Numero 1 - 2018

d!rigenza medica

1 **Editoriale**
Le scelte per la sanità pubblica

6 **Focus**
Formazione specialistica e programmazione pluriennale

Il mensile dell'Anaao Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Fondi contrattuali il tesoretto c'è

L'Anaao scoperchia uno scandalo che riguarda tutte le Asl

Stiamo parlando di molte decine di milioni (e la stima è prudenziale) che spettano ai medici come arretrati riferiti ai fondi contrattuali che le Asl hanno trattenuto impropriamente. Solo in Veneto e in Sicilia grazie all'iniziativa di Anaao già recuperati 13 milioni di euro. **Ecco cosa bisogna fare per recuperare queste somme.**

Dirigenza Medica - Anno XVII - n. 1 - 2018 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB Roma - www.anaao.it

Pat Carra per l'Anaao Assomed

Guarda tutte le vignette nel video Anaao Web TV

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

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

d!rigenza medica

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
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

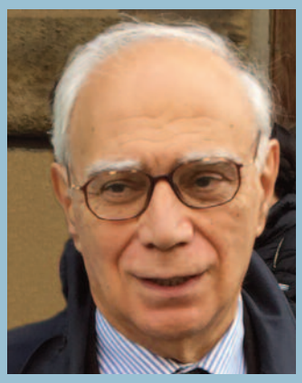
Finito di stampare nel mese di gennaio 2018

e!

editoriale

Le scelte per la sanità pubblica

COSTANTINO TROISE
Segretario Nazionale Anaao Assomed



Sono cinque le priorità che l'Anaao Assomed chiede alle forze politiche in campagna elettorale come impegno per il prossimo Governo.

1 Il finanziamento del Fondo sanitario nazionale sta lentamente scivolando verso livelli che non permetteranno una erogazione adeguata dei servizi sanitari posti a tutela del diritto alla salute dei cittadini. Il Dpef 2017 prevede un rapporto tra spesa sanitaria e Pil del 6,4% nel 2019 e del 6,3% nel 2020. L'Oms considera che valori al di sotto del 6,5% determinino forti ripercussioni sullo stato di salute delle popolazioni. Rappresenta, pertanto, una priorità garantire un rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil superiore al 6,5%.

2 Dal 2009 al 2016 il settore sanità ha perso oltre 50mila addetti, di cui circa 9mila dirigenti medici e sanitari, con una riduzione della spesa per il personale dipendente di circa 2,3 miliardi di €. La sanità è un settore ad alta intensità di lavoro, che ne rappresenta il maggiore fattore produttivo, nel quale è necessario inserire energie giovanili attraverso nuova occupazione e stabilizzazione del precariato.

3 L'Italia è il paese Ocse con la più alta età media dei medici dipendenti, circa 54 anni. Nei prossimi 5 anni (2018/2022) usciranno dal Ssn per pensionamento circa 30.000 medici specialisti dipendenti, quasi il 30% dell'attuale forza lavoro, cui sono da aggiungere i pensionamenti attesi tra gli specialisti convenzionati, tra i medici universitari e nei settori sanitari privati. La formazione post-laurea universitaria, ferma a 6.500 contratti di specializzazione annuali, non è in grado di coprire il necessario turnover. È arrivato il momento di recuperare un ruolo formativo per il Ssn, assumendo, in base ad una programmazione regionale, giovani neo laureati, in modo aggiuntivo alle attuali dotazioni organiche, con contratto di formazione a tempo determinato nelle specialità in cui si prospettano le maggiori carenze. Un canale formativo parallelo nei *teaching hospital* del Ssn per integrare i 6.500 specialisti che escono ogni anno dalle università.

4 Risale al 1978 la costituzione del Ssn fondato sui principi di universalità, uguaglianza e solidarietà. Dopo 40 anni emergono importanti differenze nella qualità dell'assistenza e degli esiti clinici tra le Regioni del sud e quelle del centro/nord, come dimostrano anche i recenti dati Ocse. Tra Napoli e Bolzano non esistono solo 671 Km di distanza, ma anche una riduzione di 1,5 giorni di aspettativa di vita a Km per ogni cittadino campano. Il flusso migratorio di centinaia di migliaia di cittadini del sud alla ricerca di cure migliori testimonia in modo eclatante questo fenomeno che mette a rischio l'uguaglianza nelle cure e la tenuta del senso di collettività nazionale.

5 Una rapida conclusione del contratto di lavoro della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria, cui sono affidati aspetti fondamentali dell'organizzazione del sistema e la remunerazione di una attività professionale ad elevata responsabilità svolta a tutela di un bene costituzionale, dopo il segnale dato con la legge di Bilancio 2018, per la quale chiediamo un impegno *in primis* alle Regioni e al Governo ancora in carica.

Il tesoretto c'è.

L'Anaao scoperchia uno scandalo che riguarda tutte le Asl

C'è un tesoretto di centinaia di milioni di euro nelle aziende sanitarie?

Ce lo chiedevamo due anni fa sulle pagine di questo giornale e oggi arriva la risposta:

Sì, il tesoretto esiste e la liquidazione dei residui dei fondi contrattuali può costare assai cara alle Aziende. Quasi 13 milioni di euro, cifre da capogiro recuperate grazie alle trattative condotte dai rappresentanti aziendali e regionali in Sicilia e in Veneto.

Nel dettaglio sono oltre 7 milioni recuperati nella **Asp di Ragusa**, grazie all'azione del Segretario Aziendale, Vincenzo Bombace e oltre 5 milioni di euro nella **ASP 6 "Euganea" di Padova**, grazie alla trattativa condotta dal Segretario Regionale del Veneto Adriano Benazzato e dal Vice Segretario Nazionale, Giuseppe Montante che nel loro intervento pubblicato di seguito ci spiegano tutti i passaggi di questo successo, esempio di un sindacato che funziona e sa ottenere importanti risultati e di un "modello" da esportare anche in altre realtà italiane.

Dopo più di un anno di complesso ed intenso lavoro sindacale e legale, in collaborazione con i nostri avvocati, abbiamo predisposto, i primi **ricorsi legali**, ben 3, contro Aziende sanitarie venete (i casi più clamorosi) per la documentata "mala gestio" dei residui dei fondi di risultato attuata dalle stesse continuativamente soprattutto negli ultimi 10 anni.

Mala gestio
dei residui dei fondi contrattuali: i risultati in Veneto

Il fenomeno della cattiva ed errata gestione dei residui del fondo di risultato è stato intuito la prima volta diversi anni fa dagli scriventi a livello nazionale (casi di Cuneo e Taranto) e in questi ultimi anni anche in Veneto. Lo stesso è stato puntualmente segnalato, in questi anni, a tutti i quadri sindacali regionali ed aziendali da parte della segreteria nazionale sia con l'attuazione di corsi mirati della Scuola Quadri e sia con la emanazione nel dicembre 2016 di una specifica circolare attuativa nazionale, a firma Troise e Montante, a tutti i quadri periferici.
Nella nostra Regione siamo riusciti con il tempo a trovare le evidenze/prove di questi comportamenti illeciti da parte delle aziende sanitarie che sistematicamente avevano utilizzato tali residui, generati prevalentemente se non esclusivamente, alla fine di ogni anno, dai residui del fondo di posizione, non per valorizzare economicamente gli incarichi gestionali e professionali previsti in ambito aziendale ed eventualmente in seconda istanza per retribuire a consuntivo o a saldo gli obiettivi di risultato raggiunti (totalmente o parzialmente) nell'anno di competenza dai dirigenti medici bensì accumulando e non spendendo gli stessi o impiegandoli per finanziare in modo illecito nell'anno successivo a quello di competenza obiettivi aggiuntivi o addirittura per acquistare prestazioni o orario medico aggiuntivi in sostituzione degli istituti contrattuali previsti a tale scopo (ore straordinarie, libera professione in favore della azienda).
Un comportamento, quindi, palesemente illecito delle aziende sanitarie che hanno puntualmente determinato anno dopo anno un danno ripetuto a carico di tutti i colleghi sia di tipo retributivo ma anche previdenziale. Per non parlare dei pensionati.
Ci siamo resi conto, inoltre, che molte erano state le aziende sanitarie, certamente non tutte, nel Veneto che, in modo più o meno grave, avevano adottato negli anni questi comportamenti illeciti violando in modo evidente la normativa legislativa e contrattuale vigente in materia. Abbiamo identificato tra queste le tre aziende sanitarie che avevano generato le situazioni più clamorose: ex Ulss 1 e 2 di Belluno e Feltre (circa 6 milioni di euro di residui accumulati e non utilizzati), la ex Ulss 15 di Camposampiero (circa 4 milioni 300 mila euro di residui accumulati e non utilizzati) e le ex Ulss 5 e 19 di Rovigo ed Adria (circa 1milioni 400mila euro utilizzati in modo illegittimo nel 2016 ed altrettanti nel 2017).

