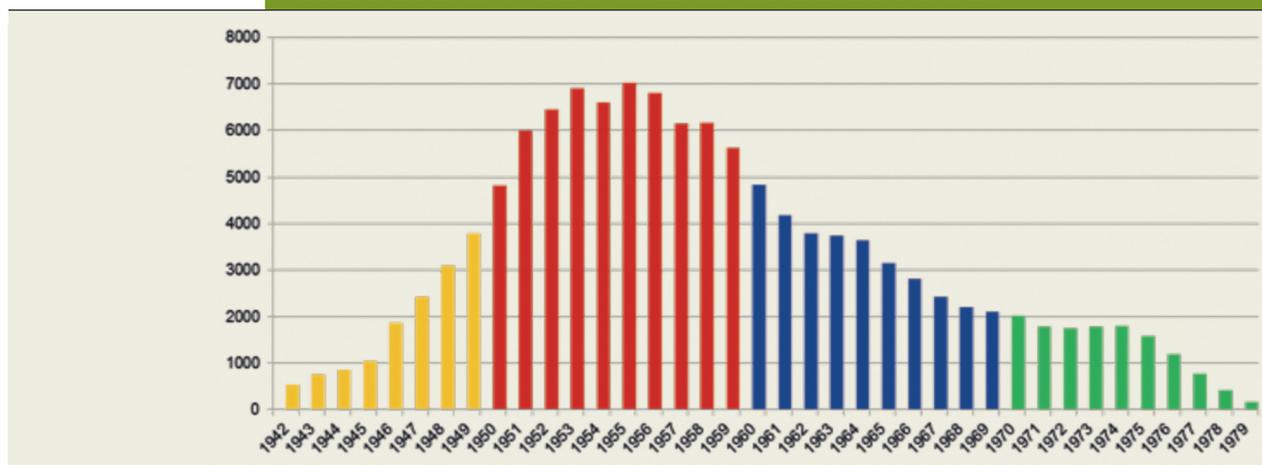
a cura di

CARLO PALERMO  
GIUSEPPE MAGNO  
GIAMPAOLO PAPI  
GIUSEPPE RICUCCI

In precedenti lavori pubblicati nel 2011, nel 2014 e nel 2016 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 possesso di elevate capacità professionali, amplificata dai ritardi del sistema di formazione post-lauream.

GRAFICO 1

LIFE EXPECTANCY GAINS ASSOCIATED WITH A 10% CHANGE IN THE MAIN DETERMINANTS OF HEALTH  
ANALYSIS BASED ON 35 OECD COUNTRIES FOR THE TIME PERIOD 1995-2005



La figura 1 mostra i 118.000 medici dipendenti del SSN nel 2008 distribuiti per anno di nascita. Le frequenze maggiori si hanno per i nati tra il 1950 e il 1961. Considerando che nel 2018 usciranno dal sistema prevalentemente i nati nel 1952/1953, è ipotizzabile che il trend in uscita rimanga molto alto fino al 2027/2028 ad invarianza di criteri pensionistici. Dal 2029 la gobba tenderà a diminuire progressivamente, ritornando a tassi annuali di quiescenza più fisiologici e gestibili dal 2033/2034. Ovviamente, ogni intervento che riduca gli anni di contribuzione necessari per la pensione di anzianità anticiperà la dinamica di usci-

ta concentrandola in tempi minori. La revisione della Legge “Fornero”, come prospettata da alcune forze politiche, ne rappresenta un esempio.

La tabella 1 mostra invece la distribuzione dei medici a tempo indeterminato e determinato nelle singole Regioni nel 2016. E' evidente, se confrontiamo i dati con quelli del 2008, il netto calo dei medici in servizio legato al blocco del turnover in atto dall'inizio della crisi economica. È questo il fattore più importante nel peggioramento delle condizioni di lavoro nelle strutture ospedaliere e territoriali del SSN.

TABELLA 1

**LIFE EXPECTANCY GAINS ASSOCIATED WITH A 10% CHANGE IN THE MAIN DETERMINANTS OF HEALTH ANALYSIS BASED ON 35 OECD COUNTRIES FOR THE TIME PERIOD 1995-2005**

| Regione                                    | TOTALE MEDICI | Tempo indeterminato | Tempo determinato |
|--|---------------|---------------------|-------------------|
| <b>Abruzzo</b>                             | 3022          | 2842                | 180               |
| <b>Basilicata</b>                          | 1241          | 1164                | 77                |
| <b>Calabria</b>                            | 4211          | 3848                | 363               |
| <b>Campania</b>                            | 9562          | 9252                | 310               |
| <b>Emilia-romagna</b>                      | 7273          | 6762                | 511               |
| <b>Friuli-venezia giulia</b>               | 2630          | 2493                | 137               |
| <b>Lazio</b>                               | 9133          | 7813                | 1320              |
| <b>Liguria</b>                             | 2656          | 2461                | 195               |
| <b>Lombardia</b>                           | 14364         | 12996               | 1368              |
| <b>Marche</b>                              | 3075          | 2919                | 156               |
| <b>Molise</b>                              | 644           | 517                 | 127               |
| <b>Piemonte</b>                            | 8974          | 8753                | 221               |
| <b>Puglia</b>                              | 7138          | 6508                | 630               |
| <b>Sardegna</b>                            | 4148          | 3790                | 358               |
| <b>Sicilia</b>                             | 9733          | 8763                | 970               |
| <b>Toscana</b>                             | 8910          | 8690                | 220               |
| <b>Trentino-alto adige (somma BOL -TN)</b> | 2011          | 1852                | 159               |
| <b>Umbria</b>                              | 2295          | 2090                | 205               |
| <b>Valle d'aosta</b>                       | 363           | 359                 | 4                 |
| <b>Veneto</b>                              | 8570          | 8332                | 238               |
| <b>DATO NAZIONALE</b>                      | <b>109955</b> | <b>102204</b>       | <b>7751</b>       |

Il grafico 2 mostra la composizione anagrafica della popolazione di medici a tempo indeterminato dipendenti del SSN. Gli ultra cinquantenni sono il 66,8% del totale, mentre l'età media è intorno ai 54 anni. Questi semplici dati demografici valutati alla luce dei criteri di pensionamento per anzianità contributiva (attualmente 42 anni e 10 mesi) ci portarono a stimare nello studio del 2016 una uscita per pensionamento di circa 50.000 medici dipendenti del SSN nel decennio 2016/2025.

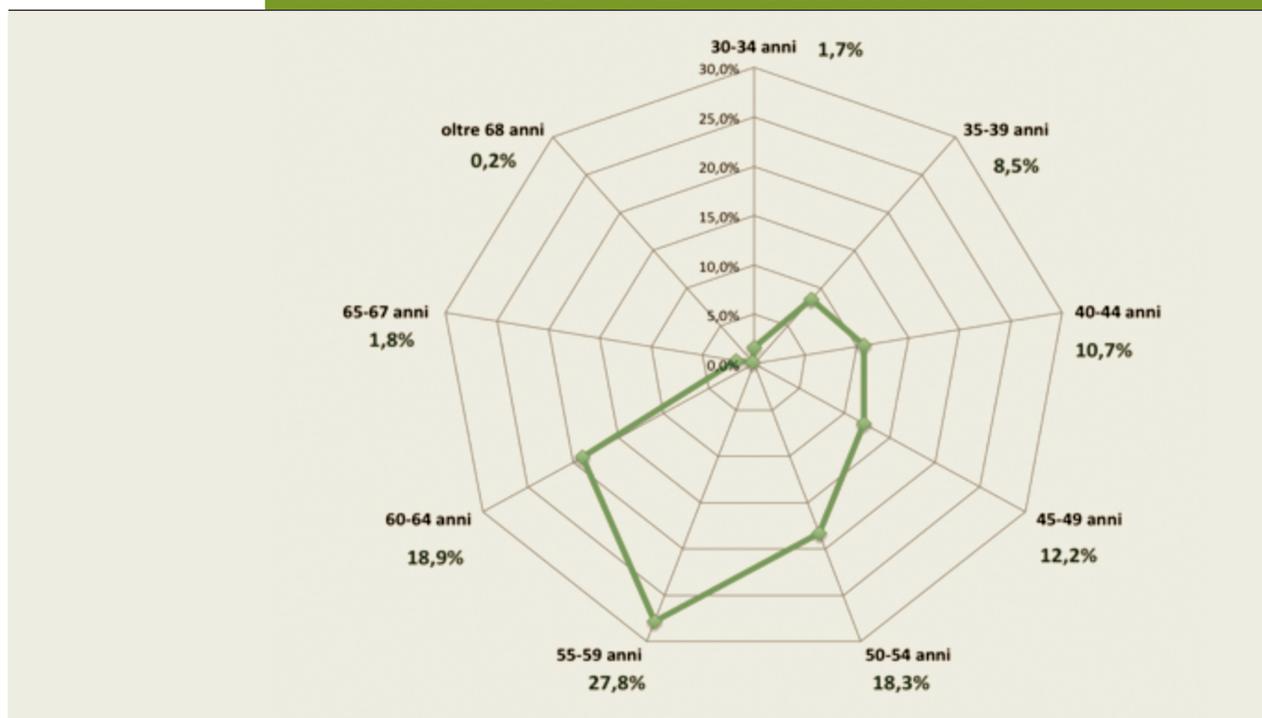
Le nostre, però, si stanno rilevando stime prudenziali. Oggi le cronache raccontano di medici che abbandonano il posto di lavoro anche prima dell'acquisizione dell'anzianità contributiva utile ai fini della quiescenza, a causa del drammatico peggioramento delle condizioni di lavoro, grazie a mutate disposizioni legislative o alle sirene di un mercato privato rilanciato dal moltiplicarsi di fondi sanitari di fatto sostitutivi delle prestazioni del SSN. Siamo oramai alla fuga dagli ospedali.

