

d!rigenza medica

- 6 **Anaao Assomed**
Diffida contro il blocco LPI
- 10 **Concorsi**
Graduatorie: le modifiche
alla normativa

Il mensile dell'Anaao Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

SANITÀ EUROPEA SEMPRE PIU' ROSA

I risultati dell'indagine
sulle condizioni lavorative
delle donne medico in Europa

Pat Carra per l'Anaa Assomed



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



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

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

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

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n.182/2002
del 25.3.2002.

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di maggio 2019

Responsabilità professionale.

La storia di *Claudio*

È il 1994. Claudio è un giovane ginecologo di una Usl di un ospedale pubblico con la qualifica di assistente. In quell'anno la Apple lanciava il primo Macintosh, Bill Clinton e Boris Yeltsin firmavano gli accordi di disarmo nucleare, Kurt Cobain si suicidava a Seattle, Ayrton Senna moriva dopo lo schianto all'autodromo di Imola ed in Ruanda iniziava uno dei più terribili genocidi che l'umanità ricordi.

Il 1994 è un brutto anno per Claudio. Un giorno festivo, mentre è di guardia, una donna subisce un cesareo d'urgenza in seguito a riscontro di sofferenza fetale ed il nascituro patisce danni invalidanti permanenti. Uno strazio per i genitori, per i parenti e soprattutto per il figlio.

Un peso insopportabile anche per chi aveva la responsabilità di far portare a termine nel modo migliore possibile quella gravidanza.

Claudio e il suo primario finiscono nel vortice giudiziario. Non possiamo né vogliamo entrare nel merito della vicenda. Claudio non voleva danneggiare volontariamente nessuno, ma ha, secondo i giudici, commesso un errore. Un errore che non era dovuto neppure al fatto che Claudio fosse ubriaco o zeppo di droghe come un omicida pirata della strada.

Inizia un percorso che si trasformerà in un supplizio senza fine. Periti, Ctu, avvocati, assicurazioni, pubblici ministeri, testimoni e giudici si avvicendano nelle aule dei tribunali e negli incubi di Claudio.

La famiglia viene risarcita. Tre milioni di euro. Non ci sarà modo di ridare una vita normale al bambino, ma l'importo consentirà di fornire gli ausili e le cure necessarie per tutta la sua vita. Claudio ritiene di non aver commesso alcun errore e vuole andare fino in fondo per dimostrare la sua innocenza. Ma dopo la sentenza di primo grado e di appello anche la Cassazione lo condanna. Claudio non riuscirà a scrollarsi di dosso il peso di questa decisione finale ma il danno almeno è stato risarcito perché lui era assicurato.

Rimarrà la tristezza per come sono andate a finire le cose, le notti insonni, il rimorso di non aver fatto tutto il possibile, le preoccupazioni dovute alle parcelle degli avvocati, il rapporto con gli amici, i colleghi, i parenti.

Tutto questo sarebbe già sufficiente per un giovane assistente assunto due anni prima che, in un giorno festivo, si è trovato di guardia ad affrontare un caso difficile o un caso per il quale

non era, in quel frangente, sufficientemente preparato.

Invece no.

Le assicurazioni dei medici e dell'ospedale coprono solo la metà del risarcimento. La Regione si fa carico dell'altra metà. E questa altra metà proviene da un Ente Pubblico. Soldi dello Stato quindi.

Lo Stato, si sa, non è in grado di recuperare la gran parte dei furti per miliardi di euro di denaro pubblico da parte di mafiosi, evasori e faccendieri.

Tali malviventi sono molto scaltri: società di comodo, false fatturazioni, paradisi fiscali, intestazioni fittizie di beni. E sia beninteso: sono tutte azioni dolose.

Claudio invece è invece una persona onesta. È un medico che paga le tasse e che porta avanti il suo contenzioso giudiziario, paga gli avvocati, continua a lavorare senza, peraltro, commettere altri errori.

La buona condotta vale però solo per chi è già in galera. Che Claudio sia un buon cittadino e che svolga, per conto dello Stato, un lavoro di per sé rischioso anche per i decenni successivi non ha alcuna rilevanza.

Tramite la Corte dei Conti (e l'instaurazione di un altro giudizio che dissangua le ultime risorse economiche) Claudio viene condannato a risarcire allo Stato la quota che la Regione ha dovuto pagare, ovvero un milione e cinquecentomila euro.

Ogni mese Claudio dovrà cedere un quinto del suo stipendio allo Stato. Lo Stato delle sanatorie e dei concordati fiscali, lo Stato dei ravvedimenti operosi e dei condoni edilizi, lo Stato del rientro dei capitali dall'estero e delle "voluntary disclosure" ha messo nel mirino i beni di Claudio. Lo Stato ormai lo ha azzannato e non lo mollerà più. Claudio vedrà così la mano di questo Stato ogni mese. Un quinto della sua retribuzione e poi un quinto della sua pensione verrà trattenuto fino alla fine dei suoi giorni.

Nel 1994 Claudio ha commesso un errore. La sentenza della Corte dei Conti è del 2017. Ora Claudio ha i capelli bianchi e ha 61 anni. Il suo ex Primario è morto qualche anno fa.

Claudio non può pensare di vivere per altri 103 anni (tanto ci vorrà per ripagare il suo debito). La sua condanna sarà eterna e la sua pena non sarà mai espiata finché rimarrà su questa terra.

Giustizia è fatta.



GABRIELE GALLONE

Presidente Fondazione
Pietro Paci

I risultati dell'indagine nei Paesi aderenti alla Fems presentati alla Conferenza Internazionale "Verso una Medicina governata da donne. Come le donne medico europee vivono e lavorano: facilitazioni e barriere" a Napoli

Alla Romania il palmares per la migliore sanità a misura di donne medico.

Sono invece deluse le dottoresse italiane

La sanità in Europa è sempre più rosa, ma è la Romania ha detenere il primato di nuovo eden per le donne medico. Sono le più numerose (69%), le più soddisfatte di retribuzione e carriera, solo il 19% di loro ha subito discriminazioni di genere, e l'indice di gradimento dell'organizzazione del lavoro sale fino all'89%.

Di segno positivo anche i dati di altri due Paesi dell'Est: la Repubblica Ceca con il 55% di camici rosa soddisfatti e la Croazia che si distingue per la parità uomo-donna nella gestione della sanità pubblica e per l'alto grado di soddisfazione per le opportunità di carriera, dato che la accomuna all'Olanda.

Fanalino di coda l'Italia, dove le donne medico lamentano discriminazione, insoddisfazione professionale ed economica, per non parlare della possibilità di accedere a posti di leadership.

Chiude la classifica la Bulgaria dove le donne stanno progressivamente abbandonando la professione. Unico tratto in comune tra tutte le donne medico intervistate è la limitata conoscenza delle leggi e contratti che tutelano la professione.



Sono questi in sintesi i risultati dell'indagine promossa dall'Anaa Assomed, e realizzata con la collaborazione di Aaroi-Emac e Snr, tra i Paesi membri della Fems (Federazione Europea dei Medici Salarati) per conoscere le condizioni lavorative delle donne medico in Europa.

I dati fotografano le realtà degli 11 Paesi che hanno risposto al questionario (Bulgaria, Cipro del Nord, Croazia, Italia, Olanda, Portogallo, Romania, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Turchia) sui 17 aderenti alla Fems (che comprende anche Austria, Belgio, Francia, Polonia, Slovacchia, Ungheria) e sono stati presentati in occasione della Conferenza Internazionale "Verso una Medicina governata da donne. Come le donne medico europee vivono e lavorano: facilitazioni e barriere" che si è svolta a Napoli il 30 maggio.



68%

La percentuale delle dottoresse italiane insoddisfatte, per aver dovuto fare rinunce per conciliare lavoro e vita privata.



Vediamo i risultati nel dettaglio.

La femminilizzazione della professione. L'elemento comune è il tasso di femminilizzazione della classe medica che in tutti i paesi europei si attesta o supera il 58-60% con punte in Romania del 69% (addirittura, in Romania il 77,7% dei medici di base è donna ed un recente studio ha evidenziato che hanno una mortalità anticipata rispetto alla media della popolazione di circa 10 anni). La fascia di età proporzionalmente più rappresentata è tra i 36 e i 49 anni e, a seguire, la fascia più giovane. Unica eccezione, la Bulgaria che ha mostrato, negli ultimi anni, un'inversione di tendenza: gli iscritti a medicina sono prevalentemente uomini, nonostante negli ultimi 30 anni fosse maggiore il numero delle donne medico. Questo fenomeno, come vedremo più avanti, è correlato al basso tasso di soddisfazione legato al riconoscimento professionale e alle opportunità di carriera.