GIUSEPPE MONTANTE
Vice Segretario Nazionale

ADRIANO BENAZZATO
Segretario Regionale del Veneto

Abbiamo deciso di attuare una forte azione sindacale e poi legale di contrasto a queste illegittimità, affiancandoci ai segretari aziendali nel loro "lavoro" per diversi mesi.
Successivamente, non avendo ottenuto risultati soddisfacenti in merito, abbiamo dovuto lavorare intensamente per predisporre, in collaborazione con i nostri avvocati, i ricorsi legali contro le tre aziende sanitarie sopra citate.
Abbiamo sensibilizzato in appositi incontri i nostri associati, e non solo, di queste 3 aziende al fine di indurli a sottoscrivere i ricorsi legali da noi predisposti. L'adesione degli iscritti Anaao è stata molto importante (più di 150 medici nelle tre aziende interessate).
Aaroi Emac e Snr, inoltre, nelle figure dei rispettivi segretari nazionali, ci hanno chiesto di condividere con loro questa nostra iniziativa legale affiancando le loro rispettive firme nazionali alle nostre sui ricorsi predisposti.
Due dei tre ricorsi legali (quelli contro le ex Aziende Ulss 1 e 2 di Belluno e Feltre e le ex Aziende Ulss 5 e 19 di Rovigo ed Adria) sono stati in questi giorni depositati presso i Tribunali di rispettiva competenza e notificati alle aziende sanitarie interessate.
Il terzo ricorso, invece, quello contro la ex Azienda Ulss 15 Alta Padovana non è stato depositato e notificato poiché in questi giorni, per iniziativa della stessa azienda siamo stati convocati, con nostra sorpresa, nel giro di pochi giorni per ben tre volte nel tentativo di addivenire ad un accordo integrativo aziendale sulla distribuzione dei residui del fondo di risultato (4 milioni 300mila euro accumulati e non utilizzati).
Francamente non ci speravamo per i quasi violenti contrasti che avevano caratterizzato la trattativa sindacale con la azienda sanitaria in materia nei mesi precedenti.
In realtà, alla fine, la delegazione trattante dell'Anaao Assomed, con l'ausilio della Segreteria Nazionale e Regionale è riuscita a convincere prima tutte le altre Oo.Ss. e successivamente in modo congiunto anche la Direzione Aziendale al rispetto formale e anche sostanziale delle norme contrattuali in merito. L' accordo raggiunto consentirà nei prossimi mesi la corresponsione media pro capite di quasi 12 mila euro a tutti i dirigenti medici della ex Ulss 15 Alta Padovana.
Questo risultato rappresenta, a nostro giudizio, un bel successo politico e tecnico per la nostra associazione e, per entità della cifra media pro capite corrisposta, il più importante conseguito ad oggi nel nostro Paese.
Siamo convinti (Montante ed io) che queste illegittimità sopra rappresentate siano molto diffuse e misconosciute in moltissime altre aziende sanitarie del Paese.
Bisogna solamente saper cercare e leggere i documenti aziendali, magari richiedendoli, che ci consentano di documentare le evidenze di questi illegittimi utilizzi dei "residui di risultato" a nostro danno e dei colleghi che rappresentiamo.
A nostro parere è venuto il momento di dire "Basta" a questi illeciti comportamenti delle Aziende ed agire contro di loro.

Accordo tra l'amministrazione dell'Azienda Ulss n. 6 Euganea e le Oo.Ss. dell'area della dirigenza medica e veterinaria

Il verbale della Contrattazione collettiva integrativa

Preintesa[1]

Distribuzione delle somme residue accertate e derivanti dal fondo per il finanziamento della retribuzione di posizione e dal fondo per il finanziamento del trattamento accessorio

Premesso che con Legge n. 19 del 25.10.2016 la Regione del Veneto ha ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende Ulss con effetto dal 01.01.2017, individuando nuovi ambiti territoriali tramite la soppressione di alcune Aziende Ulss e la contestuale loro incorporazione in altre che vedono modificata la loro denominazione, nello specifico, è stata prevista la soppressione delle Aziende Ulss n.15 e n. 17 e la loro incorporazione nell'Azienda Ulss 16 di Padova, che dal 01.01.2017 ha modificato la propria denominazione in "Azienda Ulss 6 Euganea";

Conseguentemente in data 14 settembre 2017 è stato sottoscritto il "Verbale di Accordo ex art. 47 Legge 428/1990" tra le Aziende Ulss 15, 16 e 17 e le Rsu delle tre Aziende medesime e le Organizzazioni Sindacali firmatarie dei Ccnl Nazionali delle rispettive Aree, con il quale, nel prendere atto di quanto disposto dalla L.R. 19/2016 e del suindicato Protocollo di Intesa tra la Regione e le Oo.Ss. del Comparto in data 24 novembre 2016, le parti hanno in particolare concordato che:

"Il trattamento previsto dagli Accordi decentrati, che possono avere diverso contenuto nell'Azienda soppressa rispetto all'incorporante, sarà mantenuto distinto fino al rinnovo dell'Accordo in sede aziendale da parte della Azienda Ulss 6 Euganea, in modo da consentire l'armonizzazione degli istituti giuridici ed economici. In conformità a quanto previsto nel protocollo d'intesa del 24 novembre 2016 della Regione del Veneto - Area Sanità e Sociale per le aree della Dirigenza e l'area del Comparto, la proroga dei trattamenti dell'Azienda/e soppressa/e agli ex dipendenti di questa verrà mantenuto indicativamente sino al 30 giugno e comunque non oltre il 30 settembre 2017, salve successive intese".

Conformemente alla nota del Direttore Generale Area Sanità e Sociale del 27 settembre scorso, prot. n. 402531, avente ad oggetto contratti integrativi ed altri accordi e regolamenti oggetto di relazioni sindacali, che consentiva la "possibilità di concordare con le Oo.Ss. di differire comunque non oltre il 31 dicembre 2017 la sottoscrizione dei nuovi contatti integrativi aziendali", in data 7.11.2017 è stata siglata la proroga dei contratti integrativi in essere fino al 31.12.2017.

Con riferimento alla distribuzione delle somme residue accertate e derivanti dal fondo di posizione e dal fondo del trattamento accessorio della ex Azienda Ulss 15 Alta Padovana, oggetto di confronto, le parti:

- prendono preliminarmente atto della determinazione della consistenza dei fondi destinati alla contrattazione integrativa aziendale per l'anno 2016 e della ricognizione dei fondi relativi agli anni precedenti, definita con deliberazione n. 313/2016; tale determinazione è stata regolarmente certificata dal collegio sindacale con verbale n. 10 del 19/7/2016;
- che le risorse residue risultanti nel prospetto, allegato n. 6 al suddetto provvedimento sono al netto delle somme impiegate, in base alla contrattazione integrativa in essere, per il raggiungimento degli obiettivi definiti negli accordi di budget regolarmente concordati;
- che la ricostruzione analitica dei suddetti residui dal 2002 al 2016 compreso, nonché del loro utilizzo nell'ambito del fondo di risultato per gli accordi di budget, è riportata analiticamente nel prospetto "A", allegato al presente accordo per formarne parte integrante e sostanziale; l'ammontare dei residui è stato ridefinito per effetto del conguaglio delle competenze relative al 2016;

(Per le tabelle vedi il QR a pag. 5)

- che il prospetto "A" evidenzia, nell'ambito del fondo di risultato dei medici e del fondo di risultato dei veterinari, la quota parte del 10% del fondo di pertinenza del Direttore Generale non utilizzata negli anni di competenza;
- che, pertanto, la ricostruzione analitica dei residui nel corso dei vari anni e del loro utilizzo evidenzia, alla data del 31.12.2016, un residuo ammontante complessivamente, a circa 2.971.788,00 euro;
- che l'ammontare delle risorse corrispondenti al 10% del fondo di risultato di pertinenza del Direttore Generale, non distribuite alla data del 31.12.216, ammontano complessivamente a circa 1.290.467,00 euro di cui1.270.514,00 relativi ai fondi di risultato della dirigenza medica, ed 19.953,00 relativi al fondo di risultato anno 2016 della dirigenza veterinaria;
- ricordano inoltre che, il sistema di contrattazione integrativa aziendale ha consentito nel recente passato, attraverso il sistema dei residui, il finanziamento di rilevanti attività aggiuntive previste, con riferimento a ciascun anno, in sede di contrattazione degli obiettivi di budget;
- che la percentuale di tali somme, destinate annualmente al finanziamento delle attività aggiuntive, è stata, sin dalla stipulazione del relativo contratto integrativo (verbale n. 4 sottoscritto in data 29.05.2007),sempre largamente superiore al 50% dell'ammontare complessivo dei residui dell'anno di riferimento; con un'incidenza media nel periodo del 73%; che tutte le Oo.Ss. della Dirigenza Medica e Veterinaria della ex Az. Ulss 15 congiuntamente con quelle della Azienda 6 Euganea, presenti al tavolo di contrattazione integrativa aziendale del 18.12.2017, hanno manifestato in una dichiarazione a verbale la volontà di gestire i suddetti residui dei fondi contrattuali con una nuova modalità, diversa da quella sancita dall'accordo integrativo aziendale del 2007, ma rispettosa delle disposizioni legislative e con-

1. La presente preintesa verrà inviata al Collegio Sindacale, in applicazione dell'art.55 del D.Lgs.27 ottobre 2009 n.150 e ai sensi dell'art. 4 comma 3 del Ccnl 19/04/2004,e a seguito del parere favorevole dello stesso Collegio, la preintesa verrà applicata a tutti gli effetti e verrà considerata valevole come accordo sottoscritto dalle parti.

trattuali nazionali vigenti;

- che in merito alla gestione e destinazione di tali importi residuali, le Parti richiamano i suggerimenti avanzati dalla Circolare Regionale prot. n. 234960 del 15.6.2017 ad Oggetto "Indicazioni in merito alla gestione ed utilizzo dei residui contrattuali";
- al riguardo risulta altresì necessario definire la destinazione dei residui che risulteranno accertati nel corso del 2017 nei fondi di posizione e del trattamento accessorio, al fine di renderne possibile l'utilizzo, anche nell'ambito del processo di budget dello stesso anno, con le seguenti modalità:
  a) il 45% dei suddetti residui verrà destinato ad incrementare il fondo per la retribuzione di risultato relativo al medesimo anno, e sarà liquidato a ciascuno dei dirigenti medici e veterinari in servizio nel 2017 in rapporto agli obiettivi di budget ordinari raggiunti, come risultante dalla certificazione dell'organo di controllo interno;
  b) il restante 55%, verrà destinato ad incrementare la retribuzione di risultato individuale a scopo premiale per la realizzazione dei progetti affidati nel 2017 relativi allo svolgimento di attività strategiche riguardanti in particolare:
- Incremento dell'attività chirurgica finalizzato a ridurre i tempi di attesa per gli interventi chirurgici di particolare complessità ed urgenza, ed in particolare nelle seguenti branche chirurgiche: chirurgia generale, urologia, otorinolaringoiatria, senologia, chirurgia oncologica;
- raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati nonostante l'esistenza di carenze significative di organico oggettivamente accertate cui non sia stato possibile far fronte mediante gli strumenti assunzionali ordinari. A titolo meramente esemplificativo si indicano le aree di intervento prioritario: pronto soccorso, radiologia, anestesia e rianimazione, chirurgia generale, medicina generale/geriatria;
- Incremento dell'attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alla necessità di garantire la presenza del veterinario ufficiale nei macelli presenti all'interno della circoscrizione aziendale ad intensa attività produttiva;
- Rispetto dei i tempi di rilascio delle relative certificazioni attestanti l'esistenza d'invalidità civile e/o handicap, previsti dalla normativa statale e regionale, da parte delle rispettive commissioni;
- Emergenza vaccinale.