Vi sono, infatti, 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), l'invecchiamento della popolazione medica in assenza della applicazione delle raccomandazioni contrattuali di esonerare dai turni di guardia notturni i medici con più di 55 anni di età, le difficoltà crescenti di godere delle ferie annuali e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazionale e dalle direttive europee. Nessuna meraviglia, quindi, se un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali o economiche, visto che le retribuzioni sono inchiodate ai valori del 2010, costretto dalle attuali condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturni e festivi e reperibilità più volte la settimana e quasi tutti i weekend, con una gravosa mole di lavoro straordinario nemmeno retribuito o recuperabile, in condizioni di elevato rischio professionale, decide di abbandonare il posto di lavoro.

Andando in quiescenza, o anche semplicemente dimettendosi, per mettere a disposizione del settore sanitario privato elevate capacità culturali e tecniche maturate in anni di duro lavoro nel SSN, in condizioni di esercizio professionale meno disagiate, se non più remunerative. Senza considerare, inoltre, che i medici e i dirigenti sanitari del SSN una volta raggiunto il massimo della contribuzione pensionistica non hanno alcuna convenienza economica nel rimanere in servizio.

GRAFICO 2

**LIFE EXPECTANCY GAINS ASSOCIATED WITH A 10% CHANGE IN THE MAIN DETERMINANTS OF HEALTH**  
ANALYSIS BASED ON 35 OECD COUNTRIES FOR THE TIME PERIOD 1995-2005



Sulle condizioni organizzative delle strutture del SSN incidono anche altri fattori che da un lato anticipano i pensionamenti e dall'altro contribuiscono a peggiorare le condizioni di lavoro negli ospedali.

Il blocco del turnover sta incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro SSN, rallentando il ricambio generazionale e con esso il trasferimento di conoscenze e capacità tecniche sostenute dalla fisiologica osmosi tra generazioni professionali diverse, ed impoverendo le dotazioni organiche ed innalzando la età media dei medici ospedalieri al di sopra dei 54 anni, la più alta nel panorama mondiale. Il tetto di spesa per il personale determina mancata sostituzione delle Colleghe in gravidanza, un gravissimo attacco delle Regioni e delle Aziende ad un diritto delle donne, con rilevanti ripercussioni sul clima interno dei reparti e sulle condizioni di lavoro, in un contesto di crescente femminilizzazione della professione. Da non trascurare, infine, il fatto che molti dei medici ultrasessantenni che si avvicinano alla data di pensionamento hanno accumulato nel tempo, a causa delle carenze di personale, molti mesi, se non anni, di ferie non godute, da fruire prima della quiescenza, rappresentando, di fatto, un ulteriore elemento di anticipazione dell'uscita dal servizio. Senza che nemmeno esista una norma che preveda la sostituzione di chi si trova in questa condizione, certamente non legata alla sua volontà ma alle inadempienze aziendali.

Infine, il "cumulo previdenziale", se da un lato rappresenta una conquista di civiltà ed equità che valorizza la funzione delle Casse professionali, che ora concorrono appieno al raggiungimento della pensione, dall'altro produce effetti di anticipazione delle uscite dal sistema che potrebbero andare da pochi mesi fino a 3 anni. Effetti attesi anche in caso di riforma della legge "Fornero", annunciata nei programmi elettorali di alcune forze politiche, con il passaggio del limite contributivo per la pensione di anzianità a 41 anni dagli attuali 42 e 10 mesi.

Questi motivi ci inducono ad ipotizzare, nei prossimi cinque anni (2018 / 2022), un esodo di medici dipendenti del SSN, per pensionamento o dimissioni a qualsiasi titolo, superiore

ai 30.000 previsti, potendo arrivare fino a circa 40.000, cui sono da aggiungere altri 5000 specialisti tra universitari e ambulatoriali convenzionati.

In mancanza di sostituzioni, le conseguenze sul sistema delle cure, specie in pediatria, chirurgia generale, ginecologia, medicina interna, ortopedia, saranno drammatiche, a partire dalle strutture periferiche dove i pochi medici presenti sul mercato non vorranno più lavorare. Sarà problematico mantenere aperti punti nascita con meno di 1000 parti anno o trovare medici per gli ospedali delle valli piemontesi, lombarde o venete, per le isole o per le zone disagiate montane. Le condizioni operative dei reparti di specialità mediche e chirurgiche cambieranno profondamente perché dovranno concentrare l'attività sui pazienti ricoverati, venendo a mancare gli orari necessari per mantenere aperte le attività ambulatoriali, diagnostiche e cliniche, rivolte a pazienti affetti da malattie croniche avanzate o neoplasie, per fare esempi parziali. La riduzione del personale potrebbe trascinare una ulteriore riduzione dei posti letto, già oggi tra le più basse nel panorama europeo, fino ad un taglio di ulteriori 40.000 posti letto, portando il rapporto al di sotto del 2,5 per mille abitanti che collocherebbe l'Italia all'ultimo posto in Europa. L'accesso alle cure diventerà sempre più difficile e le diseguaglianze aumenteranno.

La nostra parte in termini di analisi e proposte la svolgiamo da molti anni. I governi nazionali e regionali, che non hanno voluto ascoltare, si troveranno in grandissima difficoltà e non potranno sfuggire alle loro responsabilità. Qualcuno si muova prima che sia troppo tardi per l'intero sistema pubblico delle cure. Importanti difficoltà derivano certamente dalla riduzione del finanziamento alla Sanità Pubblica. In particolare, appare anacronistico nel 2018 che il costo del personale possa essere lo stesso del 2004 con una riduzione dell' 1,3%, come stabilito anche dalla recente Legge di bilancio, senza mettere in conto una pesante ripercussione sui servizi erogati ai cittadini. I LEA necessitano di un finanziamento adeguato e certo, altrimenti sono solo **Livelli Eventuali di Assistenza**.

La carenza di nuovi medici è dovuta soprattutto al fatto che nell'ultimo decennio i posti messi a disposizione nelle scuole di medicina e chirurgia ed in particolare nelle scuole di specializzazione non sono stati programmati in base al fabbisogno del nostro sistema sanitario. Dobbiamo poi considerare che in Italia, a differenza di altre nazioni europee, non basta l'abilitazione alla professione per poter prestare servizio in un ospedale pubblico. La legislazione nazionale prevede che per un dato reparto possano essere assunti solo medici che sono in possesso della relativa specializzazione oppure di una specializzazione equipollente o affine.

Sempre di più nelle strutture ospedaliere periferiche i posti messi a concorso restano scoperti per mancanza di medici disponibili a lavorare lontano dalle grandi città. Il problema è particolarmente acuto per il Pronto Soccorso, per i reparti di Pediatria, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia generale e in futuro è destinato ad allargarsi ad altre specialità.

Inoltre, mentre in altre nazioni europee, come per esempio la Francia, la Svizzera e la Germania, gli ospedali pubblici assumono i medici con chiamata diretta, in Italia la legislazione prevede che ciò debba avvenire solo mediante pubblici concorsi, che risultano farraginosi ed estremamente burocratizzati, tanto da non rispondere più alle esigenze organizzative degli ospedali che mutano rapidamente.

## PROPOSTE

**1. In condizioni di necessità** e per alcune branche specialistiche (anestesiologia e radiologia, ma non solo), in assenza nei concorsi di candidati provvisti di diploma di specialità, si possa procedere in via eccezionale all'assunzione a tempo determinato di medici specializzandi che abbiano superato il secondo anno del corso, in deroga alla legge vigente, ai fini di non interrompere l'erogazione dei servizi sanitari stabiliti con i LEA.

**2. L'attuale fondo statale** per la formazione specialistica post-lauream permette di finanziare almeno 6.100 contratti nazionali. E' auspicabile che le Regioni contribuiscano all'aumento dei contratti di formazione specialistica, diventando protagoniste della programmazione e del cammino formativo dei giovani medici specializzandi e della sostenibilità generale del sistema. Con il loro intervento e lo stanziamento di ulteriori 1.900 contratti (differenza tra posti Miur e fabbisogno regionale calcolata sull'ultimo anno accademico 2017/2018), il gap tra partecipanti al concorso e posti a bando si ridurrebbe sensibilmente negli anni a venire. Il costo complessivo è stimabile in quasi 190 milioni di eu-

ro (per specializzazioni di durata quadriennale), ammonterebbe mediamente a poco più di 9 milioni di euro per le 20 Regioni italiane, circa 2,25 milioni per anno, una cifra oggettivamente alla portata di ogni bilancio regionale. Pertanto, le Regioni dovrebbero farsi carico della differenza tra posti ministeriali e fabbisogno, che esse stesse devono indicare ogni 3 anni. La recente legge Lorenzin prevede l'individuazione della rete formativa. Attraverso modalità negoziate dovranno essere individuati Teaching hospital deputati a una formazione on the job. Nel dettaglio, la nostra proposta prevede, dopo i primi anni passati tra le mura universitarie, il completamento della formazione per 24 mesi in ospedali extra-universitari che abbiano specifici requisiti di "ospedali di apprendimento" come previsto dal DM sull'accreditamento delle Scuole di Specializzazione, mediante la stipula di un contratto ad hoc di formazione medica abilitante a tempo determinato, con finanziamento integrativo regionale, al posto dell'attuale contratto di formazione specialistica. In alternativa l'integrazione di contratti a carico delle Regioni potrebbe essere destinato fin dall'inizio ad un percorso formativo post-lauream aggiuntivo a quello Universitario basato interamente sulla programmazione regionale, valorizzando l'immenso patrimonio culturale e di casistica presente negli ospedali del SSN. In sintesi per i neo-laureati è ipotizzabile un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato a tutele crescenti, su posti aggiuntivi rispetto alla dotazione organica degli ospedali di rete, con insegnamento della parte teorica a carico delle Università e contestuale rilascio da parte della stessa del titolo di specialista con una valutazione finale che preveda la partecipazione del tutor ospedaliero.