Dottoresse e discriminazione. Alla domanda "Sul posto di lavoro, ti sei mai sentita discriminata in quanto donna?" una dottoressa Italiana su 2 ha denunciato episodi di discriminazione il più delle volte da parte di superiori o pazienti, mentre la percentuale scende leggermente in Olanda, Turchia, Repubblica Ceca, Slovenia, Portogallo e Spagna. Interessante notare che nei due paesi della penisola iberica, a discriminare sono soprattutto i pazienti (in Spagna, il 60% delle intervistate lamenta questo dato) e si evidenzia la necessità di risolvere il problema da un punto di vista culturale, anche per evitare possibili fenomeni di violenza a carico delle donne medico. In Romania solo il 19% (Cipro del Nord di poco sopra, il 28%) delle donne medico ha vissuto episodi di discriminazione, mentre in Slovenia li hanno subiti 3 intervistate su 4, soprattutto dai superiori. La Croazia si è rivelato il paese Fems in Europa con il più alto numero di donne in posizione di comando, addirittura con punte del 54,4% negli ospedali pubblici.

Conciliazione casa-lavoro. Interrogate su "Cosa nei pensi della conciliazione dei tempi casa-lavoro nella tua organizzazione del lavoro?", il 68% delle dottoresse italiane hanno risposto dichiarandosi insoddisfatte, per aver dovuto rinunciare o all'aspetto professionale o a quello personale per conciliare lavoro e vita privata. Va molto meglio negli altri paesi della Ue: in Romania addirittura l'86% è del tutto o abbastanza soddisfatto e nessuna intervistata si è detta insoddisfatta, in Spagna solo il 28% è per nulla soddisfatto, in Croazia addirittura il 58% è soddisfatto per la carriera e anche nella Repubblica Ceca il 55% delle intervistate è molto o abbastanza soddisfatto e solo il 5% si dichiara totalmente insoddisfatto. In Turchia, invece, c'è una condizione di parità tra grado di soddisfazione ed insoddisfazione nonostante i colleghi turchi abbiano attraversato un difficile periodo politico che ha portato all'arresto di alcuni medici, appartenenti al *Council Members of the Turkish Medical Association*. Vicina alle percentuali della Turchia, si trovano le dottoresse di Cipro del Nord, che si attestano al 45% come grado di completa insoddisfazione.

Cosa migliorare. Molto interessanti le risposte alla domanda "Che cosa miglioreresti del tuo lavoro, per una più soddisfacente conciliazione dei tempi casa-lavoro?". In tutti i paesi, la risposta più cliccata è stata "una diversa gestione dei tempi lavorativi", con particolare riguardo al part-time e alle guardie, con percentuali di risposta che vanno dal 40% dell'Olanda, che chiede una revisione dei carichi di lavoro, al 77% della Slovenia, al 60% dell'Italia. Un'altissima percentuale delle donne medico vuole una migliore la gestione dei giorni di riposo e delle ferie (Romania 42%, Portogallo 44%, Spagna 50%, Olanda 29%). Da segnalare il dato che le donne medico europee non danno la priorità ad una migliore remunerazione, ad eccezione della Bulgaria (unico paese

89%

Gradimento dell'organizzazione del lavoro tra le donne medico in Romania



Soddisfazione della carriera professionale per le donne medico in alcuni Paesi

Romania

86%

Olanda

70%

Repubblica Ceca

56%

Italia

16%



in controtendenza rispetto al fenomeno della femminilizzazione) dove il 64% delle intervistate si è espresso in tal senso, e della Repubblica Ceca (74%). Lievemente discostante anche la posizione di Cipro del Nord, anche se nell'analisi delle risposte è necessario considerare il piccolissimo campione di intervistate e anche di donne medico che operano in questa piccola Repubblica del Mediterraneo. Infatti, circa il 46% delle partecipanti ha espresso la necessità di migliorare uno dei tre aspetti che costituiscono la sfera professionale: opportunità di carriera, riconoscimento professionale e maggiore leadership.

È verosimile che questo dato sia correlato alla diversa idea, soprattutto tra le nuove generazioni, della conciliazione casa-lavoro e di benessere sociale ed economico che perseguono. Inoltre, poche professioniste hanno espresso il desiderio di una maggiore leadership (una percentuale intorno al 15%) nonostante i dati evidenzino la mancanza di figure femminili nei posti di comando. Nuovamente la Bulgaria si è dimostrata in controtendenza con il 45,5% delle intervistate che ha richiesto più opportunità di carriera. È possibile che una nuova concezione di benessere, escluda le donne medico dal desiderare l'accesso alle posizioni di potere. Ed altrettanto possibile è che i ruoli manageriali vengano percepiti come troppo gravosi o, peggio, irraggiungibili.

Il livello di soddisfazione delle dottoresse. La domanda "Sei soddisfatta

della tua carriera professionale?" ha svelato che in Romania, in Olanda e nella Repubblica Ceca si trovano le donne medico più soddisfatte, con una percentuale rispettivamente del 86% (di cui 22%, riferisce di esserlo a discapito però della vita familiare), del 70% e del 56%. In Italia, solo il 16% è soddisfatto della propria carriera professionale e negli altri paesi la quota di soddisfazione anche se più alta, mette in luce un sacrificio della sfera personale. Rilevante notare il dato che in Italia, un altro 16% di professioniste sottolinea di non aver avuto opportunità proprio per il fatto di essere donna, mentre la percentuale, su questo punto, è ancora più bassa negli altri paesi presenti nella Fems.

Pari opportunità. L'Italia mostra un quadro negativo anche alla domanda "Ritieni che sul posto di lavoro ci sia un pari coinvolgimento delle donne nei posti gestionali e di leadership?". Il 42% delle dottoresse italiane intervistate ha risposto con un secco "No" ed un altro 42% è però fiducioso che ci sia una crescente attenzione su questo tema. Solo il 5% delle olandesi ha risposto "No", e nella maggioranza degli altri Paesi presenti, con una percentuale crescente, ma che non sfiora il grado di disillusione delle dottoresse italiane. Il 51% delle dottoresse della Repubblica Ceca afferma che non ci sono condizioni di pari opportunità nell'accesso alla carriera, ma allo stesso tempo dichiara di essere soddisfatta dal punto di vista professionale. In Portogallo, il 53% pensa

che ci siano pari coinvolgimento e consapevolezza dell'autorità femminile, ma allo stesso tempo solo il 20% è soddisfatto della carriera.

La tutela della condizione femminile. L'ultima domanda pone un interessante spunto di riflessione di natura politico-sindacale. Alla richiesta "Conosci leggi o accordi sindacali che, nella tua opinione, siano positivi per la conciliazione della vita lavorativa con i tempi di cura familiari?" una quota importantissima di intervistate - in Bulgaria addirittura il 100% ed in Turchia l'80% - non conosce e non riporta leggi a tutela della condizione femminile (Cipro del Nord 78%, Repubblica Ceca 77%, Slovenia 71%, Spagna 66%, Italia 60%, Portogallo 58%, Olanda 50%). Queste risposte evidenziano la lacuna di un contesto legislativo insieme alla mancanza di consapevolezza, da parte delle lavoratrici, della cornice normativa entro cui lavorano e operano. In questo caso è fondamentale un'azione di educazione da parte del sindacato stante il fatto che la tutela del lavoratore nasce anche dall'insegnamento di quelli che sono i diritti esercitabili.

Percentuale delle donne che giudicano scarse le condizioni di pari opportunità nell'accesso alla carriera nel proprio Paese

Repubblica Ceca

51%

Italia

42%

Olanda

5%



“

È preoccupante la condizione della Bulgaria che vede un'inversione di tendenza nella classe medica in un contesto in controtendenza per quanto riguarda la composizione di genere e una totale insoddisfazione della categoria



Conclusioni

È inaspettato il grado di soddisfazione delle donne medico in Romania, al quale sicuramente concorre il consistente aumento di stipendio (esattamente il doppio!) che i medici rumeni hanno avuto a partire dal febbraio 2018, grazie ad una importantissima azione di categoria che ha visto tutti i medici aderire in modo compatto ad uno sciopero nella sanità pubblica.