Link alle tabelle della contrattazione

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

Tutto ciò premesso, pertanto, le parti definiscono quanto segue:

> *"Il pagamento delle somme spettanti ai singoli dirigenti interessati per le annualità che vanno dal 2012 al 2016 saranno corrisposti entro il mese di giugno 2018*

1 di prevedere per l'ultimo quinquennio, e rispettivamente per gli anni dal 2012 al 2016, un incremento delle risorse assegnate per la retribuzione di risultato del personale dell'area medico-veterinaria pari a 852.451,00 euro/anno, per un totale di 4.262.255,00 euro. Tale somma comprende anche le risorse residue del 10% del fondo di risultato di pertinenza del Direttore Generale, non distribuite alla data del 31.12.216, ammontante a 1.290.467,00 euro;

2 di prevedere, per ciascun anno di riferimento, la distribuzione della suddetta somma fra le unità operative con gli stessi criteri di cui al verbale n. 4 del Contratto Integrativo del 29/5/2007, in rapporto agli obiettivi di budget raggiunti, come risultante dalla certificazione dell'organo di controllo interno già acquisita per gli anni di riferimento;

3 di precisare per la somma sarà così ripartita: 801.304,00 euro/anno, per ciascuno dei cinque anni per i dirigenti medici e odontoiatri e 51.147,00 euro/anno per ciascuno dei cinque anni per i dirigenti veterinari;

4 all'interno di ciascuna unità operativa la ripartizione sarà effettuata, per ciascun dirigente, in relazione al punteggio conseguito nella valutazione individuale annuale, indipendentemente dalla quota assegnata dal Direttore di unità operativa in sede di distribuzione del budget, e tenuto conto dell'effettiva presenza in servizio del dirigente interessato;

5 le parti precisano, infine, che i residui che verranno accertati nei fondi di posizione e del trattamento accessorio, anno 2017, relativi alla ex Azienda Ulss 15, verranno destinati ad incrementare nella percentuale del 45% per l'anno 2017, il fondo per la retribuzione di risultato relativo al medesimo anno, fermo restando il conseguimento degli obiettivi di budget ordinari concordati, e per la restante percentuale del 55%, verranno destinati ad incrementare la retribuzione di risultato individuale a scopo premiale per la realizzazione dei progetti affidati nel 2017 relativi allo svolgimento di attività strategiche riguardanti in particolare:

- **Incremento** dell'attività chirurgica finalizzato a ridurre i tempi di attesa per gli interventi chirurgici di particolare complessità ed urgenza, ed in particolare nelle seguenti branche chirurgiche: chirurgia generale, urologia, otorinolaringoiatria, senologia, chirurgia oncologica;
- **Raggiungimento** degli obiettivi di budget assegnati nonostante l'esistenza di carenze significative di organico oggettivamente accertate cui non sia stato possibile far fronte mediante gli strumenti assunzionali ordinari. A titolo meramente esemplificativo si indicano le aree di intervento prioritario: pronto soccorso, radiologia, anestesia e rianimazione, chirurgia generale, medicina generale/geriatria;
- **Incremento** dell'attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alla necessità di garantire la presenza del veterinario ufficiale nei macelli presenti all'interno della circoscrizione aziendale ad intensa attività produttiva;
- **Rispetto** dei i tempi di rilascio delle relative certificazioni attestanti l'esistenza d'invalidità civile e/o handicap previsti dalla normativa statale e regionale da parte delle rispettive commissioni;
- **Emergenza** vaccinale.

Il presente accordo è sottoscritto sul presupposto della sua conformità alle norme legislative e contrattuali vigenti. La sua efficacia è pertanto condizionata e lo stesso perderà ogni valore, con ogni conseguente effetto, nel caso dell'entrata in vigore di norme di interpretazione autentica da parte del tavolo nazionale congiunto Aran - Oo.Ss. di categoria o in conseguenza di esiti di accertamenti negativi da parte delle Sezioni Regionali della Corte dei Conti, del Dipartimento della Funzione Pubblica e/o del Mef.

Il pagamento delle somme spettanti ai singoli dirigenti interessati per le annualità che vanno dal 2012 al 2016 saranno corrisposti entro il mese di giugno 2018.

Letto, Confermato, Sottoscritto.
Padova, 19.01.2018

FORMAZIONE SPECIALISTICA E PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE

Dagli standard ospedalieri al fabbisogno di personale medico attraverso cessazioni e calcolo dei carichi di lavoro. Un algoritmo imprescindibile per il calcolo di numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia, fabbisogni specialistici e per una ridefinizione del percorso formativo medico

a cura di

PIERO DI SILVERIO
Anaao Giovani Campania

ALESSANDRO CONTE
Anaao Giovani Friuli Venezia Giulia

MATTEO D'ARENZIO
Anaao Giovani Emilia Romagna

FABIO RAGAZZO
Anaao Giovani Veneto

DANIELA ATZENI
Anaao Giovani Sardegna

ANNAMARIA FODALE
Anaao Giovani Toscana

Introduzione. La formazione medica specialistica in Italia è un punto fondamentale delle agende politiche sia nazionale che regionali, perché su essa si basa il futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), anche se purtroppo non riceve l'attenzione critica che meriterebbe.

L'iter di formazione di un medico è tra i più lunghi nell'ambito delle discipline scientifiche. Infatti, dopo il conseguimento di una laurea magistrale a ciclo unico (6 anni, unicum tra le lauree), è obbligatorio, per accedere al Ssn, il superamento dell'esame di stato (circa 3 mesi di tirocini obbligatori più la prova finale) e il conseguimento di un diploma di specializzazione o di formazione specifica in medicina generale (della durata variabile, a secondo del percorso scelto, dai 3 anni fino ad un massimo di 5 anni), con accesso alla formazione post lauream generalmente oltre un anno dopo dal conseguimento della laurea. Pertanto, un medico specialista impiega, nella maggioranza dei casi, circa 11-12 anni per poter lavorare per il Ssn.

In ambito di formazione medica, un'attenta e puntuale programmazione adeguata ai fabbisogni del Ssn è essenziale per la gestione ottimale delle risorse umane ed economiche, per poter propendere al top della qualità della sanità pubblica. Invece nell'ultimo decennio si è assistito a una pianificazione frettolosa, approssimativa ed errata, con risvolti allarmanti, quali la perdita della continuità formativa specialistica per molti neo-laureati in Medicina e Chirurgia e l'inesorabile scadimento della qualità assistenziale medica del Ssn. Queste problematiche, se continuerà l'invarianza di programmazione, si aggraveranno di anno in anno fino a far collassare l'intero sistema sanitario.

Se si conosce il fabbisogno di medici specialisti la programmazione della formazione medica diventa abbastanza semplice

1. IL PERCHÈ DELLA PROGRAMMAZIONE

Come in tutti i bilanci, anche nella voce "Personale Medico" del Ssn, esistono le "entrate", il numero di professionisti attivi e le "uscite". Fortunatamente, abbiamo possibilità di intervento sulla programmazione di tutte e tre le "voci di bilancio" ma, mentre le uscite sono difficilmente modificabili (sistema pensionistico), le entrate e il numero di professionisti attivi sono certamente pianificabili.
Lo Stato sa di quanti medici ha bisogno ed interviene programmando esso stesso gli accessi al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e mettendo a bando contratti statali di formazione specialistica. È inutile formarne di più, perché farlo ha un costo non irrisorio. Pertanto, se si conosce il fabbisogno di medici specialisti (numero espresso dalle Regioni triennalmente), la programmazione della formazione medica diventa abbastanza semplice, almeno sulla carta.

1.1 IL PROBLEMA DELLA CONTINUITÀ FORMATIVA MEDICO-SPECIALISTICA (L'IMBUTO FORMATIVO)

Nonostante la facilità della programmazione teorica, la formazione medica attualmente presenta problematiche molto gravi.

- **Programmazione scorretta degli accessi al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia;** ovvero il numero di posti di accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia non è ponderato in base ad una programmazione su scala almeno quindicennale, e risulta ad oggi non solo sovrastimata, ma anche sovradimensionata dagli iscritti in sovrannumero grazie ai ricorsi Tar che si sono susseguiti negli anni.
- **Inadeguato stanziamento di Contratti di Formazione Specialistica e di Medicina Generale, largamente insufficienti rispetto al reale fabbisogno**, con conseguente creazione di un **imbuto formativo per i giovani medici.** Il risvolto consiste in una quantità insufficiente di neospecialisti rispetto alle reali esigenze del Ssn e in una formazione di una pletora medica non specialista potenzialmente disoccupata.