- 3. Si propone**, infine, di modificare la norma che impedisce ai Dirigenti medici che hanno raggiunto i limiti massimi di servizio e di periodo contributivo, e che quindi per legge sono collocati in pensione, di poter continuare a svolgere, con una remunerazione aggiuntiva e per un periodo massimo di 12 mesi, funzioni assistenziali nella disciplina nella quale prestavano servizio o in altre discipline, in rapporto ad esigenze specifiche, non altrimenti risolvibili.

## GLI STANDARD ORGANIZZATIVI DEL PERSONALE: DM 70, IL METODO VENETO, IL METODO PIEMONTE.

*a cura di*

**DINO DELLA GIUSTINA  
MASSIMO FORNAINI  
GIUSEPPE FORNARINI  
GIANLUCA RUIU**

### **Considerazioni generali sulla determinazione del fabbisogno del personale della Dirigenza medica e sanitaria.**

A livello nazionale si è manifestata la necessità di individuare una metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno di personale presentati dalle Regioni/Province Autonome ai sensi della L.n. 208/2015.

In questo ambito, il combinato disposto del D.M. 70/2015 e dell'art. 1 comma 541 della legge citata, attribuisce alle Regioni il compito di determinare il fabbisogno di personale dell'area ospedaliera in misura coerente alle scelte di programmazione sanitaria, che costituiscono l'elemento fondamentale della determinazione del fabbisogno stesso.

Il Patto per la Salute 2014-2016 ha prefigurato una riorganizzazione del sistema sanitario in cui una parte, la rete ospedaliera, sarà oggetto di concentrazione, sia del numero dei presidi, che delle strutture organizzative, mentre la parte territoriale dovrà evolversi attraverso l'individuazione di percorsi di cura atti a presidiare la post-acuzie, la cronicità e l'integrazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda la determinazione delle dotazioni di personale sanitario, l'atto di indirizzo e coordinamento che fissa i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, approvato con DPR 14 gennaio 1997, fornisce indicazioni generiche limitandosi ad affermare che "la dotazione di personale deve essere rapportata al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate".

Il Decreto del Ministero della Sanità del 13 Settembre 1988, che aveva per oggetto la determinazione degli standard di personale dei presidi ospedalieri, risulta superato oltre che dalla dimensione organizzativa anche dall'evoluzione normativa soprattutto perché è prero-

gativa esclusiva delle Regioni disciplinare con proprie leggi l'articolazione territoriale e l'organizzazione interna dei servizi sanitari.

Il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" non prevede specifici standard per quanto riguarda il personale di assistenza.

Il recepimento di queste normative da parte delle regioni dovrebbe disciplinare la definizione puntuale dei requisiti - in particolare organizzativi e di personale per l'accreditamento istituzionale.

## DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO

### 1. LA PROPOSTA DEL VENETO

Il processo di determinazione del fabbisogno di personale deve comunque essere inteso come un processo virtuoso, in continua evoluzione, adattabile alle esigenze di salute dei cittadini, così come la programmazione socio sanitaria regionale deve essere uno strumento duttile rispetto alle nuove esigenze.

In un modello organizzativo ospedaliero tipo *hub & spoke*, all'interno del quale operino sia strutture pubbliche che private accreditate, il primo livello è costituito dagli "ospedali hub" ed esercita una azione centripeta sui flussi dei ricoveri.

Il secondo è costituito dagli: "ospedali spoke". Fanno parte di questo i presidi ospedalieri distribuiti nel territorio regionale, non necessariamente presso i capoluoghi di provincia, ed esercita invece una azione centrifuga sui flussi di ricoveri verso gli ospedali hub. Gli spoke sono poi suddivisi nei seguenti 2 sottolivelli, in base alla dimensione del bacino di utenza, alla dotazione di reparti e servizi specialistici ed alla dotazione di posti letto:

- "Presidi ospedalieri di rete" con bacino di utenza mediamente sub provinciale
- "Ospedali nodo di rete" con bacini di utenza zionali, con dotazioni di reparti e servizi specialistici di base a bassa complessità.

Le linee di indirizzo regionali per la definizione dei valori minimi di riferimento per il personale Dirigente Medico e Sanitario, hanno lo scopo di individuare principi e criteri univoci omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole aziende, garantiscano una base comune e un riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo.

Lo scenario organizzativo/assistenziale è in continua evoluzione e ne consegue che la definizione delle dotazioni di personale medico e sanitario necessarie a garantire adeguati e appropriati livelli assistenziali secondo standard qualitativi definiti, rappresenta uno degli elementi strategici nel dominio della programmazione sociosanitaria regionale.

Per la definizione dei valori di riferimento, gli attuali modelli descritti in letteratura ed utilizzati in contesti nazionali nonché internazionali si sono dimostrati, per molteplici motivi, difficilmente implementabili nel contesto assistenziale ed organizzativo

Si rende pertanto necessario individuare un modello che si regga in considerazione delle peculiarità del "sistema salute", tenendo conto delle esigenze programmatiche e della "mission" delle singole strutture. Gli *step* principali di sviluppo del progetto sono i seguenti:

- definizione al livello regionale di modelli organizzativi standard specifici per le attività sanitarie
- indagine conoscitiva rivolta a tutte le aziende sanitarie regionali
- confronto al livello regionale
- analisi e valutazione delle discordanze
- individuazione conclusiva dei bisogni certi di personale, nel rispetto del D. Lgs. 66/2003 e dei principi di sicurezza organizzativa e clinica.

La valutazione della dotazione rispetto al modello dovrà tenere in considerazione molteplici variabili clinico organizzative che incidono sulle attività assistenziali del personale medico. La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla "mission" delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione.

Per la determinazione del fabbisogno vanno considerate le attività che le singole unità operative sono tenute a prestare in relazione al loro ruolo nella realtà regionale di riferimento. Per la determinazione del fabbisogno di personale medico e sanitario è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i sanitari svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgen-



za ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua. Di tutte queste attività, necessarie a garantire il corretto funzionamento dell'unità operativa e del presidio nel suo complesso, si deve tener conto nella determinazione del fabbisogno.

Il modello deve necessariamente individuare un "modello minimo" di riferimento, rappresentativo del modo di operare dei presidi simili dal punto di vista quali-quantitativo. Si dovrebbe partire, quindi, da un processo di definizione delle condizioni organizzative minime, per la realizzazione delle attività previste per una determinata unità operativa.

Si manifesta, pertanto, la necessità di individuare dei "modelli organizzativi" che presentino caratteristiche comuni e che possano essere confrontabili dal punto di vista del fabbisogno e della relativa organizzazione del personale, in modo da poter effettuare un *benchmark* delle strutture, compatibile con il ruolo dell'ospedale nella programmazione regionale: hub, spoke o nodo di rete.

Nella valutazione del rispetto dei valori minimi si dovrà tener conto di una serie di elementi:

- la tipologia e le attività prodotte
- i piani di lavoro utilizzati per la produzione delle suddette attività
- i volumi prestazionali
- eventuali criticità riscontrate
- i modelli organizzativi "standard" di riferimento per quella disciplina o area la - previsione quali-quantitativa di attività in ottica di medio-lungo periodo

Il personale è tenuto a svolgere la propria attività nell'ambito del complesso dei presidi, servizi e uffici dell'Azienda, nel rispetto dei diritti di ciascuna posizione funzionale e profilo professionale.

Il turno deve articolarsi in modo opportuno rispetto ai fabbisogni della struttura, limitando quanto più possibile il ricorso agli istituti della guardia medica e della pronta disponibilità. Il lavoro deve essere organizzato in modo da valorizzare il ruolo interdisciplinare dell'equipe e la responsabilità di ogni operatore nell'assolvimento dei propri compiti istituzionali.

Nell'organizzazione del lavoro si deve necessariamente tener conto delle esigenze proprie aziendali, l'organizzazione su base dipartimentale diventa elemento caratterizzante per la collaborazione di più unità operative con caratteristiche di fungibilità. Ne discende che l'organizzazione dipartimentale, individuata negli atti aziendali, deve essere valutata nell'organizzazione del personale e delle relative guardie.

Gli organici del personale dirigente medico e sanitario vanno determinati anche in funzione dell'applicazione degli istituti contrattuali, di interventi di adeguamento del Piano Socio Sanitario e di completamento della programmazione regionale, nonché dei processi di riqualificazione aziendale. L'articolazione del lavoro sanitario dei singoli presidi dovrà necessariamente tener conto degli strumenti contrattuali.

Il servizio di guardia è disciplinato dall'articolo 16 del CCNL 2002\_2005, che precisa che la cosiddetta "guardia interdivisionale" può essere istituita solo tra aree funzionali omogenee e che insistano su una medesima sede. La valutazione dell'omogeneità non può essere effettuata soltanto in base all'equipollenza o all'affinità delle discipline e dei servizi, come definite dai decreti del ministero della salute del 30 e 31 gennaio 1998 disciplinanti il rapporto di lavoro e della contrattazione integrativa aziendale. La gran parte delle aziende sanitarie, in conseguenza dei processi di riorganizzazione conseguenti alla soppressione di strutture complesse ed alla tendenza comunque ad aggregazioni funzionali più ampie (per evidenti ragioni di carattere economico) si sta orientando ad affidare la copertura del servizio di guardia interdivisionale, nell'ambito dell'area funzionale di medicina interna, agli specialisti in medicina interna e geriatria, evidentemente più adatti a rispondere ad una più ampia gamma di esigenze, per formazione e attitudini, ed integrare questa copertura con pronte disponibilità specialistiche delle discipline coperte da tale servizio.