Anche la Repubblica Ceca si rivela un paese dove le donne medico hanno una percezione di benessere legato alla sfera lavorativa (anche se poco remunerato e che rivendica importanti sacrifici). È confortante la condizione della Croazia che vede già la gestione della sanità pubblica in mani parimenti femminili e maschili, ma, nonostante questo, non è stata trovata una soluzione riguardo tempi di lavoro che meglio rispondano alle esigenze di genere. È preoccupante la condizione della Bulgaria che vede un'inversione di tendenza nella classe medica in un contesto in controtendenza per quanto riguarda la composizione di genere e una totale insoddisfazione della categoria. Ed anche la virtuosa Olanda, eccellenza nelle classifiche Euro Health Consumer Index, vede le sue lavoratrici lamentarsi di un welfare che concede congedi parentali troppi brevi ed un accesso al part-time limitato. L'Italia esce sconfitta dal confronto con i paesi Fems, occupando la zona più buia

“

L'Italia esce sconfitta dal confronto con i paesi Fems, occupando la zona più buia

Papa Francesco

“L'aziendalizzazione della sanità ha messo in secondo piano l'attenzione alla persona”



Ma ad essere mortificato è anche “chi ci lavora con turni massacranti e stress”. E ancora, l'obiezione di coscienza va compiuta “con rispetto verso chi la pensa diversamente”.

Sono questi alcuni dei temi toccati da Papa Francesco nel suo incontro con l'Associazione cattolica degli operatori sanitari, che a partire proprio dal tema della deriva aziendalistica dei servizi sanitari ha lanciato un monito anche sulle condizioni di lavoro in sanità.

“La pratica dell'obiezione di coscienza nei casi estremi in cui sia messa in pericolo l'integrità della vita umana, si basa sulla personale esigenza di non agire in modo difforme dal proprio convincimento etico, ma rappresenta anche un segno per l'ambiente sanitario nel quale ci si trova, oltre che nei confronti dei pazienti stessi e delle loro famiglie” ha detto Papa Francesco durante il suo incontro. Una scelta da compiere con rispetto. “La scelta dell'obiezione, tuttavia, quando necessaria, va compiuta con rispetto – ha sottolineato il Pontefice – perché non diventi motivo di disprezzo o di orgoglio ciò che deve essere fatto con umiltà, per non generare in chi vi osserva un uguale disprezzo, che impedirebbe di comprendere le vere motivazioni che ci spingono”.

“È bene invece cercare sempre il dialogo, soprattutto con coloro che hanno posizioni diverse, mettendosi in ascolto del loro punto di vista e cercando di trasmettere il vostro, non come chi sale in cattedra, ma come chi cerca il vero bene delle persone”, ha aggiunto ancora Papa Francesco che è poi tornato sul tema dell'aziendalizzazione e della deriva di mercato della sanità che aveva già toccato in occasione in occasione della giornata mondiale del malato 2018 e 2019: “Lo sforzo di trattare i malati come persone, e non come numeri – ha osservato il Papa - deve essere compiuto nel nostro tempo e tenendo conto della forma che il sistema sanitario ha progressivamente assunto”. “La sua aziendalizzazione – ha sottolineato – che ha posto in primo piano le esigenze di riduzione dei costi e razionalizzazione dei servizi, ha mutato a fondo l'approccio alla malattia e al malato stesso, con una preferenza per l'efficienza che non di rado ha posto in secondo piano l'attenzione alla persona, la quale ha l'esigenza di essere capita, ascoltata e accompagnata, tanto quanto ha bisogno di una corretta diagnosi e di una cura efficace”.

Il sistema sanitario pubblico o privato non può diventare una catena di montaggio. “La guarigione passa non solo dal corpo ma anche dallo spirito, dalla capacità di ritrovare fiducia e di reagire; per cui il malato non può essere trattato come una macchina, né il sistema sanitario, pubblico o privato, può concepirsi come una catena di montaggio. Le persone non sono mai uguali fra loro, vanno capite e curate una per una, come fa Dio: Dio fa così. Questo esige ovviamente da parte degli operatori sanitari un notevole impegno, che spesso non è compreso e apprezzato a sufficienza”, ha affermato il Papa. Che poi si rivolge direttamente agli operatori: “La cura che prestate ai malati, così impegnativa e coinvolgente, esige che ci si prenda cura anche di voi. Infatti, in un ambiente dove il malato diventa un numero, anche voi rischiate di diventarlo e di essere “bruciati” da turni di lavoro troppo duri, dallo stress delle urgenze o dall'impatto emotivo”.

DIFFIDA

Esercitare la libera professione intramoenia è un diritto dei medici e dirigenti sanitari.

Di fronte ai tentativi di scardinare questo diritto ad opera di alcune Regioni che, nel dare applicazione al Piano nazionale per le liste d'attesa, hanno introdotto il potere per le Aziende sanitarie di sospendere unilateralmente l'esercizio della Libera professione intramuraria (Lpi), l'Anaa Assomed ha diffidato i Presidenti delle Regioni, gli Assessori alla salute e i Direttori Generali delle aziende sanitarie dal sospendere la Lpi al di fuori dei casi indicati dalla legge nazionale e dal contratto. In caso contrario l'Associazione metterà in campo tutte le iniziative legali per tutelare i diritti dei colleghi iscritti.

Di seguito il testo della diffida.

PREMESSO CHE

- la legislazione speciale della dirigenza sanitaria, di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, garantisce ai dirigenti medici e sanitari che hanno optato per il rapporto di lavoro esclusivo, il diritto soggettivo "all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione..." (v. art. 15-quinquies, comma 2, lett. a), D.lgs. n. 502 del 1992);
- la medesima normativa, al fine di assicurare un "corretto ed equilibrato rapporto" tra attività libero professionale e attività istituzionale e di "concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa", stabilisce che la libera professione non può comportare un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali, demandando esclusivamente alla disciplina contrattuale nazionale la definizione del corretto equilibrio tra le due tipologie di attività nel rispetto di determinati principi di legge;
- nello specifico, l'art. 15-quinquies, comma 3, del D.lgs. n. 502/92, dispone che "La disciplina contrattuale nazionale definisce il corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi: l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali ed i tempi di attesa concordati con le équipe; l'attività libero professionale è soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sono individuate penalizzazioni, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni di cui al presente comma o di quelle contrattuali";

L'ANAAO DIFFIDA REGIONI E DIRETTORI GENERALI CONTRO IL BLOCCO DELLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA



CARLO PALERMO
Segretario
nazionale
Anaa Assomed

- inoltre, la Legge 3 agosto 2007, n. 120 (recante “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”) nel fissare i principi che le Regioni devono seguire per disciplinare il corretto esercizio dell’Alpi, individua tra questi, da un lato, la “prevenzione delle situazioni che determinano l’insorgenza di un conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale e fissazione delle sanzioni disciplinari e dei rimedi da applicare in caso di inosservanza delle relative disposizioni, anche con riferimento all’accertamento delle responsabilità dei direttori generali per omessa vigilanza;” e dall’altro, “il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell’ambito dell’attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest’ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell’organizzazione dei servizi resi nell’ambito dell’attività istituzionale” (art. 1, comma 4, lett. e) ed f), Legge 120/2007);
- le richiamate disposizioni legislative che regolano la libera professione sanitaria intramuraria, così come più volte affermato dalla Corte Costituzionale (v. sentenze n. 301 del 2013, n. 371 del 2008 e n. 181 del 2006), rientrano nella materia concorrente «tutela della salute» e costituiscono principi fondamentali dell’ordinamento ai sensi dell’art. 117 Cost., la cui individuazione è riservata alla legislazione statale;
- coerentemente con le norme di legge, la contrattazione collettiva della dirigenza medica e sanitaria – dopo aver previsto che l’attività libero professionale intramuraria si svolge secondo le modalità stabilite dalle aziende nel rispetto dei criteri generali fissati dal Ccnl - dispone che l’esercizio dell’Alpi “non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell’azienda e lo svolgimento deve essere organizzato in modo tale da garantire l’integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi. A tal fine, l’attività libero professionale intramuraria non può globalmente comportare, per ciascun dirigente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali”. Per rendere effettivo tale limite, “l’azienda negozia in sede di definizione annuale di budget, con i dirigenti responsabili delle équipe interessate, nel rispetto dei tempi concordati, i volumi di attività istituzionale che devono essere comunque assicurati in relazione alle risorse assegnate. Di conseguenza concorda con i singoli dirigenti e con le équipe interessate i volumi di attività libero-professionale intramuraria che, comunque, non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati, prevedendo appositi organismi paritetici di verifica ed indicando le sanzioni da adottare in caso di violazione di quanto concordemente pattuito” (v. art. 54, commi 3 e 4, Ccnl 8.6.2000);
- dal descritto quadro normativo si evince che: a) il corretto rapporto tra i volumi di attività istituzionale e quelli di attività Lpi, così come i tempi d’attesa richiesti per l’esecuzione delle prestazioni, sono definiti sulla base di una procedura negoziata tra azienda e dirigenti che tiene conto delle risorse assegnate alla singola struttura; b) la sospensione del diritto all’esercizio dell’Alpi del singolo dirigente può applicarsi solo sulla base di un’accertata violazione dei limiti fissati dalla contrattazione collettiva e dai regolamenti aziendali per il corretto esercizio della libera professione, sicché presuppone un inadempimento del dirigente il cui accertamento deve essere oggetto di procedimento disciplinare;