2. L'ANALISI DELLA PROGRAMMAZIONE

Studi Anaao Assomed hanno chiarito come vi sia un costante divario tra numero di pensionamenti nei prossimi 3 quinquenni e numero di neo-specialisti a disposizione

2.1 LE USCITE E IL FABBISOGNO DI SPECIALISTI

Ben Tre studi di programmazione condotti da Anaao Assomed a partire dal 2010, di cui a seguire vengono ripresi alcuni dati descrittivi, hanno chiarito come vi sia un costante divario tra numero di pensionamenti nei prossimi 3 quinquenni e numero di neo-specialisti a disposizione per sostenere la riduzione del comparto medico del Ssn. **Inoltre, nell'ottica di una corretta applicazione di nuovi standard sanitari (Dm 70) e della necessaria ridefinizione dei carichi di lavoro, si prospetta un ulteriore ammanco di Specialisti.** La stima complessiva delle cessazioni attese nei prossimi 3 quinquenni per tutte le categorie di specialisti (dipendenti del SSN/universitari/specialisti ambulatoriali) operanti nel Ssn, risulta come riportato a lato.
Nei futuri 10 anni i numeri previsti di contratti specialistici Miur, considerando la media degli ultimi 3 anni passati, garantiranno un equilibrio uscite-entrate per le categorie degli Universitari e degli Specialisti ambulatoriali, ma non per la categoria degli specialisti ospedalieri Ssn (non tutti i neo-specialisti infatti entrano nel Ssn, vedi calcolo specifico a seguire). Questo perché la componente ospedaliera dei cessati attesi sarà preponderante sulla componente degli universitari e specialisti ambulatoriali (47.284 cessati Ssn vs 8.196 cessati per le altre 2 categorie accorpate).

Quinquennio 2016÷2020
23.255
4.651 ALL'ANNO

Quinquennio 2021÷2025
32.225
6.445 ALL'ANNO

Quinquennio 2026÷2030
22.570
4.514 ALL'ANNO

2.1.1 LA PROSPETTIVA FUTURA DELLE DOTAZIONI ORGANICHE NEL DECENNIO 2016-2025:

Medici dipendenti Ssn cessati

47.284

4.728 ALL'ANNO

neo-specialisti

42.550

4.255 ALL'ANNO*

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

Confronto cessati e neo-specialisti Ssn

4.728 - 4.255 =

473 ALL'ANNO

Pari a 4.730 medici mancanti nei dieci anni

2.1.2 DM 70/2015 e CARICHI DI LAVORO: UNA REALE ULTERIORE FONTE DI CARENZA DI SPECIALISTI NEL SSN

Il Dm 70/2015 riporta standard relativi a posti letto, tasso di ospedalizzazione, degenza media e numero di Unità Operative per branca di specializzazione. L'obiettivo, nel Dm 70, è la standardizzazione di tutto ciò che esula dal "capitale umano medico". Il Decreto ottimizza le risorse mantenendo posti letto per 1.000 abitanti pressoché invariati rispetto alla media nazionale attuale (3,0 vs 3,04 attuali per acuti) e prevede un aumento del carico di lavoro (tasso di ospedalizzazione per acuti medio nazionale 160 per 1.000 abitanti verso il tasso medio nazionale di 131.5 per 1.000 abitanti al 2014), consentendo un minimo allungamento della degenza media per acuti, ovvero 7 gg vs 6,8 gg nel 2014 - 6,9 gg nel primo semestre del 2015, fonte: Rapporto Sdo 2015 (**Tabella 1**).

2.1.3 LA PROPOSTA ANAAO

CALCOLO DEL "FATTORE HUMAN" QUALE ESPRESSIONE DEL CARICO DI LAVORO MEDICO OSPEDALIERO.

È possibile definire un fattore chiamato per convenzione **HUMAN (H)**, che rappresenta una stima del carico di lavoro assistenziale medico sia a livello nazionale che regionale. Il fattore H deriva dalla combinazione di 4 variabili che determinano il lavoro medico. Le variabili provengono da fonti verificate e accessibili quali: rapporto Sdo 2015, Cat 2014/15, annuario statistico Istat 2015 e statistiche Ministero della Salute.

$$\text{Fattore H} = \frac{\text{[Tasso di ospedaliz. al 2014] x [giorni di degenza media regime ordinario al 2014]}}{\text{[posti letto per 1.000 ab al 2014] * x [numero medici Ssn per 1.000 ab al 2014]}}$$

Legenda: *posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di riabilitazione-lungodegenze, escluso privato e privato accreditato.

Il Fattore H (nazionale) deriva il carico di lavoro medico medio all'interno del Ssn al 2014 (**Fattore H nazionale = 180,48**). Questo fattore rappresenta un punto di partenza da cui poter ricavare uno standard quantitativo nazionale del numero di medici necessario per l'applicabilità dei nuovi standard Dm 70. Per questo calcolo, si può immaginare di mantenere fisso il Fattore H nazionale ottenuto al 2014, e ricavare il numero di medici necessario Regione per Regione per sostenere gli standard Dm 70, con una semplice inversione di formula e considerando poi le specifiche densità demografiche regionali e i posti letto per 1.000 abitanti corrispondenti Regione per Regione

$$\text{[n. medici per 1.000 abit. ideale]} = \frac{\text{[Tasso di ospedaliz. Dm 70] x [gg. di deg. media regime ordinario DM 70]}}{\text{[posti letto per 1.000 ab Regionale] ** x [fattore H nazionale al 2014]}}$$

legenda: **posti letto per 1.000 abitanti, escluso privato e privato accreditato (pari a 0.7 p.l. per 1.000 abitanti, fonte Istat 2015, Tav 4.5 annuario statistico Istat 2015).

Il calcolo del numero di medici necessario Regione per Regione per l'applicazione del Dm 70, standardizzando il carico di lavoro attuale di ogni Regione al carico di lavoro medio nazionale (Fattore H nazionale: 180,48), dà come dato complessivo Nazionale:

Necessario aumento di unità del comparto medico

21.529

+19,6%

Tabella 2.
Calcolo del numero di medici specialisti mancanti rispetto alla dotazione organica al 2014 del fattore H sulla base degli ultimi dati disponibili del 2014; in evidenza la quota di medici mancanti risultante secondo il calcolo proposto, non considerando la quota attualmente esistente attiva dei medici ospedalieri a tempo determinato.

Lo "scenario futuro" si compone di alcuni elementi caratterizzanti il Ssn, quali:

1. Numero di abitanti nazionale/regionale;
2. Numero di dirigenti medici operanti nelle strutture pubbliche del Ssn e loro caratterizzazione (es: fasce di età/tipologia di contratto indeterminato-determinato/distribuzione regionale);
3. Posti letto (p.l.) regionali pubblici ed equiparati, escludendo il privato accreditato;
4. Tasso di ospedalizzazione medio nazionale/regionale indicizzato per 1.000 abitanti;
5. Durata degenza media nazionale in regime ordinario;
6. Dm 70;

L'applicazione degli standard Dm 70 deve essere inserita in una ridefinizione del concetto di carico di lavoro medico.
In sintesi: per poter applicare gli standard espressi nel Dm 70 senza intaccare la qualità della prestazione medica specialistica, va utilizzato un algoritmo semplice che consenta di esprimere numericamente il concetto di "carico di lavoro medico nazionale".
Standardizzando successivamente tutte le regioni ai principali standard del Dm 70 e al carico di lavoro calcolato come media nazionale, si ottiene dallo stesso algoritmo di calcolo, la quota di medici specialisti necessaria.

Tabella 1. **DM 70/02.04.2015, indicatori**

Posti letto per 1.000 abitanti:	3,7 di cui 0,7 riabilitazione-lungodegenza (compreso privato e privato accreditato, pari a 0,7 p.l. x 1.000)
Tasso di ospedalizzazione:	160 per 1.000 abitanti
Durata media della degenza per acuti:	7 giorni
Definizione del numero di Unità Operative per branca di specializzazione per milione di abitanti	

In conclusione:
Si rileva un ammanco di 21.529 medici ospedalieri (19,6%), che si riducono a 13.778 unità (12,5%, considerando il compenso dei contratti atipici (circa 7.000) ad oggi suscettibili anche grazie alla riforma Madia di una rapida stabilizzazione. Questa quota di medici (+12,5%, **pari** *a 2.755 medici/anno secondo un obiettivo di pareggio in 5 anni)* si va a sommare al debito di 473 medici/anno derivante dalle cessazioni non bilanciate, nella decade futura.

In sintesi
secondo un obiettivo di pareggio delle cessazioni nei prossimi 10 anni, e un obiettivo di applicazione standard su base Dm 70 ad invarianza di "carico di lavoro medio nazionale", **il numero di contratti di formazione specialistica attuali (media 6100) devono essere incrementati nel prossimo quinquennio nell'ottica di potenziare le attuali assunzioni nel Ssn di *473 + 2.755 = 3.228 medici/anno*.**

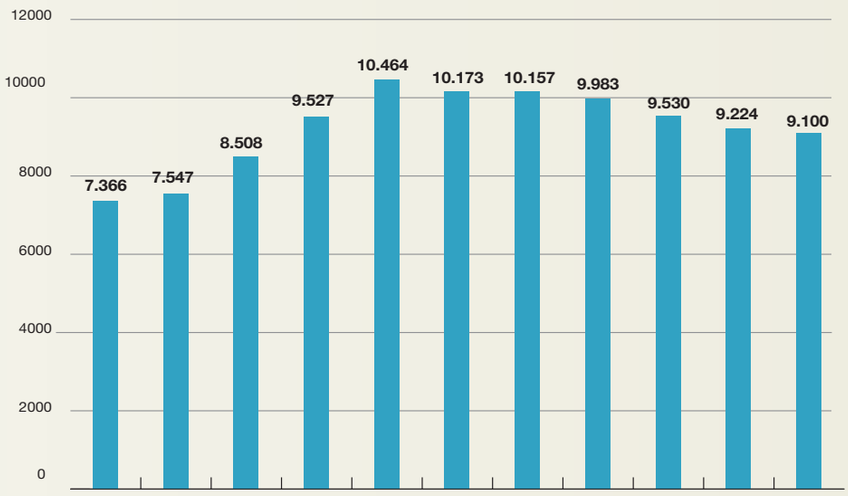
Regione	Numero abitanti	Tasso di ospedalizzazione	Degenza media ricoveri ordinari	Numero posti letto regionali pubblici ed equiparati	Numero posti letto indicizzato per numero di abitanti	Numero di medici tempo determinato e indeterminato	Numero di medici indicizzato per numero di abitanti	Fattore H	Media nazionale di N. medici ideale x 1000 ab standardizzato per fattore H nazionale (180,48)	N. assoluto regionale medici necessari per DM 70 e fattore H nazionale	N. medici mancanti	% rispetto al numero medici 2014
DATO NAZIONALE	60.782.668,00	131,49	7,3	178.707	2,94	109955	1,81	180,48	2,02	131484	21529	19,60%