Nella determinazione del fabbisogno minimo di personale è, pertanto, necessario tener conto anche delle matrici di articolazioni del turno in modo da determinare un fabbisogno minimo che permetta il rispetto della normativa previsto in materia di orario giornaliero e di riposi dal D.Lgs. 66/2003. Questo tipo di articolazione comporta, in ogni caso, problematiche legate all'equa e uniforme distribuzione dei turni di lavoro disagiato prevista dalla normativa contrattuale e risulta di difficile applicazione allorquando il numero dei letti da coprire con la singola guardia risulti superiore allo standard di riferimento (in genere 70/80 per turno) dovendosi prevedere un doppio turno di guardia.

**BENCHMARKING E MONITORAGGIO**

Considerato che i valori oggetto del presente documento sono in continuo cambiamento-evoluzione, essi necessitano di osservazione periodica, così da permettere la verifica del posizionamento delle strutture ospedaliere della Regione rispetto ai valori minimi nonché l'eventuale aggiornamento degli stessi.

Tenuto conto dell'importanza di aggiornare continuamente i dati oggetto di analisi, le Regioni si devono impegnare ad implementare un sistema di rilevazione dei dati integrato e aggiornato, che sarà utilizzato anche a supporto delle periodiche scelte in materia autorizzatoria.

**2. LA PROPOSTA DEL PIEMONTE**

Un metodo diverso è stato proposto in Piemonte. Consiste nella valutazione a valle dell'efficienza del processo produttivo e della congruità delle dotazione organica necessaria, mediante il confronto dei tempi medi di produzione delle prestazioni sanitarie con quelli standard di riferimento, ottenuti con rilevazioni statistiche, e modulazione di questi con gli indicatori previsti dal sistema DRG per le attività eseguite in regime di ricovero al fine di riportare tali tempi medi alla diversa complessità e peso economico delle prestazioni.

In ambito ospedaliero, e medico in generale, è problematico arrivare ad una puntuale standardizzazione delle attività. Si pensi alla complessità del lavoro medico costituito da innumerevoli variabili:

- Visita medica
- Compilazione cartella clinica
- Prescrizione di procedure diagnostiche e tempi di attesa
- Prescrizione terapeutica e richiesta farmaci
- Differenze temporali nella esecuzione di procedure diagnostiche, chirurgiche, etc.
- Gestione dimissioni complesse
- Colloquio con i parenti
- Compilazione denunce e relazioni cliniche
- Consulenze interne
- Definizione di percorsi diagnostici condivisi con altri specialisti e con i medici del territorio (PDTA)
- Compilazione SDO e determinazione DRG
- Compiti gestionali e partecipazione a incontri aziendali, di stabilimento, di dipartimento o di reparto
- Aggiornamento professionale

Senza dimenticare le emergenze/urgenze cliniche, sempre difficili da prevedere e standardizzare.

Altro elemento di difficile standardizzazione è la composizione del personale presente in servizio nelle singole strutture sanitarie, con diversi stati giuridici e diversi obblighi assistenziali:

- Personale dipendente del SSN
- Specialisti ambulatoriali convenzionati
- Personale universitario
- Personale con limitazioni lavorative
- Personale con rapporti di lavoro atipici

Sui processi produttivi e sui volumi di attività delle singole strutture sanitarie influisce in modo determinante il personale effettivamente presente in servizio e il modello organizzativo messo in atto. Nelle realtà ospedaliere è riscontrabile una enorme variabilità nei seguenti elementi:

- Numero pazienti/medico
- Numero notti/medico
- Godimento ferie, riposo giornaliero, riposo settimanale
- Reperibilità

Anche le diverse politiche aziendali nella sostituzione delle maternità e dei medici assenti per malattie rappresentano elementi di estrema differenziazione.

Sono probabilmente questi i fattori che hanno indotto le Regioni ad abbandonare nella loro recente proposta di calcolo dei fabbisogni la metodologia "produttivistica".

## ORARIO DI LAVORO, GUARDIE E REPERIBILITÀ ALLA LUCE DELLE DIRETTIVE EUROPEE: TRA FLESSIBILITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E TUTELA DELLA SALUTE DEL PROFESSIONISTA.

### PROPOSTE.

a cura di

PIERLUIGI API

SERGIO COSTANTINO

ALESSANDRO GRIMALDI

LUIGI ORSINI

### Le carenze di personale al confronto tra normative europee e contratto di lavoro

a cura di **LUIGI ORSINI**, Napoli

**Attualmente ci stiamo confrontando** professionalmente con una situazione difficile e variegata della quale non sembra di intravedere una soluzione se non favorevole almeno dignitosa. Infatti alcuni dati prevedibili e previsti, ad esempio la “gobba pensionistica”, sono stati colpevolmente e volutamente ignorati. Si sono cercate soluzioni a breve raggio ed insufficienti a garantire la tenuta di un sistema, definito nei discorsi magniloquenti “un’eccellenza”, che in realtà sta scricchiolando e dove regge lo fa solo per l’abnegazione del personale sanitario. Tutto si può riassumere nella voce carenza di personale, non essendo mai partita una seria ristrutturazione del sistema e preferendo forse un’implosione ad esclusivo vantaggio, per questioni organizzativo-economiche, del privato convenzionato ed accreditato. La carenza di ricambio del personale oggi si manifesta soprattutto nell’aumento progressivo dell’età media del personale, quindi personale che le varie indagini effettuate vedono come più soggetto a malattie croniche ed ad esenzioni per motivi di salute. Le improvvise assenze di personale (ferie, malattie, aspettative) mettono poi in crisi sistemi già precariamente tenuti in equilibrio.

Ciò di fatto comporta un aumento dei carichi di lavoro individuali (straordinari/ordini di servizio/rinvio delle ferie ben oltre il primo semestre dell’anno successivo) che si sovrappongono e si sommano all’incremento della domanda di salute.

In una ottica poco lungimirante si mandano in aree critiche neo-assunti, spesso culturalmente bravissimi ma che difettano (come molti di noi da giovani) di tenuta e di esperienza. Inevitabile dunque una riduzione della competenza ed un aumento dei tempi osservazione/ricovero per i pazienti e di un pesante carico psicologico per gli operatori che sfocia già nel breve termine nel *burnout* che peggiora ulteriormente le prestazioni e diviene poi innescato di una medicina difensiva ed “automatica”

**La Direttiva 2003/88/Ce** per dar risposta ad un mondo del lavoro, non solo quello medico, sempre più alienante già dal 1993 aveva previsto alcune tutele:

- Massimo orario settimanale consentito (Art. 6 a Art. 6 b Art. 16 b): Il tempo massimo settimanale viene limitato tramite leggi nazionali o accordi collettivi (molti dimenticano di ricordare però che disposizioni nazionali più favorevoli avrebbero pieno titolo ad esistere ed essere applicate. I requisiti delle Direttive erano quelli minimi e che avrebbero dovuto essere garantiti in tutti i paesi della Comunità, così come il paese membro della Comunità non avrebbe dovuto avvalersi delle disposizioni della Direttiva per peggiorare le condizioni di lavoro preesistenti)
  - Non più di 48 ore settimanali medie, in un periodo di riferimento di 4 mesi.
  - Minimo orario di riposo giornaliero (Art. 3): 11 ore **continuative\*** nelle 24 ore (\*tenere a mente)
  - Minima pausa giornaliera (Art. 4): una pausa dopo 6 ore lavorative, come da accordi collettivi o legislazione nazionale
  - Minimo tempo di riposo settimanale (Art. 5): un periodo di riposo di 24 ore dopo 7 giorni lavorativi, da cumulare col riposo giornaliero in un periodo di riferimento di 14 giorni.
- Sono possibili deroghe per alcune categorie tramite accordi collettivi, leggi, provvedimenti amministrativi (Art. 17 comma 3, lettera c) quando si tratta:....*di servizi relativi all'accettazione, al trattamento e/o alle cure prestati da ospedali o stabilimenti analoghi, comprese le at-*

*tività dei medici in formazione, da case di riposo... solo ed esclusivamente concedendo riposi compensativi immediatamente successivi. Poi la circolare 8 del 2005 Ministero del Lavoro sostiene che l'elenco era meramente esemplificativo non rilevandosi un obbligo per le categorie citate. Gli specializzandi rientrano nell'applicazione della Direttiva essendo trascorsi gli anni di deroga inizialmente previsti.*

#### ARTICOLO 22 CCNL 1994/1997 - RIPOSO SETTIMANALE

In relazione all'assetto organizzativo dell'azienda o ente e all'orario di lavoro ... il riposo settimanale coincide di norma con la giornata domenicale. Il numero dei riposi settimanali ... è fissato in numero di 52 all'anno....

Ove non possa essere fruito nella giornata domenicale, il riposo settimanale deve essere fruito, avuto riguardo alle esigenze di servizio.

Il riposo settimanale non è rinunciabile e non può essere monetizzato.

#### LEGGE 161/2014

Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, e successive modificazioni, al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni, i contratti collettivi nazionali di lavoro della sanità disciplinano le deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure, prevedendo altresì equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, adeguate misure di protezione del personale stesso.

**La giurisprudenza comunitaria ha riconosciuto carattere eccezionale alle deroghe** previste dall'art. 17 della direttiva 93 / 104 / CE (ora artt. 17-19 2003 / 88 / Ce). In altre parole non possono essere utilizzate per la gestione usuale dei reparti e nell'organizzazione dei servizi.