CONSIDERATO CHE

- il recente Piano nazionale di governo delle liste d’attesa per il triennio 2019-2021 (Pngla), nel dettare le linee di intervento che le singole Regioni devono rispettare nell’adozione dei propri piani regionali, ha disposto l’attuazione del c.d. blocco dell’attività libero professionale intramuraria in caso di superamento del rapporto tra l’attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi individuati dalle disposizioni regionali;
- nel recepire la predetta Intesa, diverse Regioni, hanno introdotto il potere per le Aziende sanitarie di sospendere unilateralmente l’esercizio della libera professione intramuraria dei dirigenti sanitari, nei casi in cui si verifichi uno squilibrio tra le liste di attesa per l’attività istituzionale e quelle per l’Alpi e/o di superamento dei tempi di attesa massimi stabiliti nei piani regionali di governo delle liste d’attesa in assenza di negoziazione tra le parti;
- tali misure sono da ritenersi illegittime in quanto limitano il diritto soggettivo del dirigente medico all’esercizio della libera professione intramuraria al di fuori dei casi e delle condizioni stabiliti dalla legge e dalla contrattazione collettiva, introducendo arbitrariamente una fattispecie sanzionatoria, quale la sospensione dell’Alpi, non correlata a una specifica condotta colposa del dirigente, ma condizionata da possibili fattori esterni ed eteroimposti al rapporto di lavoro, come ad esempio la carenza di risorse umane per garantire le prestazioni istituzionali, le disfunzioni organizzative nella gestione delle liste d’attesa, la mancata programmazione e pianificazione dei fabbisogni in relazione ai volumi prestazionali richiesti per l’esecuzione delle prestazioni, ecc;
- le disposizioni inserite in un atto d’intesa Stato-Regioni costituiscono norme di rango secondario rispetto alla norma primaria di cui essi sono attuazione, per cui le stesse non possono limitare o ledere i diritti soggettivi riconosciuti dalla legge e, nel caso di specie, escludere il diritto all’esercizio della Lpi in contrasto con la disciplina dettata dalla fonte superiore;
- per tali ragioni, l’attuazione in concreto delle disposizioni regionali sul blocco della Lpi da parte delle singole aziende sanitarie, costituirebbe un illecito contrattuale con conseguente obbligo risarcitorio per i danni patrimoniali subiti dai dirigenti, anche a titolo di perdita di chance.

Tanto premesso e considerato, l’Anaa Assomed

DIFFIDA

dal sospendere l’attività libero professionale intramuraria dei dirigenti medici e sanitari in regime esclusivo al di fuori dei casi indicati dalla legge nazionale e dalla contrattazione collettiva, con avviso che in difetto darà impulso alle opportune iniziative legali a tutela dei diritti dei propri iscritti.

Assunzioni, superamento del tetto per il salario accessorio e validità triennale per le graduatorie dei concorsi

Assunzione di specializzandi all'ultimo anno medici e dirigenti sanitari, cancellazione del tetto per il salario accessorio e allungamento della validità delle graduatorie. E ancora, possibilità di scelta del Commissario straordinario tra coloro che sono comunque risultati idonei nelle procedure selettive della formazione dell'elenco nazionale, e legare il compenso aggiuntivo previsto per l'incarico di Commissario straordinario esclusivamente ad un risultato conseguito in relazione agli obiettivi assegnati, portando il termine per la verifica da sei a nove mesi. È quanto ha chiesto l'Anaa Assomed negli emendamenti presentati nel corso dell'audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera.

Assumere specializzandi all'ultimo anno non solo medici, ma anche dirigenti sanitari

Con il primo emendamento proposto si intende estendere le previsioni dell'articolo 1, commi 547 e 548 della legge 30/12/2018, n. 145, legge di bilancio per il 2019 (ovvero la possibilità per i medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso di essere ammessi alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario) anche ai veterinari odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso, ciò al fine di consentire anche a loro, come già previsto per i medici evitando in tal modo una disparità di trattamento, di poter partecipare alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita, con collocazione in una graduatoria separata rispetto a quelli con specializzazione risultati idonei nella procedura concorsuale. L'assunzione a tempo indeterminato è comunque condizionata

al conseguimento del titolo di specializzazione e al previo esaurimento della graduatoria degli già specialisti alla data di scadenza del bando. Si è ribadito, peraltro, che tale previsione inserendosi nelle disposizioni vigenti non comporta maggiori oneri.

Salario accessorio: via il tetto

Si è quindi tornati a parlare dell'interpretazione dell'articolo 23 del d.lgs. 75/2017 e salario accessorio, con un emendamento che prevede il superamento del tetto fissato da quest'ultimo. Difatti il rinnovo dei contratti di lavoro del pubblico impiego non può prescindere dal ripristino delle risorse previste dai vigenti contratti di lavoro per la remunerazione dell'incremento della produttività e dell'efficienza nonché per la valorizzazione del merito e del disagio lavorativo; diversamente non potrebbe avere luogo di fatto un'efficace contrattazione decentrata sui luoghi di lavoro. L'articolo 23 del D.lgs. 25 maggio 2017, n. 75, però, impedisce di fatto di recuperare risorse derivate dai pensionamenti per riutilizzarle al fine

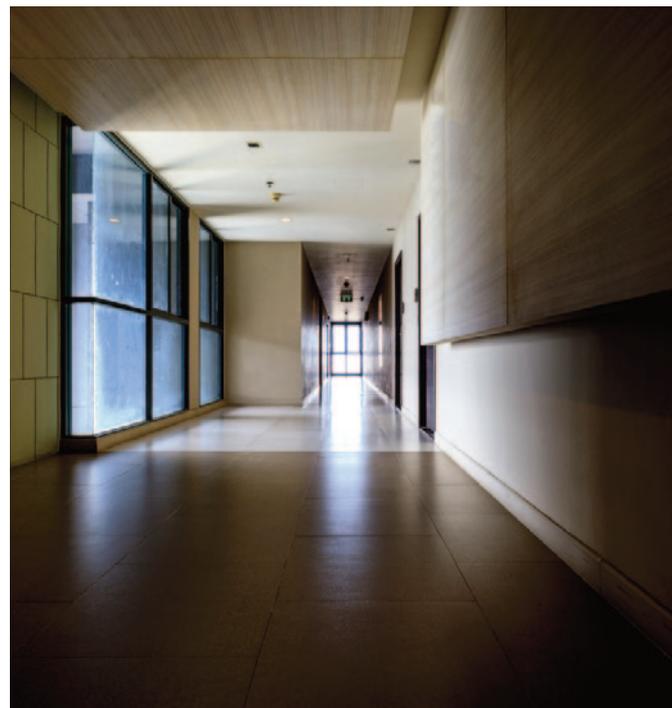


di incrementare l'efficienza lavorativa, premiare le migliori professionalità e compensare i lavori più disagiati. Si sottolinea inoltre come il D.lgs. 75/2017 non sia una legge di bilancio e pertanto non prevede coperture o risparmi collegati. Pertanto la modifica proposta non determina effetti finanziari. Il D.lgs. 75/2017 ha chiaramente un carattere temporaneo che l'attuale dispositivo non specifica, rischiando di perdurare nel tempo, cosa che avviene da due anni. La norma in questione inoltre dichiara che le risorse ottenute con l'applicazione del tetto sono finalizzate alla progressiva armonizzazione dei trattamenti economici accessori. È un dato di fatto che tale armonizzazione si è trasformata in un taglio radicale senza prevedere il riutilizzo delle risorse. La norma sta già determinando notevole contenzioso che paradossalmente determina maggiori oneri per la finanza pubblica. Anche questa proposta non determina nuovi oneri a carico della finanza pubblica ma si limita alla corretta allocazione delle risorse già esistenti dalla parte fondamentale a quella accessoria del monte salari.