2.2 LE ENTRATE

2.2.1 I NUMERI DI ACCESSO A MEDICINA

I candidati che nel 2017 hanno tentato il test di ingresso a Medicina sono stati 66.907 a fronte di 9.100 posti per residenti in Italia (fonte Miur). **Il tasso di laurea è il più alto tra i vari corsi universitari italiani** e tende all'incremento costante, poiché il test d'ingresso riesce a selezionare i giovani realmente motivati alla qualifica professionale di medico.
La percentuale di laureati è stata, nel quinquennio 2008-2012, pari all'89,8% (fonte: Mastrillo su dati Miur), ovvero ben 9 studenti su 10 ammessi a Medicina riescono a conseguire la laurea.
A partire dal 2010, sono stati aumentati in maniera considerevole i posti disponibili per il corso di laurea in medicina e chirurgia (grafico 1), senza che fosse attuato un parallelo aumento dei corsi di specializzazione medica (Fabbisogni) e delle assunzioni mediche nel Ssn.
Il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia è stato inoltre deformato in eccesso dalla pletora dei ricorsisti, ovvero quegli studenti di medicina diventati tali non per il superamento del test d'ingresso, ma per un'ordinanza del Tar al quale si erano rivolti per irregolarità concorsuali: si stimano essere circa 10.000 negli ultimi anni (8.000 per il solo anno accademico 2014/2015, fonte: www.rainews.it, Mastrillo su dati Miur, stima Anaao).
Gli ingressi totali alle scuole di Medicina e Chirurgia dell'ultimo quinquennio sono stati circa 58.000, con un aumento di ben il 25% rispetto al quinquennio precedente 2009-2013 (circa 11.800 studenti in più).
Tale aumento non ha un chiaro fondamento programmatico, in quanto sproporzionato rispetto ai fabbisogni specialistici finanziati (fonte di gap formativo).
L'algoritmo per la programmazione del numero chiuso di accesso alle Scuole di Medicina si deve basare primariamente sull'ordinato e ponderato calcolo dei fabbisogni specialistici, calcolati per gli anni accademici 2021/22÷2025/26, i quali concorrono infine a determinare il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia a partire dall'a.a. 2017/18***. Il calcolo infine deve sempre prevedere una maggiorazione stimata indicativamente del 23% del numero dei fabbisogni da cui deriva, in considerazione del tasso di laurea (circa 89.9% degli iscritti, fonte Mastrillo), del tasso di "rinuncia" alla specializzazione (circa 3%, stima Anaao) e delle borse per la scuola di Medicina Generale (circa 10%).

Grafico 1. posti disponibili, a numero chiuso, per studenti comunitari per il corso di laurea in medicina e chirurgia

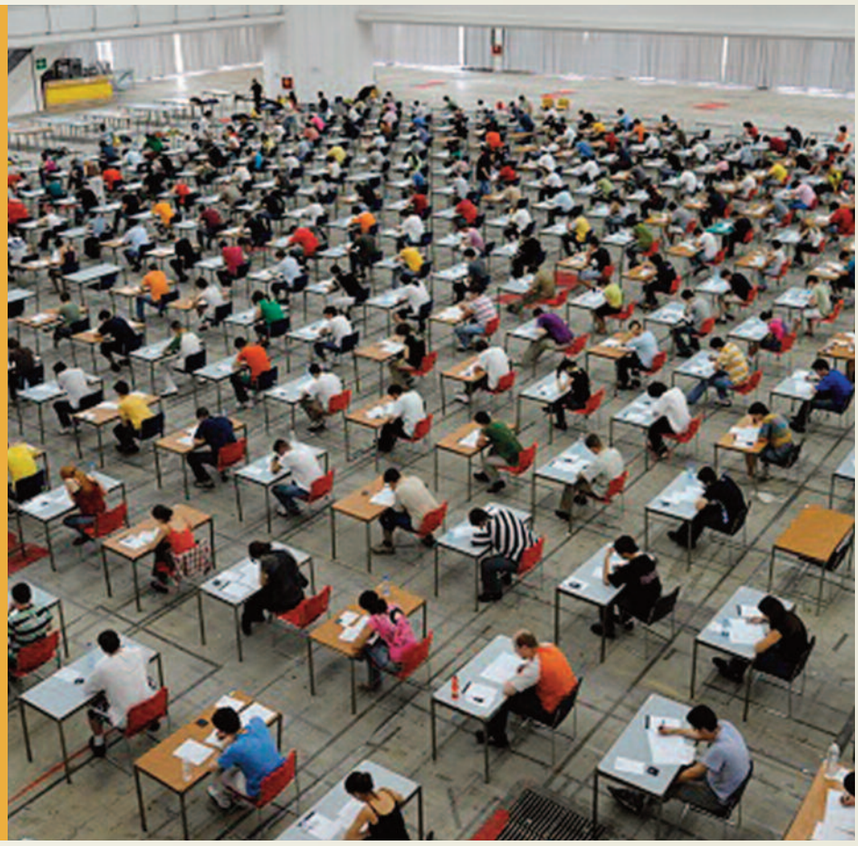


LA PROPOSTA ANAAO

Accessi a medicina

6.200 ALL'ANNO

La "cura" Anaao, che proclamiamo da anni, è semplice quanto efficace: ridurre gli accessi a medicina a 6.200/anno fino al 2022-2023 per assorbire gli eccessi degli iscritti in sovrannumero.
(Fonte: studio Anaao 2014)



***Uno studente di medicina che comincia il suo percorso universitario, impiega mediamente 10 anni per formarsi come medico di medicina generale e 12 anni come medico specialista, pertanto chi è entrato nel quinquennio 2013-2017 sarà specialista solamente negli anni 2025-2029.

2.2.2 L'IMBUTO FORMATIVO

L'aumento degli ingressi a medicina non è stato accompagnato da un aumento di contratti nelle Scuole di Specializzazione post-laurea: il primo conviene solo agli Atenei, che vedono entrare nuovi fondi (in forma di tasse universitarie), il secondo invece prevederebbe un esborso da parte dello Stato in forma di contratti di formazione specialistica aggiuntivi e pertanto è molto più difficile da attuare.

Si è creato quindi il fenomeno del cosiddetto "imbuto formativo" e la formazione della "pletora medica" nel limbo post-lauream.

Infatti il *Medico neo-laureato e abilitato ha scarsissime possibilità lavorative,* in quanto il Titolo Specialistico costituisce un requisito indispensabile per poter lavorare in una Struttura sanitaria Pubblica e nella maggioranza delle Strutture sanitarie Private.

Esempio: La "tasca" nella quale finiscono i medici, una volta laureati, quest'anno contava 14.435 unità (ovvero i partecipanti al concorso per le scuole di specializzazione, somma tra i neolaureati e chi riprovava il concorso, Fonte Miur).

I posti messi a bando quest'anno erano 6.105, con l'aggiunta di poco più di 500 posti finanziati dalle Regioni e da altri Enti e circa 1.000 posti del corso di formazione specifica in medicina generale: pertanto circa il 50% dei giovani medici è rimasto escluso dall'accesso alle scuole di specializzazione e dal corso di formazione in medicina generale. Saranno pertanto costretti a "sospendere il percorso formativo" dedicandosi a lavori saltuari, di basso profilo formativo e malpagati, in attesa del concorso del prossimo anno.

Il divario tra neomedici e contratti per la formazione post-lauream è purtroppo destinato ad aumentare ancora (grafici 2 e 3).

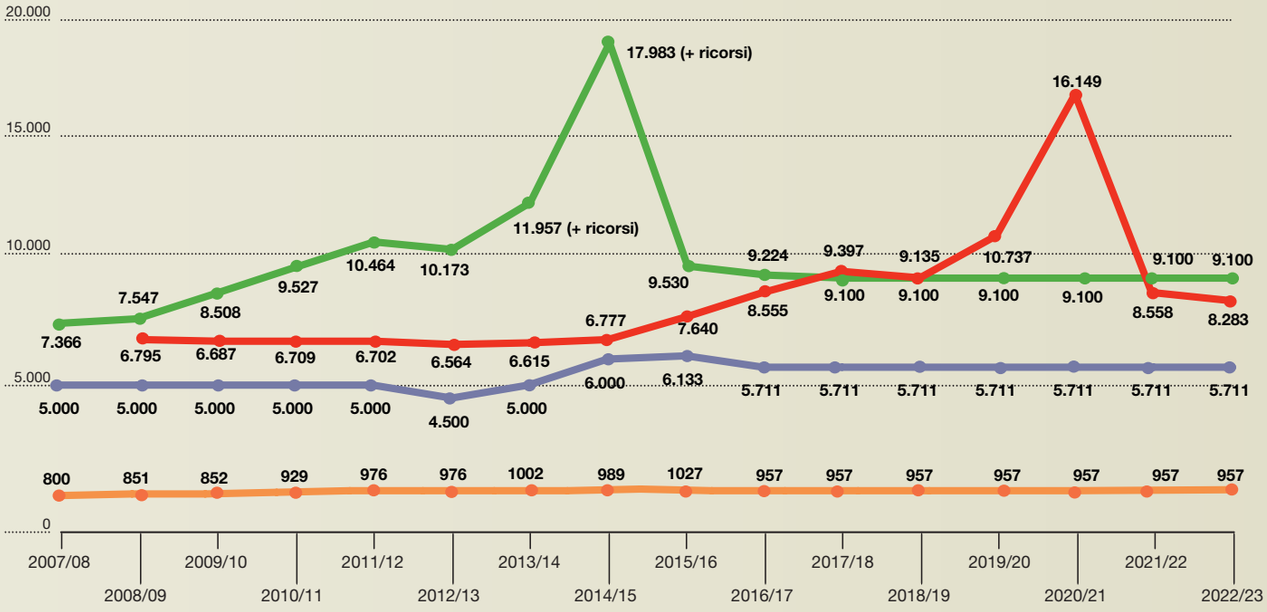
Si stima che, nell'anno accademico 2022/23 e a invarianza di programmazione, saranno diventati quasi 24.000 i colleghi che non riusciranno ad accedere alle specializzazioni e che dovranno sopravvivere con lavori saltuari e precari, senza la possibilità di una continuità formativa fondamentale e professionalizzante.