Il «periodo di riposo» è una nozione di diritto comunitario che non può essere interpretata in funzione delle prescrizioni delle varie normative degli stati membri.

Il diritto dei lavoratori al riconoscimento di periodi di riposo non può essere subordinato dagli stati membri a qualsivoglia condizione, poiché esso deriva direttamente dalle disposizioni della direttiva

#### REPERIBILITÀ INTERPRETAZIONE VIGENTE

Il periodo di reperibilità dei dipendenti non è conteggiabile nell'orario di lavoro in quanto, come evidenziato dalla sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea del 9 settembre 2003, elementi caratteristici della nozione "orario di lavoro" sono la presenza fisica nel luogo indicato dal datore di lavoro e l'esercizio delle funzioni proprie del lavoratore interessato, elementi non rinvenibili nella cosiddetta pronta disponibilità passiva.

Devono invece considerarsi rientranti nell'orario di lavoro le prestazioni effettuate a seguito di chiamata durante il turno di pronta disponibilità.

Le stesse prestazioni, peraltro, sospendono e non interrompono il periodo di riposo, tenuto conto della modifica all'obbligo della sua consecutività, con specifico riferimento alle attività caratterizzate da regimi di reperibilità, inserita con la Legge 133 / 2008 nel secondo periodo dell'articolo 7, comma 1, del D.Lgs. 66 / 03. Con tale modifica viene superata la precedente interpretazione ministeriale contenuta nell'interpello del Ministero del Lavoro 13 / 2008 che prevedeva l'interruzione del periodo di riposo.

In definitiva, al termine della prestazione lavorativa resa, non si dovrà riconoscere un altro periodo completo di riposo, bensì un numero di ore che, sommate a quelle fruito precedentemente alla chiamata, consentano il completamento delle undici ore di riposo complessive. E' consigliabile, in questo caso, non inserire nei turni di servizio del mattino successivo il personale che sia reperibile.

In caso di più chiamate Tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio della pronta disponibilità non devono intercorrere le 11 ore di riposo giornaliero; in caso di chiamata l'attività prestata interrompe il periodo di pronta disponibilità e fa cominciare la prestazione lavorativa, al termine della quale scatta all'interno del periodo di pronta disponibilità, il calcolo del riposo giornaliero scatta dalla fine dell'ultima prestazione.

## Le problematiche dell'orario di lavoro alla luce della Direttiva europea 88/2003/Ce. Aggiornamento al 2018.

a cura di **SERGIO COSTANTINO**, Milano

**Nel corso di questi anni** spesso ho sentito differenti posizioni ed opinioni su quello che è stato il punto sindacale più rilevante, almeno, degli anni 2000. Un punto trasformato, diventando così vincente, da rivendicazione sindacale in tutela della salute, per altro nel nostro paese garantita dalla Costituzione (Sole 24 ore sanità Luglio 2009 “Un medico stanco aumenta i rischi del 30%”). Un punto che ci consente legittimamente di far rientrare dalla finestra quanto la legge Brunetta aveva tolto dalle prerogative sindacali; la possibilità dunque di avere voce in capitolo sull'organizzazione del lavoro. (Art. 54. Modifiche all'articolo 40 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 1. All'articolo 40 del decreto legislativo n. 165 del 2001, i commi da 1 a 3 sono sostituiti dai seguenti: «1. La contrattazione collettiva determina i diritti e gli obblighi direttamente pertinenti al rapporto di lavoro, nonché le materie relative alle relazioni sindacali. Sono, in particolare, escluse dalla contrattazione collettiva le materie attinenti all'organizzazione degli uffici...»)

Un punto che se correttamente vigilato e difeso dovrebbe limitare sia danni - a breve e a lungo termine - sulla salute dei lavoratori ma soprattutto, evitando momenti di eccessiva stanchezza, dovrebbe ridurre i danni sui pazienti. Un “mantra” da noi espresso, ora si ritrova nelle parole anche dei meno esperti: “chi vorrebbe farsi operare da un medico in attività da 18 e più ore?” Così come più volte mi sono state ripetute le parole, senza conoscerne l'origine, riportate per la prima volta in Iniziativa Ospedaliera 2 / 2007 relative alla “condotta imprudente” del medico che accetti, non in condizioni di emergenza / necessità o per casi particolari (es. trapianti) di lavorare ben oltre i limiti massimi previsti dalla Direttiva europea (limiti che si deducono per converso) non rendendosi conto che esistono ovvi e documentati cali di prestazione in ogni attività, specie quelle più delicate, dopo 12 ore di veglia. Nei monitoraggi condotti sono stati individuati errori dovuti ad una alterata percezione combinata con una decisa e pericolosa sopravvalutazione di se stessi.

Cercando di analizzare le varie voci fuori dal coro, escludendo a priori la cattiva conoscenza della Direttiva europea sull'orario di lavoro, probabilmente potremmo caratterizzarle, in un sistema sanitario oramai caratterizzato da esigenze regionali e locali, a seconda

- dei carichi di lavoro specifici della struttura;
- del ruolo, essendo palese che chi non sia coinvolto nei turni notturni abbia meno interesse a diventare paladino della Direttiva;
- dell'attività specifica.

Senza entrare nel particolare si sono sentite molte cose inesatte per esempio da medici attivi nella chirurgia dei trapianti. Cose inesatte perché la deroga della legge nel caso in questione è del tutto attuabile, a patto di ristorare poi le persone con turni di riposo compensativo immediatamente successivi.

Chi si lamenta dell'esiguità dell'organico, che renderebbe impossibile la gestione del reparto se non violando la normativa, dovrebbe ricordare che, come ben ha espresso la Corte di Giustizia nella sentenza contro la Grecia (C180/14), “non possono essere questioni di natura economica a rendere possibili le violazioni della normativa”. In sintesi in un mondo ospedaliero pubblico dove la gobba pensionistica crea ampi buchi in organico l'unico modo per sostenere il sistema sanitario pubblico è chiedere a gran voce e con tutti i mezzi disponibili l'adeguamento dell'organico ai volumi di attività effettuate.

In una relazione fatta qualche anno orsono Carlo Palermo, più che correttamente, ha definito la Direttiva come una sorta di Giano bifronte che può guardare verso un futuro con più tutele o verso un passato remoto ancor più insidioso di quanto non lo fosse quello prossimo. Dipende da noi dalle nostre attenzioni e dalle nostre resistenze.

A prescindere da alcune espressioni palesemente datoriali, espresse da alcuni giuslavoristi, in cui si enfatizza la sola caratteristica di flessibilità del lavoro derivante dalla Direttiva dobbiamo invece notare come nelle premesse della Direttiva sono contemplati tutti i punti salienti a difesa dei lavoratori e della loro salute.



### PREMESSE ALLA DIRETTIVA 2003/88/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 4 novembre 2003

- (1) La direttiva 93 / 104 / CE del Consiglio, del 23 novembre 1993, concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro (3), che prevede **prescrizioni minime di sicurezza e sanitarie** in materia di organizzazione dell'orario di lavoro, in relazione ai periodi di riposo quotidiano, di pausa, di riposo settimanale, di durata massima settimanale del lavoro e di ferie annuali, nonché relativamente ad aspetti del lavoro notturno, del lavoro a turni e del ritmo di lavoro, ha subito sostanziali modificazioni. È opportuno per motivi di chiarezza procedere alla sua codificazione.
- (2) L'articolo 137 del trattato dispone che la Comunità sostiene e completa l'azione degli Stati membri al fine di **migliorare l'ambiente di lavoro per proteggere la sicurezza e la salute dei lavoratori**. Le direttive adottate sulla base di tale articolo devono evitare di imporre vincoli amministrativi, finanziari e giuridici di natura tale da ostacolare la creazione e lo sviluppo delle piccole e medie imprese.
- (3) Le disposizioni della direttiva 89 / 391 / CEE, concernente l'attuazione di misure volte **a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro** rimangono pienamente applicabili ai settori contemplati dalla presente direttiva, fatte salve le disposizioni più vincolanti e/o specifiche contenute nella medesima.
- (4) **Il miglioramento della sicurezza, dell'igiene e della salute dei lavoratori durante il lavoro rappresenta un obiettivo che non può dipendere da considerazioni di carattere puramente economico.**
- (5) **Tutti i lavoratori dovrebbero avere periodi di riposo adeguati.** Il concetto di «riposo» deve essere espresso in unità di tempo, vale a dire in giorni, ore e frazioni d'ora. I lavoratori della Comunità devono beneficiare di periodi minimi di riposo giornaliero, settimanale e annuale e di adeguati periodi di pausa. È anche necessario, in tale contesto, prevedere un limite massimo di ore di lavoro settimanali.
- (6) Conviene tener conto dei principi dell'Organizzazione internazionale del lavoro in materia di organizzazione dell'orario di lavoro, compresi quelli relativi al lavoro notturno.
- (7) Alcuni studi hanno dimostrato che l'organismo umano è più sensibile nei periodi notturni ai fattori molesti dell'ambiente nonché a determinate forme di organizzazione del lavoro particolarmente gravose e che lunghi periodi di lavoro notturno sono nocivi per la salute dei lavoratori e possono pregiudicare la sicurezza dei medesimi sul luogo di lavoro.
- (8) Occorre limitare la durata del lavoro notturno, comprese le ore straordinarie, e prevedere che il datore di lavoro che fa regolarmente ricorso a lavoratori notturni ne informi le autorità competenti, su loro richiesta.
- (9) È importante che i lavoratori notturni beneficino di una valutazione gratuita del loro stato di salute, prima della loro assegnazione, e in seguito a intervalli regolari, e che i lavoratori notturni che hanno problemi di salute siano trasferiti, quando possibile, ad un lavoro diurno per cui siano idonei.
- (10) La situazione dei lavoratori notturni e dei lavoratori a turni esige che essi beneficino di un livello di protezione in materia di sicurezza e di salute adattato alla natura del lavoro e che i servizi e mezzi di protezione e prevenzione siano organizzati e funzionino efficacemente.
- (11) **Le modalità di lavoro possono avere ripercussioni negative sulla sicurezza e la salute dei lavoratori; l'organizzazione del lavoro secondo un certo ritmo deve tener conto del principio generale dell'adeguamento del lavoro all'essere umano.**
- (15) In funzione dei problemi che possono essere sollevati dall'organizzazione dell'orario di lavoro nell'impresa, pare opportuno prevedere una certa flessibilità nell'applicazione di determinate disposizioni della presente direttiva, garantendo nel contempo il rispetto dei principi della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori.
- (16) Occorre prevedere che talune disposizioni della presente direttiva possano formare oggetto di deroghe operate, a seconda dei casi, dagli Stati membri o dalle parti sociali. Di norma, **in caso di deroga, devono essere concessi ai lavoratori interessati equivalenti periodi di riposo compensativo.**