“

Le proposte emendative assicurano l'effettivo ricambio generazionale e una migliore organizzazione del lavoro nell'ambito del Ssn, nonché, in via prioritaria, rispondono all'esigenza costituzionale di tutelare la salute all'interno di un sistema pubblico efficiente ed efficace



Graduatorie

Da ultimo, ma non per importanza, un passaggio necessario ancora sulla capacità di assumere da parte degli Enti del Ssn con la proposizione di emendamenti che hanno la finalità di attivare selezioni concorsuali per tutti i posti che si renderanno vacanti a fronte della previsione di un esodo del personale medico verso la quiescenza. Anaaò ribadisce che al fine di ridurre costi e tempi sarebbe opportuno che le graduatorie concorsuali fossero valide almeno sull'ambito regionale per il periodo di legge di tre anni. È opportuno rammentare che l'accesso alla dirigenza, ivi compresa quella del Ssn, avviene attraverso i concorsi e tale tema è strettamente legato alle graduatorie e alla loro validità almeno triennale. In particolare va osservato che il decreto semplificazioni ha operato, a breve distanza dall'approvazione della legge di bilancio, un intervento legislativo sul personale della Sanità, spostando di un anno la novità in tema di graduatorie concorsuali (1 gennaio 2020).

La locuzione contenuta nel comma 361 esprime la volontà del legislatore di non

utilizzare le graduatorie per l'aumento dei posti per le amministrazioni pubbliche assumendosi la responsabilità che nel caso di nuove esigenze assunzionali, il concorso debba essere ribandito ex novo, con tutte le ripercussioni organizzative, temporali e soprattutto finanziarie che ne conseguono. Questa interpretazione porterebbe per il Ssn effetti devastanti proprio perché si rischierebbe di interrompere l'assistenza, bloccare i servizi e non tutelare la salute. Doppio danno dunque, non solo per gli operatori del Ssn che fanno parte, pur nel rispetto della loro specificità e specialità del pubblico impiego, ma anche per la collettività intera.

Le proposte emendative assicurano l'effettivo ricambio generazionale e una migliore organizzazione del lavoro nell'ambito del Ssn, nonché, in via prioritaria, rispondono all'esigenza costituzionale di tutelare la salute all'interno di un sistema pubblico efficiente ed efficace. Anche queste richieste comporterebbero dunque un risparmio in termini finanziari.

Conclusioni

L'Anaaò Assomed ha proposto una riflessione sulla situazione in Calabria, presentando alcuni emendamenti 3 del testo "Commissari straordinari di enti del Ssr" con la finalità di prevedere la possibilità di scelta del Commissario straordinario tra coloro i quali sono comunque risultati idonei nelle procedure selettive della formazione dell'elenco nazionale, di legare il compenso aggiuntivo previsto per l'incarico di Commissario straordinario esclusivamente ad un risultato conseguito in relazione agli obiettivi assegnati (nulla quindi è dovuto in caso di valutazione negativa), ed ancora modificando il termine indicato per la verifica innalzandola da sei mesi a nove, non essendo il termine inferiore congruo alla complessa azione di risanamento.

Discriminazioni,
rischio paralisi e
ampliamento del precariato.

IGNORATA LA CARENZA DEI MEDICI

Con tre provvedimenti legislativi nell'arco di tre mesi è stata modificata la normativa per le assunzioni tramite graduatorie concorsuali



**GIORGIO
CAVALLERO**
Segretario
generale Cosmed

Prima puntata: nella legge di bilancio (art. 1 comma 300 e 360 della legge 145 del 30 dicembre 2018) si ipotizzano i futuri concorsi in forma unificata previa determinazione dei piani di fabbisogno di ciascuna amministrazione con concorsi unici, organizzati dalla Funzione Pubblica anche in forma "semplificata" secondo un decreto della Funzione Pubblica che sarebbe dovuto essere emanato entro sessanta giorni (tempo già scaduto) e che porterà anche superare la mobilità come procedura preventiva per l'espletamento del concorso.

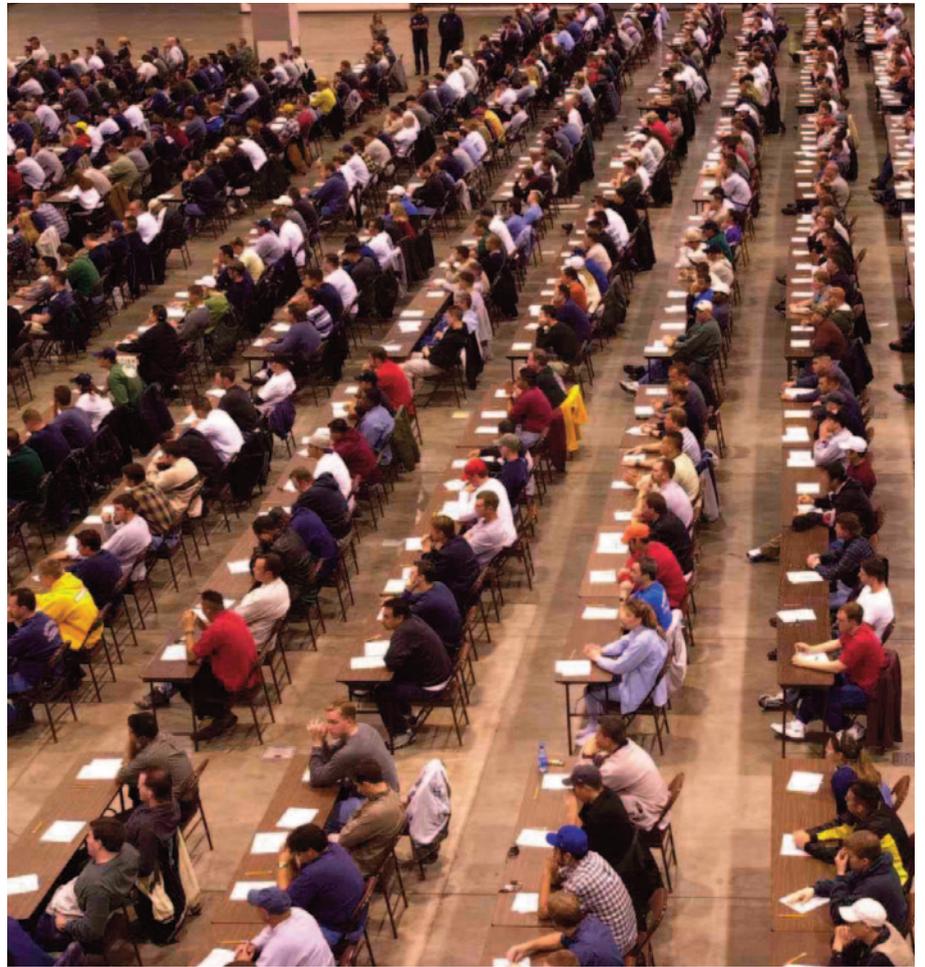
Le altre novità riguardavano il fatto che i concorsi futuri non avranno più una graduatoria di idonei ma saranno utilizzate esclusivamente per la copertura dei posti messi a concorso (comma 361).

Decadono gradualmente tutte le graduatorie secondo un calendario sancito al comma 362 e vengono abrogate le relative leggi (commi 363 e 364).

Queste nuove regole non valgono però per tutto il pubblico impiego: infatti al comma 366 si afferma che le nuove norme non si applicano alle assunzioni del personale scolastico, inclusi i dirigenti, e del personale delle istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica.

La coreutica è l'arte della danza.

Per queste categorie non decadono le graduatorie e tutto resta come prima. Nessuna sensibilità per l'assunzione dei medici la cui carenza dovrebbe essere nota, concorsi ad uno ad uno, senza



graduatoria da cui attingere in caso di bisogno e dei previsti 35mila pensionamenti.

Dopo la legge di bilancio si è aperto il dibattito se la norma fosse applicabile al sistema delle autonomie e del Servizio sanitario nazionale.

Una parte degli autori riteneva la norma non vincolante per autonomie Ssn. Non sappiamo con quale intenzione, ma nel decreto semplificazioni si assiste alla seconda puntata: si introduce una norma specifica (art. 9 bis comma 1 lettera a) della legge 11 febbraio 2019, n. 12) "le previsioni di cui ai commi 361, 363 e 364 si applicano alle procedure concorsuali per l'assunzione di personale medico, tecnico professionale e infermieristico, bandite dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale a decorrere dal 1° gennaio 2020".

Dunque una proroga di un anno ma anche l'affermazione esplicita che la norma si applica al Servizio sanitario nazionale.