La "tasca" aumenta a causa di un grossolano errore di programmazione, e lo scopo deve essere quello di passare da un "imbuto formativo" ad un "cilindro formativo" ovvero un sistema di garanzia che preveda per ogni medico neolaureato l'accesso alla formazione post-lauream in un rapporto di 1 ad 1.

Appare evidente la necessità urgente di intervenire subito con una riduzione pluriennale degli accessi a Medicina e un aumento considerevole dei contratti di formazione specialistica.

Si ricorda che la formazione di un medico fino alla laurea costa allo Stato italiano ben 150.000 Euro (stima).
Pertanto ostacolare la continuità formativa per i medici, attraverso una mancata programmazione coordinata tra contratti di formazione post-lauream e numero chiuso Laurea di Medicina e Chirurgia, equivale a "buttare via" 150.000 Euro di soldi pubblici per ogni nuovo medico che porta a termine il percorso di laurea.

Grafico 2.
Confronto tra numero chiuso Scuole di Medicina, contratti specialistici Miur, Borse Mmg e Laureati stimati per anno accademico.
Fonte: atti ministeriali Miur, verbali conferenze Stato-Regione

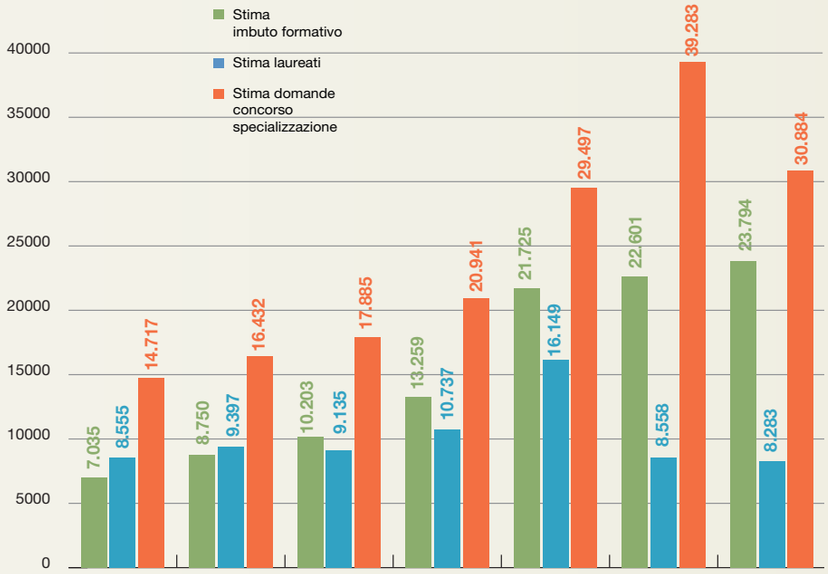


Nel grafico non sono indicati i contratti di formazione specialistica a finanziamento regionale e di enti pubblici o privati (circa il 10% del numero totale). Il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione è da sempre "sfalsato" di un anno accademico rispetto all'accesso a Medicina. Per gli anni successivi al 2015/2016, si è provveduto a stimare i posti disponibili per la formazione post-lauream, considerandoli a invarianza di programmazione.

Note: i numeri riportati dal 2018 in poi, tranne che per il numero dei laureati, sono proiezioni ad invarianza di programmazione

Grafico 3.

STUDIO ANAAO 2016: stima del numero di laureati, domande per il concorso di specializzazione e "imbuto formativo", ovvero il numero di giovani medici che non troveranno accesso alla formazione post-lauream. La stima è eseguita tenendo conto del numero di posti 2015/2016 per la formazione post-lauream (contratti specialistici Miur + regionali, borse di studio corso di formazione specifica in medicina generale) con ipotetica invarianza di programmazione (7.682 contratti-borse/anno). Il margine di errore rispetto al reale numero di domande concorso specializzazione, quest'anno, è stato inferiore al 2%, confermando la validità della stima eseguita dalla studio Anaao 2016.



3. PROPOSTE ANAAO DI CORREZIONE PROGRAMMATICA

3.1 PREMESSA

La formazione post-laurea nei Paesi Europei si effettua all'interno delle strutture ospedaliere, in genere pubbliche, ma come per la Germania, anche in strutture private autorizzate.
Un medico neolaureato, quindi, può chiedere di entrare in un qualsiasi ospedale, del suo Paese o di altri Paesi europei, con un rapporto legato alla normativa nazionale e compatibilmente con la presenza di posti disponibili, entrando in un programma formativo progressivo che lo porta a raggiungere l'esperienza e i titoli di Specialista nella materia. Il programma formativo ricade sotto l'autonomia organizzativa dei singoli Paesi e non è legato, in alcun Stato europeo eccetto l'Italia, all'Università. La specializzazione, in Italia, si ottiene solo frequentando le scuole di specializzazione universitarie e il numero di medici in formazione ammessi nelle scuole italiane dipende preva-

> *Sarebbe auspicabile che le Regioni contribuissero 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*

lentemente dalla messa a disposizione dei finanziamenti statali per la loro retribuzione. In Italia, solo dopo aver acquisito il titolo di specialista, un medico può entrare a lavorare in ospedale come dipendente.

Di conseguenza un medico neo-laureato europeo può essere accettato in qualsiasi ospedale nazionale per effettuare il proprio training formativo come dipendente tranne che in Italia, dove, con il contratto di formazione specialistica (e non di formazione-lavoro) è un ibrido studente/lavoratore che non ha eguali nell'ambito di altre professioni.

La rete formativa deve rispondere alle reali necessità formative del Ssn, quindi il numero dei posti di specializzazione deve essere definito in base alle reali necessità del Paese, e la durata dei corsi in base alla media europea, non in base alle esigenze interne delle Università come spesso è avvenuto.

La nostra ipotesi di lavoro si basa sui presupposti di:

1. **facilitare** il precoce ingresso nel Ssn;
2. **svincolare** il percorso formativo dall' Università, almeno in parte;
3. **confronto** con l'Europa;
4. **prevedere** una forma di part time ospedaliero in cui il giovane medico, adeguatamente tutorato, gradualmente "sostituisce" l'over 60 che potrà su base volontaria lavorare nel territorio;
5. **migliorare** l'inquadramento previdenziale.

In un periodo di ristrettezza economica come questo, la nostra proposta ci sembra una delle poche vie percorribili per aumentare il numero di contratti e per non lasciare "in mezzo a una strada" centinaia di giovani neomedici

I giovani hanno bisogno di risposte reali, non di utopie!

Sappiamo che la coperta è corta e i miracoli non sono possibili e cerchiamo, con i nostri interlocutori, una squadra che permetta di aumentare i posti mantenendo alto lo standard qualitativo-formativo.

PROPOSTA

Almeno 6.105 contratti verrebbero pagati con l'attuale fondo statale per la formazione specialistica, che dovrà rimanere una costante nel tempo. È un punto di partenza imprescindibile e intoccabile.

Sarebbe auspicabile che le Regioni contribuissero 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 (grafico 4).

Con il loro aiuto e lo stanziamento di ulteriori 1.862 contratti (differenza tra posti Miur e fabbisogno regionale calcolata sull'ultimo anno accademico), il gap tra partecipanti al concorso e posti a bando si ridurrebbe sensibilmente negli anni a venire.

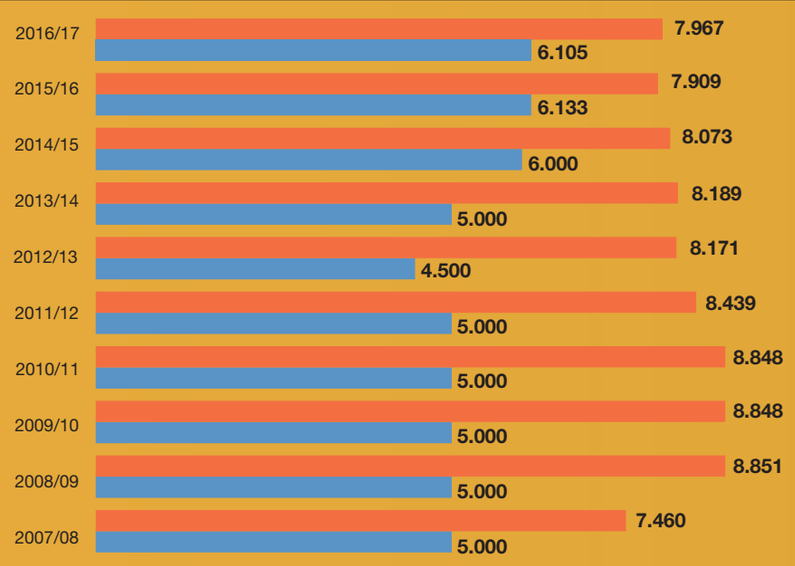
Il costo complessivo è stimabile in quasi 190 milioni di euro (per specializzazioni di durata quadriennale), ammonterebbe a poco più di 9 milioni di euro per le 20 Regioni italiane, una cifra oggettivamente alla portata di ogni bilancio regionale. Pertanto, le Regioni dovrebbero farsi carico della differenza 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 ad una formazione "on the job".

Nel dettaglio, la nostra proposta prevederebbe, 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.