Quindi non crediamo proprio che si possa definire una Direttiva promulgata per rendere più flessibile il lavoro, come qualcuno sostiene

**MA IN QUESTO 2018 QUALI SONO ANCORA LE COSE IRRISOLTE?**

1. **Applicazione a macchia di leopardo.** Purtroppo non tutti sono tutelati come vorrebbe la Direttiva, nella maggior parte dei casi le Direzioni Generali adducono motivazioni di tipo economico. A parte la insostenibilità di tale giustificazione dovremmo ricordare più spesso a queste DG come esistano delle deroghe al “ridimensionamento” della spesa per il personale, in atto in tutta Italia, che includono anche il rischio dell’interruzione di pubblici servizi. La domanda lecita è : ma che fine hanno fatto le assunzioni promesse necessarie per poter applicare la Direttiva ? La ministra delle promesse mancate oramai è volatilizzata. La sola applicazione potrebbe dar risposta sia alla gobba pensionistica che di concerto al precariato medico. Tuttavia con molta probabilità il piano che il governo (di qualsiasi colore sia) porterà avanti sarà legato al rapporto (bocconiano) Oasi 2017. Oramai la politica sanitaria la fanno loro e vediamo con che risultati: aumento dei costi di gestione/controllo per concretizzare risparmi a volte risibili.
2. **Libere interpretazioni delle norme stesse.** Un esempio su tutti: ad ogni lavoratore deve essere concessa una pausa di 30 minuti dopo le 6 ore di lavoro continuativo. Bene, questa norma di tutela si trasforma in un “prelievo forzoso” nei turni pomeridiani nei quali una tale pausa, specie in alcuni settori PS-Urgenza-Sale operatorie-Rianimazioni etc, è impossibile ed impensabile. Quindi diventa una regola applicata in modo fiscale e rigido per detrarre 30 minuti ad ogni lavoratore in turno. Per chi non ci avesse pensato, in un’azienda medio-grande corrispondono, sommati agli sforamenti delle 6 ore dei turni del mattino, a cifre nell’ordine di grandezza superiori al milione di euro su base annua.
3. **Definizioni delle reperibilità:** dal 2008 è noto come la reperibilità non venga più considerata come interruzione del riposo minimo di 11 ore ma, con un assurdo giuridico, semplicemente una sospensione. Qui si gioca con le parole non conoscendo la fisiologia del sonno. Le fasi REM ignorate senza il minimo ripensamento o dubbio. Che lo ignorino dei solerti risparmiatori degli spiccioli altrui, ma non dei loro mi risulta, può anche essere comprensibile. Un po’ meno accettarlo. Le reperibilità notturne poi vengono molto spesso correlate alle 12 ore di lavoro diurno creando un nonsenso rispetto alla normativa ed, anche qui molto spesso, senza un reale riposo compensativo successivo. Stando alla sentenza SIMAP, contrariamente alle conclusioni dell’Avvocato Generale, la reperibilità non rientra nelle definizioni dell’orario di lavoro ma appare del tutto ingiustificabile lo scorsoio per il quale si sostanziano come ore di lavoro solo quelle timbrate all’interno dell’Ente di appartenenza. Infatti, per gli astuti, il recarsi in ospedale e ritornarsene a casa si configura con la definizione di riposo. In questo senso, tuttavia, potrebbe essere d’ausilio un’altra sentenza della Corte di Giustizia che riconosce al lavoratore il tragitto da compiere, non quello ordinario ovviamente, quando questo si renda necessario per sostanziare l’azione lavorativa. Bene, questo è un punto cardine: gli esperti ci parlano di dicotomia della norma senza alcun tempo ulteriore (la teoria del cosiddetto terzo tempo = non lavoro, non riposo che le raffinate menti europee hanno escluso). Per questo principio nei turni che finiscano alle 21 con rientro in servizio alle 8 del mattino successivo il tempo di percorrenza ospedale casa e casa ospedale fa parte delle ore di riposo. Per i detrattori della teoria del “terzo tempo” ricordo come lo stesso Ministero del Lavoro (circ. 8/2005) così si esprime: *“Nel periodo di riposo non si computano i riposi intermedi, nonché le pause di lavoro di durata non inferiore a dieci minuti e complessivamente non superiore a due ore, comprese tra l’inizio e la fine di ogni periodo della giornata di lavoro, durante le quali non sia richiesto alcun tipo di prestazione lavorativa in quanto non si tratta di un periodo di riposo continuativo. Questi periodi non rientrano nell’orario di lavoro né nel periodo di riposo”*. Credo che occorra una spinta forte sull’Unione europea per far modificare questa sicura incongruenza. Si perché le cosiddette ore minime di riposo sono in realtà considerate massime ed erose ulteriormente dai tragitti da e per l’ospedale. Ancora non basta, la FIASO ha chiesto già da tempo che queste ore minime, con la scusa di poter garantire la tenuta del sistema, siano ridotte ulteriormente. Che questi non siano vaneggiamenti di chi scrive lo dimostra la recentissima sentenza della Corte di Giustizia Matzac del febbraio 2018 che ha collocato in una fattispecie diversa la reperibilità domiciliare di un pompiere volontario, riconoscendo di fatto l’impossibilità di dedicarsi alle proprie attività in modo fattivo ed esaudiente e l’impossibilità di muoversi al di fuori di un certo perimetro minimo, di non potersi recare dunque

in luoghi ove potessero esserci dei malfunzionamenti del cellulare (mancata copertura rete). La condizione per il riconoscimento, e per la soddisfazione economica ulteriore, di quelle ore di reperibilità (che diventano così implicitamente orario di lavoro) passa attraverso l'obbligo di essere presente ove chiamato in 6 minuti. Bene 6 minuti in una piccola città del Belgio a cosa corrispondono nel caos di alcune grandi città italiane? Non sono forse i 30 minuti che caratterizzano la nostra normativa, ed anche se non lo fossero noi siamo il sindacato non possiamo muoverci sulla scorta di sottili ragionamenti giuridici che non ci sono propri e che spesso sentiamo citare, anche e di frequente a sproposito, durante le trattative. Crediamo che come sindacato ci sia l'obbligo di inserirsi nelle smagliature e nelle crepe delle interpretazioni cercando di forzarle per il bene della categoria. La stessa applicazione del D.Lgs 66/2003 è nata per volontà di singoli, sostenuta poi dal sindacato, che non hanno creduto a quanto dicevano legislatori e giuristi.

4. **Azione legale per il riconoscimento economico dei turni impropriamente assegnati:** in questo momento di magre soddisfazioni economiche non vedo perché rinunciare alla possibilità di un risarcimento che, stando alla Corte di Giustizia, dovrebbe essere doppio: da una parte per i turni mattino notte fatti (e credo che si possa chiedere il risarcimento sino a 10 anni indietro) da una parte (Sentenza Fuss) e dall'altra per il "diritto negato" (Sentenza Fuss 2) con l'aggravante di non aver voluto applicare una Direttiva che, come cita la Corte di Giustizia, era "*chiara e precisa*" e dunque non aveva bisogno di essere recepita per poter essere applicata. Non averla voluta applicare dicevamo contro i diritti dei propri sottoposti. Tutto questo è già scritto nelle sentenze della Corte di Giustizia basta riallinearle e sarebbe ora di farlo ponendo in essere una grande azione collettiva di tutti i medici ospedalieri. (Ricordiamo come più volte detto che la Corte sentenza sulla base del "Common law" ovvero ogni sentenza diventa giurisprudenza; di qui il richiamo alle sentenze precedenti come capisaldi di una qualsiasi azione). Lo stesso Parlamento europeo ad una interrogazione specifica sull'argomento ha invitato a sollevare il caso presso i giudici competenti qualora le disposizioni contenute nella Direttiva fossero bypassate da interpretazioni capziose. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+WQ+E-2016-004241+0+DOC+XML+Vo//IT&language=it>

Interrogazione Parlamento Europeo: *L'articolo 41, comma 4, del decreto-legge n. 112/2008, convertito con modificazioni dalla legge n. 133/2008, modifica l'articolo 7 del decreto legislativo n. 66/2003 ("Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro") come segue: dopo le parole "frazionati durante la giornata", sono aggiunte le seguenti: "o da regimi di reperibilità". In tal senso, la legislazione italiana, in merito al periodo di reperibilità dei medici, vorrebbe intendere che il periodo di riposo verrebbe solo "sospeso" e non "interrotto" dalle chiamate notturne, e nella fattispecie per il solo periodo di attività all'interno dell'ospedale ignorando con ciò sia l'effettivo tempo sottratto al riposo sia la fisiologia del sonno, rendendo così possibile il compimento delle 11 ore minime sommando i vari periodi, tra una chiamata e l'altra.*

#### SI CHIEDE PERTANTO ALLA COMMISSIONE:

- 1) ritiene tale norma conforme alle disposizioni della direttiva 93/104/CE (ora 2003/88/CE) riguardo alla continuità del periodo di riposo minimo di 11 ore?
- 2) ritiene che la fattispecie del riposo frazionato, introdotta da tale norma, sia conforme alla ratio della direttiva 93/104/CE (ora 2003/88CE), che è quella di assicurare ai lavoratori un tempo ragionevole di riposo **continuativo**?
- 3) quali iniziative intende assumere nei confronti dell'Italia, qualora verificasse la non conformità della norma?