Non è finita: nella conversione in legge del decretone quota 100 e reddito di cittadinanza (art. 14-ter Legge 28 marzo 2019, n. 26), va in onda una terza puntata: si introduce un articolo la cui congruenza con la materia prevido-assistenziale è perlomeno dubbia: "Utilizzo delle graduatorie concorsuali per l'accesso al pubblico impiego".

In esso si afferma oltre ai posti banditi a concorso le graduatorie sono utili per i posti che: "Si rendono disponibili, entro i limiti di efficacia temporale delle graduatorie medesime, fermo il nume-

ro dei posti banditi e nel rispetto degli ordini di merito, in conseguenza della mancata costituzione o dell'avvenuta estinzione del rapporto di lavoro con i candidati dichiarati vincitori".

Inoltre il Governo ha legiferato per estendere l'esenzione della nuova norma e il mantenimento degli idonei e delle graduatorie non solo per il personale scolastico, alta formazione artistica, musicale e coreutica ma anche per il personale "educativo anche negli enti locali".

Un emendamento proposto da Cosmed per estendere anche al personale del Ssn, viste le note difficoltà di reperimento, il mantenimento di idonei e graduatorie è stato dichiarato inammissibile (vedi allegati) per estraneità di materia, quando proprio il Governo ha inserito la materia nel contesto del decretone e riconosciuto ad ulteriori categorie l'esenzione dalla nuova normativa.

Non sappiamo se le Regioni, notoriamente gelose delle loro prerogative, inoltreranno ricorsi alla Consulta.

Certamente quanto a discriminazioni, incongruenze e rimaneggiamenti in solo tre mesi si è assistito ad un balletto certamente degno dell'arte della danza. Nel frattempo se le oltre 250 aziende sanitarie dovranno fare i concorsi senza lista di idonei si assisterà ad un ulteriore ricorso al precariato, nelle more di una normativa concorsuale diventata ancora più lunga, rigida e costosa.

Auspichiamo una necessaria quarta puntata stavolta con un lieto fine.

Crisi dell'Emergenza Urgenza: primi tentativi per il suo superamento in quattro mosse

1

Fabbisogni

“Obiettivo prioritario -per le Aziende- la copertura degli organici” atta a garantire “attività e funzionamento della rete di Emergenza-Urgenza”. Dato l'impegno sancito all'interno del protocollo di condividere un metodo per la definizione dei fabbisogni entro i primi mesi del 2019, il nostro sindacato ha inviato le sue indicazioni, stilate dal tavolo tecnico Anaa Emilia Romagna e condivise all'interno della commissione nazionale. Sempre all'interno del protocollo si sollecita la “programmazione serrata di concorsi per assunzioni a tempo indeterminato rivolti in primis agli specialisti Meu e agli equipollenti e affini, coordinati con le sessioni universitarie di specializzazione”. Vi sarà inoltre “l'impegno della regione ad attivarsi a livello nazionale per far partecipare alle selezioni anche chi possiede una specialità non affine, ma con esperienza consolidata (e ce ne sono, ndr) favorendone quantomeno l'assunzione a tempo determinato”. Nel frattempo “occorrerà stipulare nuovi contratti con medici dell'emergenza territoriale, organizzando appositi corsi”. Si potrà infine ricorrere a medici in formazione specialistica ai sensi dell'art. 40 D.Lgs 368/99, nel rispetto delle normative sull'orario di lavoro, acquistando prestazioni aggiuntive in libera professione intramoenia. Quanto successivamente disposto dai commi 547 e 548 della finanziaria 2019, ovvero la possibilità di partecipazione degli specializzandi all'ultimo anno ai concorsi per assunzione nel SSN, seppur in graduatorie separate, offre ulteriore linfa vitale al sistema.

Da quando Anaa Assomed si è presa la briga di lanciare l'allarme sulla drammatica carenza di personale medico specialista, negli ospedali in genere ed in alcune discipline in particolare, stiamo assistendo ad un crescendo di articoli, comunicati, minacce più o meno agite, esposti, ricorso a soluzioni fantasiose spesso al limite se non della legalità, quantomeno della legittimità e dell'opportunità.

Richiamare in servizio un pensionato, confligge con i bisogni di un paese che deve crescere grazie all'impegno dei suoi giovani professionisti. Contrattualizzare personale neo-laureato svislisce le prospettive di crescita formativa e di carriera di questi giovani colleghi, oltre a ridurre inevitabilmente il diritto ad una cura di qualità in uno degli ambiti strategici del sistema sanità. Nelle ultime settimane, la drammaticità del fenomeno è sotto gli occhi di tutti. Alcune realtà regionali sembrano risultare più critiche di altre, con percentuali di esodo apocalittiche e, purtroppo, determinate non solo dai pensionamenti. In Emilia Romagna non siamo fuori dal problema, anzi, ed anche qui le soluzioni prospettate in estrema ratio non si discostano da quanto tristemente noto. Esiste però a nostra seppur limitata tutela, un protocollo condiviso tra regione e sindacati nella seconda metà del 2018 e firmato a gennaio dall'assessore alle politiche per la salute, che definisce alcuni capisaldi da esportare a livello aziendale, in grado di porre un argine alla totale deregulation invocata da alcuni in que-



ESTER PASETTI
Segretaria Anaa
Regione Emilia
Romagna

2

Organizzazione

Il ricorso, esclusivamente su base volontaria, alla job rotation secondo criteri “definiti a seguito del confronto con le organizzazioni sindacali”. Da effettuarsi tra medici di PS di grandi e piccoli poli ospedalieri, questi ultimi per ovvie ragioni meno attrattivi. Lo scambio consentirebbe da un lato di cimentarsi su casistiche migliori, dall'altro di lavorare con minore pressione. Un ulteriore suggerimento dato dal protocollo, è quello di affiancare, pur nella separazione ed attraverso protocolli definiti localmente, gli ambulatori di continuità assistenziale ai PS.

3

valorizzazione

Del lavoro dei colleghi dell'emergenza urgenza attraverso alcuni istituti contrattuali quali art. 18 Ccni 11/2005 (guardie a 480 euro) e art. 57 Ccni 6/2000 (perequazione). Ancora, l'uso, in sede di contrattazione decentrata, di risorse disponibili come forma di incentivazione e premialità a modelli organizzativi innovativi per il miglioramento della rete dell'emergenza urgenza. Sempre in relazione a questo argomento, prevedere forme di crescita professionale, attraverso l'assegnazione di incarichi correlati al miglioramento del sistema.

4

Formazione

Impegno alla massima implementazione di contratti di formazione in Medicina dell'Emergenza Urgenza. L'impegno delle Aziende non sede di scuola di specializzazione, ma rispondenti ai criteri di accreditamento, ad affiancare gli atenei per massimizzare la frequenza dei medici in formazione nei presidi sede di Dipartimento di Emergenza Urgenza. Tutto questo, non sta portando e non porterà alla soluzione di un problema di così grande proporzione, ma è sicuramente una garanzia per i medici impegnati quotidianamente nel lavoro e per i cittadini che si rivolgono in massa alle strutture del SSN, di ottenere la migliore risposta di salute possibile. Per quanto ci riguarda, valuteremo in corso d'opera la bontà e la fattibilità di questa iniziativa.

Intramoenia



Libera Professione intramuraria: è causa dell'allungamento delle liste d'attesa o capro espiatorio?

Con il termine di libera professione intramuraria, detta anche "intramoenia", si fa riferimento a prestazioni di natura professionale erogate al di fuori del normale orario di lavoro, dei turni di pronta disponibilità e di guardia medica, nonché di ogni altra attività che debba essere istituzionalmente assicurata. I professionisti che scelgono di prestare la propria opera in tale regime utilizzeranno le strutture ambulatoriali e diagnostiche del Sistema sanitario nazionale (Ssn) stesso, a fronte del pagamento all'Amministrazione pubblica, da parte del paziente, di una tariffa della quale, una determinata percentuale, verrà poi percepita dal professionista stesso.



SILVIA PORRECA
Responsabile
Anaao Giovani
Puglia



VINCENZO COSENTINI
Responsabile
Anaao Giovani
Veneto

L'esercizio dell'attività professionale intramuraria non deve, per definizione, essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e lo svolgimento di tale attività è subordinato alla garanzia di integrale assolvimento dei compiti di istituto e di piena funzionalità dei servizi.

Pertanto, l'attività libero professionale intramuraria non può globalmente comportare, per ciascun dirigente, un volume di prestazioni od un volume orario superiore a quello fornito per i compiti istituzionali.