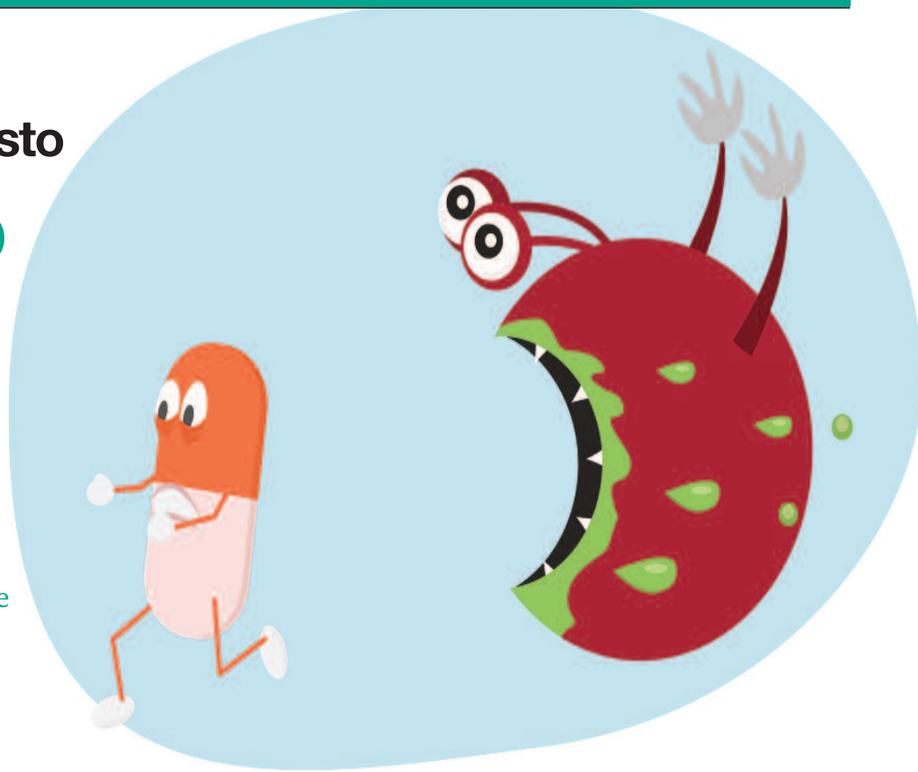
In alternativa l'integrazione di contratti a carico delle Regioni potrebbe essere destinato fin dall'inizio ad un percorso formativo post-lauream **aggiuntivo** a quello Universitario basato interamente sulla programmazione regionale, valorizzando l'immenso patrimonio culturale e di casistica presente negli ospedali del Ssn. In pratica per i neolaureati è ipotizzabile un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato a tutele crescenti, a invarianza della dotazione organica degli ospedali di rete, con insegnamento della parte teorica a carico delle Università e contestuale rilascio da parte della stessa con una valutazione finale che preveda la partecipazione del tutor ospedaliero.

Grafico 4
confronto tra contratti specialistici Miur e fabbisogno specialistico per anno accademico (richieste regionali): da sempre i contratti specialistici sono insufficienti per coprire il fabbisogno.



Il Piano Nazionale di Contrasto

all'Antibiotico resistenza



L'ormai famosa, e purtroppo assai realistica, previsione che entro il 2050 saranno 10 milioni le persone che moriranno per infezioni resistenti agli antibiotici ha acceso i riflettori su questa problematica come non mai.
La stessa Unione Europea ha sollecitato gli Stati membri a definire azioni concrete contro il dilagare dell'antibiotico resistenza. Attualmente in Europa, secondo i dati dell'European Center for Diseases Control i decessi annuali per infezioni da germi resistenti sono 25.000 con un impegno finanziario pari a circa 1,5 miliardi di euro.

PIERANGELO CLERICI,
Presidente Amcli e Presidente Fismelab

Anche nel nostro paese ci si è mossi in maniera concreta nell'affrontare questa emergenza ed è del 2 novembre 2017 l'approvazione da parte del Ministero della Salute di concerto con le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del Piano nazionale di contrasto all'Antibiotico Resistenza 2017-2020 (Pncar). Sicuramente a spingere la realizzazione di questo Piano sono stati anche i dati non certo incoraggianti dell'incremento delle resistenze in Italia che ci pongono sempre al di sopra della media europea per tutte le classi di antibiotici (es. Resistenza di *Klebsiella pneumoniae* ai Carbapenemici da meno del 1% nel 2008 al 34% nel 2013). I microrganismi interessati in maniera rilevante a questo fenomeno sono rappresentati dall'acronimo Eskape (*Enterococcus* spp., *Staphilococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter* spp.), acronimo che ben rende l'idea (eskape= sfuggire) di come questi batteri sfuggano alle terapie mediante i diversi meccanismi di resistenza che sono in grado di mettere in atto.Strategia importante di questo Pncar è anche l'approccio *One Health* che vede coinvolti non solo gli aspetti clinici dell'uomo ma anche l'aspetto veterinario e ambientale della tematica delle resistenze antimicrobiche. A livello veterinario per l'anno 2015 i dati dell'Ema (Agenzia Europea dei Medicinali) e dell'Efsa (autorità Europea per la Sicurezza Alimentare) mostrano come il consumo di antibiotici sia di 341 milligrammi per Kilo di biomassa contro una media europea di 144 milligrammi ovvero più del doppio. Il Pncar, frutto di un lavoro multidisciplinare che ha visto coinvolti le più importanti Società Scientifiche rappresentative dei professionisti che quotidianamente si confrontano con le problematiche legate all'antibiotico resistenza (microbiologi, rianimatori, internisti, infettivologi, farmacisti) è centrato su un approccio "One Health" per cui le sei aree tematiche principali sono: 1) sorveglianza e prevenzione e controllo delle infezioni e delle resistenze in ambito umano e veterinario; 2) uso appropriato e sorveglianza del consumo degli antimicrobici in ambito umano e veterinario; 3) potenziamento dei servizi diagnostici di Microbiologia; 4) formazione degli operatori sanitari; 5) informazione/educazione della popolazione; 6) ricerca e sviluppo.
Le sei aree tematiche sono state successivamente declinate in maniera puntuale nelle azioni da svolgere e relative tempistiche sia a livello regionale che nazionale.Obiettivi prefissati nel Pncar sono, avendo come riferimento i dati del 2016: 1) la riduzione entro il 2020 del 5% del consumo di antibiotici in ospedale; 2) riduzione del 10% dell'uso sul territorio e del 30% dell'uso in ambito veterinario; 3) riduzione del 10% dell'uso di fluorochinolonici sia in ospedale che sul territorio; 4) la riduzione del 10% della prevalenza di *Staphylococcus aureus* Meticillino resistente (Mrsa) e di Enterobatteri resistenti alle Carbapenemasi (Cpe).Quanto previsto dal Pncar prevede importanti interventi sia nell'ambito dell'*Infection control* con particolare attenzione alle strutture per acuti, nelle lungodegenze e nelle residenze sanitarie assistite, dove il rischio di contagio inter paziente di microrganismi multiresistenti è molto elevato, sia sul versante dell'*Antimicrobial Stewardship* intesa come governo della terapia antimicrobica che attui, come pubblicato nelle proprie linee guida la Società Americana di malattie infettive, "una serie di interventi coordinati al fine di migliorare e misurare l'appropriatezza di utilizzo di antimicrobici, promuovendo la selezione di schemi terapeutici validi, regimi posologici ottimali, modalità di somministrazione in linea con le caratteristiche cinetico-dinamiche degli antimicrobici e corrette durate dei trattamenti". Per quanto concerne l'intervento di diagnostica microbiologica si punta all'introduzione di tecnologie che consentano una sempre più rapida identificazione non solo dei microrganismi responsabili di infezioni ma soprattutto anche dei *pattern* di resistenza dei microrganismi stessi.
Non si può comunque prescindere, in azioni di questo tipo, dal coinvolgimento delle Direzioni Strategiche delle Strutture Sanitarie che devono fornire, senza indugio, il necessario supporto tecnico ma soprattutto economico per sostenere interventi il cui successo dipende dalle risorse a disposizione risorse che vedono i professionisti della sanità responsabilizzati e ben consci che investire nel controllo e riduzione delle resistenze antimicrobiche è l'unico modo di ridurre il tasso di mortalità dovuto questo fenomeno.
Lo strumento Pncar è attivo, le singole Regioni dovranno declinarlo, le Aziende sanitarie dovranno strutturarlo e a noi professionisti il compito di realizzarlo sul campo, una sfida importante che affrontiamo tutti con la consapevolezza di vincerla per la salute dei pazienti.

SPECIALIZZANDI 1983-1991

L'interpretazione della Corte di Giustizia Europea

Recentemente la Corte di Giustizia Europea ha pronunciato una sentenza in materia di remunerazione degli specializzandi (Sez. VIII – cause riunite C-616/16 e C-617/16 del 24 gennaio 2018 – pubblicata su www.anaao.it), a seguito di un rinvio pregiudiziale da parte della Corte di Cassazione avvenuto nel luglio 2016.

Tale sentenza, sebbene contenga principi di carattere generale, interessa esclusivamente i medici specializzatisi negli anni dal 1983 al 1991 (c.d. vecchi specializzandi) a cui sono rivolte le direttive europee oggetto di interpretazione, mentre può ritenersi sostanzialmente neutra per la restante platea di specializzandi

Nel caso di specie, la Cassazione ha interrogato i Giudici europei per dirimere una vicenda interpretativa riguardante, in estrema sintesi, la sussistenza o meno del diritto ad una adeguata remunerazione anche di quei medici che abbiano conseguito specializzazioni frequentando corsi di formazione iniziati prima della data del 31 dicembre 1982 - termine ultimo fissato agli Stati Membri per adottare le misure di adeguamento previste dalla Direttiva 82/76 – e proseguiti e conclusisi successivamente alla predetta data.
Ai quesiti formulati dai Giudici di legittimità su diversi aspetti della questione, la Corte Europea ha risposto stabilendo i seguenti principi:

1. **il diritto** all'adeguata remunerazione dei medici specializzandi introdotto dalla Direttiva 76/82 (modificativa della Direttiva 75/363) si applica anche ai corsi di formazione, a tempo pieno o ridotto, iniziati nell'anno 1982 e proseguiti fino al 1990 (quindi anche a coloro che hanno iniziato a frequentare un corso di formazione prima del 31.12.1982 e l'hanno concluso successivamente, non operando alcuna distinzione in ordine all'anno di iscrizione al corso di specializzazione);
2. **nei predetti casi**, tuttavia, la remunerazione adeguata (e, in mancanza, il risarcimento del danno per tardivo adempimento del precetto di cui alla normativa europea) deve essere corrisposta solo per il periodo di formazione a partire dal 1° gennaio 1983 e fino alla conclusione della formazione stessa;
3. **l'obbligo** per lo Stato Membro di prevedere una remunerazione adeguata in favore del medico in formazione specialistica è sufficientemente preciso al punto che i giudici dei singoli Stati sono tenuti ad applicarlo anche in assenza di specifiche misure nazionali interne di trasposizione, riconoscendo in tal caso il diritto dei singoli soggetti ad ottenere dallo Stato il risarcimento del danno in ragione della mancata o tardiva trasposizione della direttiva europea.