**Sintesi della risposta di Tysen:** "La corretta attuazione e applicazione delle direttive UE, come recepite nella legislazione nazionale, è principalmente di competenza delle autorità nazionali, compresi gli ispettorati del lavoro e i tribunali. In caso di problemi nel recepimento della direttiva sull'orario di lavoro, la Commissione può avviare una procedura di infrazione."

In sostanza, visto che nessuno ci regala niente e che neppure le intimazioni a procedere della Corte Costituzionale, che dichiarò illegittimo il blocco contrattuale nel 2015, sono state rispettate

dai governi passati ipotizziamo si debba proporre un piano di confronto meno *soft* e che ci dia la possibilità di recuperare parte di quei soldi che ci sono stati inaccettabilmente negati in questi anni. Alto il livello di guardia e legittime richieste di indennizzi perché chi sbaglia (volutamente) è giusto che paghi.

---

## PROPOSTE PRATICHE

a cura di **Pierluigi Api**, Ferrara

---

### ORARIO DI LAVORO

1. È irrinunciabile riconfermare la durata dell'orario di lavoro settimanale, come già previsto dai precedenti CCNL, in 34 ore di attività clinica e 4 ore di aggiornamento.
2. Lasciare il periodo medio di computo/osservazione dell'orario sui 4 mesi, rammentando come in caso contrario (prevedendo per esempio 6 mesi) si attuerebbe una sostanziale *deregulation* del sistema "orario" potendo essere previsti lunghi periodi di lavoro giornaliero (fino a 12 ore e 50 min. al giorno) o settimanale (fino a 77 ore) compensati successivamente da periodi di minore impegno. A tale proposito diviene corretta la richiesta di un orario settimanale massimo e intangibile per evitare proprio tali derive incontrollate (per esempio 52 ore settimanali).
3. Riaffermare come il limite massimo europeo di 250 ore annue di straordinario retribuito, sia una misura, nonostante alcune opinioni contrarie, nelle intenzioni della Comunità Europea sostanzialmente volontaria e non obbligatoria, non potendo rappresentare lo straordinario un fattore per l'ordinaria programmazione dei servizi. Il suo rifiuto non può determinare danno alcuno ai Dirigenti. Sono fatte salve, ovviamente, le condizioni di emergenza/urgenza che abbiano caratteristiche di eccezionalità e transitorietà al fine di garantire la sicurezza delle cure.
4. Porre particolare attenzione e censura a quegli accordi aziendali che, in virtù di generici obiettivi, vogliano correlare attività aggiuntive incontrollate allo stipendio di risultato, vanificando di fatto il limite delle 250 ore da una parte ed inducendo straordinario non retribuito dall'altra.
5. In considerazione dei lunghi anni di attesa e della cancellazione, ad opera della Corte Costituzionale, del diritto agli arretrati chiediamo di incrementare il valore retributivo dell'ora di straordinario per i Medici Dirigenti inserendo alla base iniziale di calcolo la "indennità di specificità medica" cioè: base iniziale di calcolo = tabellare + specificità medica;
6. Istituire la "banca ore individuale" dove ciascuno può depositare le ore di lavoro straordinario autorizzate per recupero o pagamento.

---

### GUARDIE E REPERIBILITÀ

1. Il servizio di guardia deve rimanere all'interno del normale orario di lavoro;
2. Normare i criteri di riposo e redistribuzione delle ore nei casi, contrattualmente previsti, di effettuazione di guardie in regime di attività aggiuntiva.
3. Identificare un numero massimo di posti letto controllati da un singolo medico in guardia divisionale o inter-divisionale (ad esempio 60/70 per area medica e di 80/90 per quella chirurgica);
4. Stabilire un limite quantitativo individuale massimo mensile per la guardia e per la reperibilità notturne: massimo 10 turni tra guardia e reperibilità;
5. Incrementare l'indennità oraria di servizio notturno (ad es. di € 10/ora);
6. Incrementare la retribuzione della guardia medica notturna in attività aggiuntiva (ad es. € 600/turno);
7. Incrementare la retribuzione dell'ora di lavoro diurno in attività aggiuntiva (ad es. € 70/ora)
8. Prevedere che, per finanziare l'incremento di spesa per le attività di cui sopra, il cui costo è da porre in carico al fondo contrattuale del disagio, vi possa afferire anche l'intero

incremento contrattuale prevedibile per il fondo di risultato. Ulteriori risorse eventualmente necessarie saranno in carico al bilancio aziendale.

9. Età ed esonero dalle guardie: proposte.

Tutto il personale Medico, non avente incarico di direzione di struttura complessa o di struttura semplice dipartimentale, e di età inferiore a 64 anni è tenuto a svolgere servizio di guardia. Al compimento dei 57 anni, il personale Medico potrà essere esonerato dal servizio di guardia notturna secondo la seguente procedura:

- Prima del 31 dicembre di ogni anno, i Direttori di unità operativa e di struttura semplice dipartimentale, verificano che in ogni turno di guardia, il numero dei dirigenti sia sufficiente a garantire la copertura in ragione di massimo 40 guardie notturne o festive diurne su base annua per ogni dirigente con età inferiore ai 57 anni e massimo 10 guardie notturne e festive diurne per ogni dirigente con età compresa tra 57 e 63 anni.
- Qualora la copertura non sia garantita, il limite massimo per i dirigenti con età compresa tra 57 e 63 viene elevato a 20 guardie notturne e festive diurne;
- Qualora la copertura non sia garantita, il limite di 40 guardie annuali notturne e festive diurne per i dirigenti con età inferiore ai 57 anni viene incrementato fino ad un massimo di 50 guardie notturne e festive diurne;
- Le guardie in orario notturno e festivo diurno danno diritto ad una uguale indennità di guardia, corrisposta su base mensile, di importo pari a € 200 lordi per ciascun turno fino a 40 turni annui e a € 300 lordi per ciascun turno aggiuntivo ai 40;
- Rimane valida la possibilità di concordare con l'Azienda un numero fisso di guardie notturne (20% del totale) o festive diurne pagate in produttività aggiuntiva, anche finalizzata alla copertura dei turni non attribuibili con la procedura sopra indicata.

## LA FEMMINILIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE: RICADUTE SULL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E TUTELE

a cura di

**GERARDO ANASTASIO**  
**CONCETTA LIBERATORE**  
**ELISABETTA LOMBARDO**  
**ANNA TOMEZZOLI**

### PREMESSA

L'impatto delle differenze di genere nel mercato del lavoro medico sta assumendo negli ultimi anni dimensioni rilevanti a livello europeo ed in particolare in Italia, sia sul piano quantitativo legate alla crescente difficoltà a ricoprire ruoli ben retribuiti, sia in termini qualitativi per la particolare attenzione al carattere, alla tipologia e alla qualità delle posizioni occupate dalle donne medico nell'attuale assetto organizzativo sanitario italiano.

La femminilizzazione del lavoro medico è di fatto un fenomeno consolidato ed in crescente espansione.

In Europa ed in Italia l'attuale forza lavoro complessiva sanitaria è composta principalmente da donne con un trend in crescita (incremento del 10% circa in Italia - OECD 2015).

Una trasformazione di genere della sanità in grado di determinare un forte impatto sulla organizzazione del lavoro e sui modelli familiari in misura di certo non inferiore a quella determinata dalla stessa transizione demografica ed epidemiologica.

Purtroppo l'assenza di concrete politiche sociali e di organizzazione del lavoro, oggi molteplici e inadeguate, ma soprattutto non bilanciate tra i diversi Stati, impongono una profonda riflessione nello Stato italiano rispetto a quanto già in corso a livello europeo. In particolare la mancanza di studi ad hoc sulla femminilizzazione e la tendenza a focalizzarsi prevalentemente sulla disparità economica, in particolare nella retribuzione lavorativa tra uomo e donna, impongono la necessità di dare una interpretazione omogenea e univoca in riferimento alla qualità del lavoro della donna medico.

Quest'ultimo diviene un concetto imprescindibile per le pesanti ricadute personali, familiari e lavorative che un modello organizzativo sanitario ancora poco declinato al femminile si ostina a disconoscere e rispetto alle quali diviene necessario interrogarsi al fine di ricercare nuovi approcci nella gestione delle risorse umane, che tengano conto del delicato equilibrio tra i bisogni percepiti e reali della donna medico e della complessità esperienziale lavorativa della stessa. Soprattutto laddove le emergenti molteplicità e diversità che il lavoro medico impone stanno diventando il principale ostacolo alla crescita lavorativa e professionale della donna nel suo duplice ruolo di medico e madre.

Evidenze empiriche derivanti da indagini ad hoc condotte a livello sindacale e ordinistico documentano l'esistenza di un *gap gender* tra uomini e donne nella classe medica rispetto a quelli che sono gli ambiti di riferimento di un c.d *lavoro di qualità*.