La sua istituzione e regolamentazione risale ad un quarto di secolo fa, quando con il D.lgs. 517 del 1993 furono normate le caratteristiche del rapporto di lavoro cosiddetto "esclusivo" dei dirigenti sanitari, stabilendo che questo comportasse la "totale disponibilità nello svolgimento delle funzioni dirigenziali attribuite dall'Azienda, nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza, con impegno orario contrattualmente definito".

La salvaguardia del diritto alla salute,

costituzionalmente riconosciuta, trova infatti la sua espressione qualificante nel diritto da parte del cittadino alla libera scelta delle cure, del medico da cui farsi assistere e nella garanzia della continuità delle cure, nel rispetto dei reali bisogni assistenziali e del rapporto di fiducia caratteristica ineludibile e propria del rapporto medico-paziente.

La regolamentazione del complesso fenomeno della libera professione intramuraria trova fondamento in una svariata produzione normativa, stratificata nel tempo, ed è per definizione basata sui principi di trasparenza, correttezza e liceità. La delicata questione ha indotto il Legislatore ad intervenire reiteratamente con l'obiettivo prioritario di garantire, attraverso l'individuazione di idonee misure ed adeguati strumenti, il corretto esercizio della libera professione stessa, in conformità alle finalità proprie che la caratterizzano, riconducibili essenzialmente alla necessità di assicurare la scelta fiduciaria del medico e di valorizzare le professionalità.

Sono molteplici gli emendamenti di Legge che fanno riferimento alla questione: dalla legge n. 120 del 3 agosto 2007, "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" all'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 18 novembre 2010 concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale (rep. atti n. 198/Csr); fino al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

Tale decreto rappresenta, poi, l'ultimo importante intervento del legislatore in materia di riforme, con l'obiettivo di adeguare i diversi sistemi regionali e aziendali alle mutate disposizioni di carattere organizzativo e gestionale, mediante l'adozione di nuovi impegni e grazie allo sforzo comune degli attori istituzionali coinvolti.

L'attività di verifica della produttività intramoenia prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 decreta una responsabilità dunque diretta delle Regioni oltre che delle singole amministrazioni nel controllo dello svolgimento della libera professione e sancisce nello specifico, che:

- Le Regioni stabiliscano le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale, al fine di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale ed all'attività libero-pro-

fessionale, nonché dell'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale definendo anche le eventuali relative misure sanzionatorie.

- Le Regioni istituiscano appositi organismi paritetici di verifica con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Dunque la normativa in vigore da tempo è in grado di tutelare da più parti il diritto alla salute del cittadino ed alla libertà di cura espressa di cui si è detto. In questo contesto legislativo che potremmo definire "garantista" non trovano spazio, a nostro avviso, i continui attacchi che, da più parti e da diversi fronti, vengono ciclicamente fatti alla "libertà del cittadino" di scelta del medico, che nella libera professione trova una delle sue massime espressioni.

Negli ultimi tempi, in particolare, è sempre più evidente una tendenza alla delazione gratuita del lavoro svolto in libera professione intramuraria da parte di Istituzioni e mass media, utilizzando questo come capro espiatorio per coprire defianze della programmazione sanitaria e che si traducono nell'annosa questione delle liste d'attesa della pubblica amministrazione. Sovente, appunto, la libera professione intramuraria è stata additata come principale causa dell'allungamento delle liste d'attesa stesse, sottintendendo dunque una sorta di "malafede" nel ricorso a tale attività da parte dei professionisti che, dunque, agirebbero nel proprio interesse a scapito del cittadino.

Da quanto sopra detto, tali accuse sono evidentemente del tutto infondate, volendo attribuire al professionista un tale potenziale ruolo sull'abbattimento delle liste d'attesa pubbliche che egli stesso non può possedere, essendo le stesse determinate da ben altri elementi nei confronti dei quali si cerca di distogliere evidentemente l'attenzione mediatica.

Ci riferiamo alle ben note questioni che questo sindacato ha denunciato più volte quali la carenza di medici specialisti, frutto di una programmazione inadeguata del numero di borse di specializzazione, al gap generazionale ormai attuale legato alla fuoriuscita dal sistema sanitario pubblico di migliaia di medici ospedalieri che si pensionano per raggiungimento d'età o per quota 100, blocco del turn-over, blocco decennale dei contratti collettivi di lavoro, etc.

Tutte queste questioni che ribadiamo motivano nella quasi totalità dei casi l'incapacità di abbattimento delle succitate liste d'attesa, appaiono evidente-

mente meno "attraenti" dal punto di vista mediatico del puntare il dito su di una categoria quale quella medica, "colpevole" a livello sociale di non poter garantire il servizio stesso.

Non più tardi di giugno 2018 eravamo intervenuti come sindacato Anaao in risposta alla proposta della Ministra della salute, Giulia Grillo, che proponeva di mettere un freno al doppio lavoro degli operatori sanitari, sottolineando che ciò avrebbe comportato un impedimento alla libera scelta di cura dei pazienti ed un danno economico agli operatori sanitari. Sempre recenti dichiarazioni in merito alla libera professione intramoenia hanno fatto scalpore, come quelle del Presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi: *"In sanità basta con la libera professione, fonte di disuguaglianza e di corruzione", "bisogna fare una cosa davvero di sinistra: abolire la libera professione intramoenia"*. Il Presidente, basandosi sulla libertà decisionale data alle Regioni dallo Stato, proponeva dunque di modificare le norme contenute in leggi statali e in contratti collettivi nazionali di lavoro attraverso una legge a valenza regionale, prevedendo una sorta di acquisto, da parte della Regione, di almeno metà del tempo che il professionista dedicava settimanalmente alla libera professione (ovvero 5 ore), per utilizzarlo come attività aggiuntiva del medico ed evitare che i cittadini dovessero pagare per una prestazione privata. Ciò, come affermato dal Segretario nazionale dell'Anaao, Carlo Palermo, avrebbe comportato importanti elementi di criticità politica oltre che di illegittimità giuridica. Inoltre, alla luce di quello che in questi giorni sta avvenendo nelle Marche, dove la mancanza di fondi per remunerare tali prestazioni aggiuntive sta comportando la disdetta delle prenotazioni da parte della Azienda sanitaria per rinuncia alla disponibilità extra oraria da parte dei professionisti, dimostra come, evidentemente, la pratica sia stata purtroppo fallimentare.

I numeri della libera professione sono stati snocciolati più volte dal nostro sindacato e dimostrano che la demonizzazione attuata dai politici di turno nei confronti di questa istituzione è sterile ed infondata: i ricoveri ospedalieri in regime di libera professione rappresentano lo 0,3% dei ricoveri totali, mentre le prestazioni ambulatoriali in intramoenia ne rappresentano il 7% del totale». Inoltre spesso si tende a non "ricordare" che la libera professione intramuraria rappresenta comunque un ricavo per il Ssn: nell'ambito della singola prestazione specialistica, il 35% circa viene lasciato in Azienda dove la prestazione viene erogata andando a costituire un fondo dal quale potrebbe-

ro essere pagate tra le altre cose, le prestazioni in orario aggiuntivo per l'abbattimento delle liste stesse. L'istituzione dell'intramoenia permette, come detto in passato anche dal Presidente dell'Anaao, Costantino Troise, di intercettare e mantenere all'interno delle strutture una fetta consistente di spesa, con un ricavo per le aziende sanitarie che non è da disdegnare, tentando di ridurre la fetta di spesa privata per prestazioni sanitarie che negli anni ha subito un aumento rilevante e preoccupante fino a raggiungere ormai un 25% della spesa totale. Da una relazione dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero professionale nel 2009, ad esempio, vi erano stati utili per il Ssn per 160 milioni di euro, fino ai circa 300 milioni del 2018. Il resto è soggetto poi a tassazione ordinaria.

Come principale sindacato di categoria dunque, riteniamo che sarebbe opportuno, da parte delle Istituzioni e delle singole amministrazioni, focalizzare l'attenzione sui veri problemi del sistema sanitario pubblico italiano, sulle vere cause dell'allungamento delle liste d'attesa, che richiedono investimenti urgenti e ristrutturazioni programmatiche decise. L'istituzione della libera professione intramuraria, così come è, merita sicuramente un restyling, va, ad esempio, rafforzata di molto l'azione di controllo e verifica da parte delle Regioni sull'attività intramoenia, a partire dall'immediata istituzione in tutte le Regioni dell'Organismo Paritetico di verifica (in atto al momento solo in 11 Regioni) con la garanzia della partecipazione dei Rappresentanti delle Organizzazioni civiche e dei pazienti.