> *"L'Anaao Assomed invita a considerare con estrema cautela eventuali patrocini in ordine a tale problematica*

In altri termini, la CGUE pur riconoscendo l'applicabilità delle disposizioni contenute nella Direttiva n. 82/76, tra cui il diritto all'adeguata remunerazione anche ai corsi di formazione specialistica avviati nel 1982, ha circoscritto la portata applicativa dell'obbligo di corresponsione dell'adeguata remunerazione ai soli periodi formativi successivi al 1 gennaio 1983.
D'ora in avanti, i principi interpretativi fissati dalla sentenza della CGUE dovranno essere seguiti dai giudici nazionali ai fini della corretta applicazione della normativa europea nei giudizi pendenti o in quelli che sorgeranno.
A tal proposito è opportuno chiarire che la pronuncia della CGUE non ha in alcun modo modificato i termini per proporre l'azione risarcitoria da parte dei medici che si sono specializzati negli anni dal 1983-1991. Tale tipo di azione, come più volte affermato dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione è riconducibile allo schema della responsabilità per inadempimento contrattuale e, quindi come tale, soggetta all'ordinario termine decennale di prescrizione, il quale, deve considerarsi iniziato a decorrere dal 27 ottobre 1999, ossia dalla data di entrata in vigore della legge n. 370/1999 in cui può considerarsi completato il processo di trasposizione interna delle direttiva europee n. 75/363 e n. 82/76 da parte dello Stato Italiano.
Pertanto, entro il 27 ottobre 2009 il medico che rivendica il diritto al risarcimento per tardiva trasposizione della normativa europea da parte dello Stato, deve aver compiuto un atto interruttivo della prescrizione, con una lettera di diffida o richiesta stragiudiziale dei danni alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e/o ai ministeri competenti, oppure con l'introduzione di un giudizio ordinario.
Stante così la situazione, l'Anaao Assomed invita a considerare con estrema cautela eventuali patrocini in ordine a tale problematica al fine di assicurare a tutti gli iscritti trasparenza e completezza di informazione.

Responsabilità medica: l'informazione provvisoria delle Sezioni Unite chiamate a pronunciarsi sulla legge Gelli – Bianco

Corte Suprema di Cassazione
Sezioni Unite Penali
Informazione provvisoria n. 31

Il testo dell'informazione provvisoria è pubblicata su www.anaao.it

Le Sezioni Unite Penali della Cassazione sono state chiamate a risolvere un contrasto giurisprudenziale insorto in seno alla IV Sezione Penale, circa il perimetro applicativo della nuova disciplina sulla responsabilità medica ed i profili di diritto intertemporali. In particolare, la Corte è stata chiamata a pronunciarsi su quale sia, in tema di responsabilità colposa dell'esercente la professione sanitaria per morte o lesioni personali, l'ambito di esclusione della punibilità previsto dall'articolo 590-sexies del codice penale introdotto dall'articolo 6 della legge 8 marzo 2017, n. 24.

Per chiarezza l'articolo 590-sexies recita "*Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 (rispettivamente omicidio colposo e lesioni personali colpose), sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto*». L'articolo 6 inoltre abroga il comma 1 della legge 189 del 2012 ovvero "*L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo*".

In sintesi la riforma ha abrogato la disciplina contenuta nel decreto Balduzzi, introducendo un nuovo articolo nel codice penale sulla cui interpretazione è scaturita una difformità di orientamento.

Dapprima, infatti, con la sentenza 28187/2017 (primo orientamento), è stato affermato che la disciplina prevista dalla legge Balduzzi risulta nei fatti più favorevole rispetto alla legge Gelli. A sostegno di tale posizione è stata posta la circostanza che, mentre prima era esclusa la rilevanza penale delle condotte caratterizzate da colpe lieve in contesti regolati da linee guida e buone pratiche accreditate, oggi, ai fini della responsabilità penale, non sussiste più alcuna distinzione tra colpa lieve e colpa grave. In sostanza con la legge Gelli l'esonero da responsabilità diviene possibile solo se il sanitario abbia rispettato le linee guida in maniera effettiva ed aderente alle caratteristiche del caso concreto, mentre non opererà se l'osservanza sia stata del tutto astratta.

Con la sentenza 50078/2017, (secondo orientamento) La Corte di Cassazione, annullando la condanna di un medico per il reato di lesioni colpose gravi, aveva applicato il nuovo articolo 590 sexies del Codice penale, il quale prevede una causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria nel caso in cui siano rispettate le linee guida o, in mancanza, le buone pratiche clinico assistenziali, nel solo caso di imperizia, indipendentemente dal grado della colpa. La Corte sottolinea altresì che l'eventuale non punibilità del fatto è applicabile anche a fatti commessi prima dell'entrata in vigore della legge 24/2017 e ai procedimenti pendenti davanti alla Corte di Cassazione. Il comma 2 del già citato articolo 590 sexies cod. pen. prevede, inoltre, l'abrogazione della disciplina introdotta con la legge Balduzzi. Questa disponeva l'esclusione della responsabilità solo nei casi di colpa lieve del sanitario. Deve ritenersi, quindi, non più sussistente il problema del grado della colpa, salvo i casi concreti in cui la legge Balduzzi si configuri come disposizione più favorevole. "*Alla colpa grave non può più essere attribuito un peso diverso rispetto a quella lieve, visto che sono entrambe comprese nell'area di applicazione della nuova causa di non punibilità; inoltre, è chiara intenzione della riforma (legge 24/2017) favorire la posizione del medico, riducendo gli spazi per la sua possibile responsabilità penale, conservando invece la responsabilità civile*". La Cassazione nella sentenza ricorda che il nuovo articolo 590-sexies del Codice penale, modificato dalla legge Gelli, ha cancellato la depenalizzazione della colpa lieve prevista dalla precedente legge Balduzzi. Non esiste quindi più, pertanto, un problema di grado della colpa, con l'eccezione di quei casi in cui la legge Balduzzi si configura come norma più favorevole da applicare a quei casi caratterizzati da negligenza o imprudenza.

La soluzione adottata dalla Sezioni Unite della Corte di Cassazione penale: "L'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico-chirurgica:

a) se l'evento si verificato per colpa anche lieve da negligenza o imprudenza;

b) se l'evento si è verificato per colpa anche lieve da imperizia: 1) nell'ipotesi di errore rimproverabile nell'esecuzione dell'atto medico quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee guida o, in mancanza, dalle buone pratiche clinico-assistenziali; 2) nell'ipotesi di errore rimproverabile nella individuazione e nella scelta di linee guida o di buone pratiche che non risultino adeguate alla specificità del caso concreto, fermo restando l'obbligo del medico di disapplicarle quando la specificità del caso renda necessario lo scostamento da esse;

c) se l'evento si è verificato per colpa soltanto grave da imperizia nell'ipotesi di errore rimproverabile nell'esecuzione, quando il medico, in detta fase, abbia comunque scelto e rispettato le linee guida o, in mancanza, le buone pratiche che risultano adeguate o adattate al caso concreto, tenuto conto altresì del grado di rischio da gestire e delle specifiche difficoltà tecniche dell'atto medico.

Anaao storia e valore di un sindacato

di Roberto Ziccardi
Orthotes Editore
16€

l libro di Roberto Ziccardi vuole essere non solo la storia del più grande sindacato di medici ospedalieri italiano, non separabile dalla storia della sanità italiana, ma anche una riflessione sul coraggio di pensare, attraverso gli anni, una sanità diversa, il racconto di una passione civile, capace di tenere insieme il diritto alla cura e quello a curare, la rappresentanza e la difesa di legittimi interessi dei medici con l'esigibilità per i cittadini dell'articolo 32 della Costituzione. Questioni sindacali mai separate da valori, ideali e sensibilità etiche, che hanno costituito negli anni il DNA dell'Anaao Assomed.

Il libro è anche lo spunto per una riflessione sullo strumento sindacato quanto mai attuale dentro una rivoluzione culturale, sociale e tecnologica senza eguali. Un tentativo di risposta alla domanda 'a chi e a che cosa serve oggi il sindacato': di fronte al cambiamento strutturale realizzatosi nel mondo del lavoro, anche in sanità, e all'onda lunga della crisi di consenso e di fiducia verso le istituzioni che ha minato la loro capacità di rappresentanza.

Il ponte verso il futuro dell'ANAAO e del sindacalismo medico non può che partire dalla memoria delle radici e dal ricordo degli uomini che lo hanno attraversato nei suoi 60 anni di vita.

Tutto quello che devi sapere sul rischio clinico a portata di click

www.clinicalriskmanagement.it

L'unico sito in italiano interamente dedicato al risk management

anaao.news

APPOSTA PER TE!

IL MONDO ANAAO NELLE TUE MANI.

SCARICA L'APP SU APP STORE O SU GOOGLE PLAY.

Apri il lettore qr code del tuo dispositivo e inquadra il codice con il display per scaricare la APP ANAAO

www.anaao.it

Google Play and the Google Play logo are sono marchi registrati di Google Inc.
Apple e il logo Apple sono marchi di Apple Inc., registrati negli Stati Uniti e in altri Paesi.
App Store è un marchio di servizio di Apple Inc.