Vale a dire:

- la dimensione **economica** (che insiste sugli ambiti retributivi, sulla stabilità economica e sulla sicurezza del lavoro);
- la dimensione **ergonomica** (che fa riferimento ai bisogni relativi alla qualità fisica dell'ambiente di lavoro, all'ambiente sociale, nonché ai bisogni ergonomici di tipo psicologico);
- la dimensione della **complessità** (che corrisponde alle esigenze di creatività, di sviluppo delle competenze e di valorizzazione delle capacità);
- la dimensione dell'**autonomia** (che corrisponde al bisogno di stabilire con una certa libertà le condizioni del proprio lavoro, di determinare autonomamente la propria condotta lavorativa e le regole da seguire per svolgere le attività assegnate a un dato livello decisionale);
- la dimensione del **controllo** (che si riferisce al bisogno di controllare le condizioni generali del proprio lavoro, la sua destinazione, l'organizzazione, le attività da assegnare al proprio e agli altri centri decisionali).

Sulla base di queste considerazioni diviene opportuno affrontare il tema del ruolo delle donne in medicina con particolare attenzione alle problematiche e alle criticità specifiche in ambito lavorativo, evidenziando e analizzando le problematiche di carattere organizzativo-gestionale così da incidere sul Sistema con politiche contrattuali mirate

---

#### WELFARE - IL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Quando si esplorano le differenze di genere in sanità in riferimento all'opportunità degli uomini e donne di svolgere un buon lavoro, le donne presentano maggiori sintomi di svantaggio rispetto agli uomini.

Le donne medico che lavorano sono penalizzate rispetto agli uomini in termini di **autonomia** (minore possibilità di determinare l'intensità, le modalità e le condizioni del proprio lavoro), **in ambito economico** (retribuzioni ridotte, minore stabilità economica, maggiore precarietà lavorativa), **in riferimento alla complessità del lavoro svolto** (minori possibilità di partecipare ad attività formative *on the job* e di carriera, maggiore incoerenza tra percorso formativo e posizione lavorativa ricoperta), per ciò che comporta il **controllo del proprio lavoro** (minore possibilità di partecipare ai processi decisionali e nel dare indirizzi per migliorare l'organizzazione del lavoro o i processi lavorativi).

In Italia, infatti, sembra che i problemi di conciliazione tra vita professionale e privata siano una prerogativa esclusivamente femminile; le donne rinunciano frequentemente a percorsi lavorativi impegnativi che richiedono un importante investimento in termini sia di tempo che di responsabilità. Un sintomo evidente di tale meccanismo lo troviamo in Europa, in particolare nel Sistema Sanitario anglosassone dove si registra una elevata quota di lavoro part-time tra le donne medico.

Si può ipotizzare dunque che vi sia per molte donne da una parte una rinuncia a priori nell'investire sulla costruzione di una carriera professionale e dall'altra la scelta, più o meno consapevole, di dare al lavoro retribuito un ruolo di secondo piano.

Eppure le politiche di conciliazione non dovrebbero riguardare necessariamente le donne, ma tutti coloro che devono affrontare situazioni contingenti e che rendono necessario (ed opportuno da parte dello Stato) l'approntare di piani d'azione in grado di fornire soluzioni specifiche. Nella massima parte si tratta di situazioni legate ad esigenze familiari, ma non è escluso che possano riguardare anche situazioni personali legate alla salute e all'età.

---

#### LA CONCILIAZIONE – INTEGRARE E CONCILIARE IL BINOMIO FAMIGLIA-LAVORO

##### *Part-time*

La normativa che regola il part-time dovrebbe essere riconsiderata ed estesa. Un utilizzo agevole e flessibile di questo istituto potrebbe portare ad un aumento della produttività, all'offerta di nuovi posti di lavoro, ad una riduzione dello stress dei lavoratori, ad una gestione più facile della vita quotidiana.

Gli aspetti negativi dovuti alla ricaduta nel lavoro di equipe potrebbero essere gestiti e mitigati rendendo l'istituto maggiormente accessibile, anche per brevi periodi, tali da rendere

normale e circolare il ricorso al tempo ridotto.

Potrebbe essere interessante prendere in considerazione anche il numero dei figli, l'età dei dipendenti, poter personalizzare e modulare la modalità all'interno del lavoro di équipe. La possibilità di ricorso in modo più agevole potrebbe avere ricadute interessanti anche sul piano previdenziale, stante l'utilizzo facile e limitato all'effettivo e contingente bisogno. Allo stesso tempo andrebbe prevista un incremento retributivo, anche in forma indennitaria a favore di coloro che ricorrono al part-time.

### ***Flessibilità***

Anche il telelavoro, il lavoro in autonomia d'orario, la banca delle ore potrebbero essere adattabili alla professione medica, pur nei limiti legati al fatto che l'attività medica rimane una professione "di contatto" (con il paziente) e nella quale si deve essere disponibili la notte, i festivi e in sincronia con le esigenze e l'attività dell'équipe. Tuttavia la possibilità di modulare tali istituti all'interno dell'équipe consentirebbe un utilizzo appropriato e limitato alle effettive e condivise esigenze familiari e lavorative, creando un circolo virtuoso con ricadute positive in entrambi gli ambiti.

### ***La sostituzione per lunghi congedi di maternità e/o parentali e l'attività di sostegno***

Il lavoro del medico è un lavoro di squadra. L'assenza dal lavoro di una dipendente per motivi correlati alla maternità, qualora questa non venga sostituita crea enormi disagi a livello di équipe e produce malcontento in ambito lavorativo.

Andrebbe pensato – oltre che un sistema sanzionatorio in parte già esistente e da implementare attraverso la contrattazione collettiva – anche un livello premiale per le aziende c.d. virtuose. In tale ottica diventano fondamentali le graduatorie e la corretta gestione delle stesse.

Andrebbe strutturata la possibilità per la donna medico di usufruire di un periodo di tutoring al rientro dal congedo così come la possibilità di accorpare l'orario lavorativo nel periodo dell'allattamento.

### ***I congedi parentali***

La necessità di flessibilità nell'orario di lavoro è perlopiù limitata a periodi circoscritti nella vita della donna/dell'uomo ed è generalmente legata alla cura di minori e anziani non autosufficienti.

Implementare il ricorso al congedo parentale da parte degli uomini attraverso politiche normative e contrattuali ad hoc avrebbe ricadute positive in ambito lavorativo e sociale contribuendo ad innescare il meccanismo di normalizzazione dell'alternanza nei compiti di cura. Andrebbe inoltre previsto un incremento delle percentuali retributive nel periodo di congedo parentale nonchè promosso un congedo parentale part-time da estendersi anche ai padri.

Allo stesso tempo le modalità di fruizione delle forme di congedo parentale dovrebbero strutturarsi in modo da conciliarsi con la normale turnistica dell'attività di guardia.

### ***Welfare aziendale***

Rilevare i principali fattori di stress sul posto di lavoro e individuare buone prassi comportamentali e gestionali per la risoluzione degli stessi non è solo un obbligo di legge regolamentato dal Dlgs 81/08, ma è anche un'arma per aumentare la produttività del personale, diminuire il grado di assenteismo, ridurre la quota di incidenti intra/extra-lavorativi, ma soprattutto diminuire il rischio di errore clinico.

### ***Lo stress da mancata conciliazione famiglia-lavoro***

Stabilire un obbligo normativo di disciplina ad hoc legata alla verifica della mancata conciliazione famiglia – lavoro consentirebbe di rilevare le criticità ancora sommerse ed evidenziare le mancanze specifiche a livello aziendale.

### ***Il bilancio di genere***

Altro strumento indiretto – ma efficace e previsto a livello normativo – è il c.d. bilancio di genere, cui le aziende potrebbero provvedere in modo da misurare le politiche effettivamente attuate e le loro ricadute in ambito di genere.

***I Cug***

A tale scopo fondamentali risultano anche i CUG, presenti obbligatoriamente in ogni azienda, ma addirittura sconosciuti ai più (come è risultato da una recente indagine effettuata a livello regionale). Diviene pertanto fondamentale rafforzare il lavoro e la conseguente visibilità di tali organismi al fine di renderli effettivamente operativi ed utili allo scopo per cui sono stati pensati dal legislatore.

***L'osservatorio permanente***

Unitamente ai CUG e/o parallelo ed essi potrebbe essere previsto un *Osservatorio permanente* della condizione lavorativa della donna medico nelle aziende sanitarie, cui affidare compiti di monitoraggio degli indicatori di disagio individuati in ogni regione, che diverrebbe poi uno strumento da utilizzare anche nella redazione del bilancio di genere.

***La tutela legale***

Allo stesso tempo apparirebbe utile, a livello aziendale e/o regionale, un percorso di tutela legale c.d. rosa, con punto d'ascolto, di supporto e consulenza per tutte le problematiche connesse alla maternità, alla conciliazione casa-lavoro, allo stress dei lavoratori in Sanità.

***La formazione***

Il vero cambiamento si attua grazie alle modifiche culturali. Soltanto attraverso la formazione continua che accompagna il percorso lavorativo, gli uomini e le donne sono in grado di rispondere adeguatamente ai cambiamenti in atto in ogni ambito, sociale, politico ed economico.

Aggiornare le competenze diviene perciò strategico ed il Sindacato, anche al suo interno, si può fare autentico promotore del cambiamento attraverso una formazione di genere in grado di sostenere il lavoro delle donne, valorizzando al contempo le differenze di cui sono portatrici e divenendo così anche strumento di prevenzione di lotta alla violenza di genere.