Andrebbero inoltre migliorati e creati degli spazi idonei e sufficienti all'interno delle Aziende, anche per assicurare il monitoraggio (effettivo) e la trasparenza nei comportamenti professionali, organizzativi, economici. La carenza di queste infrastrutture, numeri alla mano, non può concretamente essere un alibi per il Governo.

In conclusione, ciò che resta auspicabile è che non faccia più "scalpore" il lavoro che un professionista, peraltro già ampiamente sovraccarico di ore non pagate, fornisce al di fuori del proprio orario di lavoro, quanto piuttosto ci si aspetta una maggiore attenzione delle Istituzioni ai reali problemi che sottendono alla questione, tra le quali la mancanza di 25000 medici specialisti, e che tali condizioni si inizino a denunciare con forza anche a livello mediatico. Fare dunque una corretta programmazione delle risorse perché si possa intervenire al più presto per risolvere la problematica alla radice, nell'interesse primario della salute del cittadino.

“

I numeri della libera professione sono stati snocciolati più volte dal nostro sindacato e dimostrano che la demonizzazione attuata dai politici di turno nei confronti di questa istituzione è sterile ed infondata: i ricoveri ospedalieri in regime di libera professione rappresentano lo 0,3% dei ricoveri totali, mentre le prestazioni ambulatoriali in intramoenia ne rappresentano il 7% del totale

Ricoveri ospedalieri in regime di libera professione

0,3%

dei ricoveri totali

Prestazioni ambulatoriali in intramoenia ne rappresentano

7,0%

del totale



La riorganizzazione della microbiologia clinica nel Ssn: problemi e prospettive

Le Società scientifiche della medicina di laboratorio, nel più ampio scenario della riorganizzazione del Ssn, stanno adeguando il loro ruolo passando dalla prevalente elaborazione di linee guida o Consensus diagnostici, ad una più concreta analisi della realtà oggettiva del lavoro quotidiano dei propri aderenti al fine, in sinergia con il sindacato di categoria, di migliorarne il ruolo e accrescerne le capacità professionali in un'ottica olistica della disciplina che rappresentano

L'Associazione microbiologi clinici italiani (Amcli) ha presentato la nuova edizione (2019) delle "Linee di indirizzo per la riorganizzazione dei servizi di microbiologia nel Sistema sanitario nazionale" partendo dal presupposto che il ruolo del microbiologo è centrale in molte fasi del percorso clinico, diagnostico e terapeutico del paziente e pertanto è necessario accrescerne la professionalità, e che inoltre la significativa riduzione delle risorse disponibili in ambito sanitario ed il conseguente impatto sulla diagnostica di laboratorio, comporta la necessità di economie di scala, anche a causa dell'aumentata complessità della disciplina. Le unità operative di microbiologia e virologia autonome sono ormai, per effetto del ridimensionamento delle strut-

ture complesse, poco più di cinquanta, tra ospedaliere ed universitarie, con circa duemila addetti. Vi sono poi innumerevoli laboratori di analisi cliniche in cui vengono effettuate analisi microbiologiche. Il numero elevato di questi ultimi tipi di laboratori, è uno dei motivi che ha portato ad un progetto di riorganizzazione. I laboratori misti sono qualche migliaio, al loro interno si effettuano esami di chimica clinica, ematologia e microbiologia, ma non vi troviamo un'identità professionalmente definita sia per il tecnico che per il microbiologo. Si assiste a una parcellizzazione delle indagini, con laboratori che effettuano molte indagini e altri che ne effettuano un numero limitato. Ciò non ha molto senso, sia dal punto di vista economico che da quel-

lo delle risorse umane e strumentali. In questo periodo queste tre risorse scarseggiano, ed è questo il motivo per cui riteniamo che questa tipologia di laboratori non possa più sopravvivere come tale, la soluzione è concentrarli. In secondo luogo c'è poco sviluppo professionale di disciplina poiché un medico o un biologo, specializzato in microbiologia e virologia, che svolge l'attività in un laboratorio misto esegue tutte le analisi mentre in un laboratorio di microbiologia vedrebbe la sua professionalità e competenza aumentare in quanto si troverebbe ad affrontare ed apprendere le metodologie per effettuare tutte le tipologie di esami microbiologici e non solo il ristretto numero che vengono eseguiti nelle unità di analisi miste. La proposta di riorganizzazione nasce anche da questo, proprio per professionalizzare al meglio gli specialisti, non solo di microbiologia, perché è auspicabile che anche le altre discipline di Medicina di laboratorio vadano in questa direzione non dimenticandoci che la carenza di risorse umane, mancando il necessario turn over, rende difficile la gestione territoriale dei laboratori.

L'avanzamento delle conoscenze tecniche e scientifiche nella diagnostica delle malattie infettive, gli sviluppi della biologia molecolare e delle biotecnologie hanno cambiato i metodi di ricerca e provocato una evoluzione a tutti i livelli delle competenze necessarie al professionista impegnato nel laboratorio. L'incremento della complessità organizzativa derivante dai fenomeni sopra esposti, è sostenibile solo in ambienti altamente specializzati, le cui attività devono essere fruibili in una logica di continuità ospedale-territorio. Per tale motivo, è necessario individuare i diversi livelli di complessità organizzativa, correlati ai processi che caratterizzano la diagnostica microbiologica, per delineare un possibile modello di organizzazione a rete, trasversale, ospedale-territorio, per migliorare il processo diagnostico terapeutico da parte di medici e pazienti il tutto secondo le regole del Dm 70.

Per garantire un servizio di alto livello, ovvero strutture adeguate e all'avanguardia ed équipe qualificate in tutte le branche della microbiologia e virologia, è necessario un consolidamento dei laboratori. Ciò consentirebbe di garantire la qualità, una turnazione adegua-

“

Per garantire un servizio di alto livello, ovvero strutture adeguate e all'avanguardia ed équipe qualificate in tutte le branche della microbiologia e virologia, è necessario un consolidamento dei laboratori.



PIERANGELO CLERICI

Componente Direttivo nazionale settore Dirigenza sanitaria, Presidente Associazione microbiologi clinici Italiani (Amcli) e Presidente Fismelab

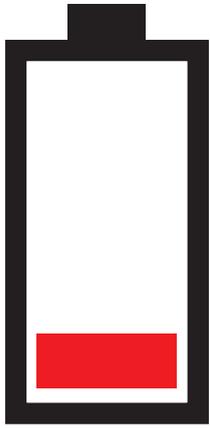
La proposizione di modelli organizzativi qualificati, ancorché adeguati al mutato scenario organizzativo del Ssn, passa attraverso una interlocuzione a più vie, anche tra Società scientifiche e sindacato, sino alle istituzioni e può divenire un approccio praticabile a partire dalle discipline che più in questi anni hanno subito profondi ridimensionamenti come è il caso della microbiologia diagnostica clinica.

ta sulle ventiquattro ore al fine di fornire un'assistenza di qualità senza una frammentazione del sistema. Questo modello organizzativo non è gestibile, né supportabile, dalle piccole strutture dei presidi ospedalieri. Il modello di riorganizzazione proposto è di concentrare il personale specializzato, le tecnologie, e le indagini di disciplina negli oltre cinquanta laboratori di microbiologia, in modo che essi diventino degli Hub all'interno delle aziende sanitarie di competenza, così tutti i laboratori satelliti invierebbero all'unità di analisi di microbiologia tutti i campioni da analizzare. In particolare, è possibile articolare in quattro livelli organizzativi, secondo il modello Hub-Spoke, la rete dei laboratori.

Il primo livello, di base, è organizzato in unità operative semplici (Spoke) di microbiologia e virologia presenti nelle aziende ospedaliere, Asl, zone territoriali. Il secondo livello (Hub), a cui afferisce il primo livello, costituisce il perno dell'organizzazione dipartimentale, con un direttore, specialista in microbiologia e virologia, che coordina i laboratori di primo livello territorialmente competenti, si integra con le strutture cliniche per costituire il primo baluardo contro le emergenze infettive. Questo livello comprenderebbe tutti i settori della disciplina, garantendo un miglioramento delle performance analitiche per i test a bassa richiesta, una maggiore uniformità delle metodiche utilizzate e una maggiore professionalità ed esperienza del personale basata sul maggiore carico di lavoro. Il terzo livello si basa su Centri regionali di riferimento, sono identifica-

ti tra quelle del livello precedente e attuano attività super specialistiche per patologie particolari e microorganismi specifici. Infine, il quarto livello è costituito da Centri nazionali di riferimento, si tratta di strutture atte a identificare agenti emergenti ed effettuare una pronta risposta in caso di emergenze epidemiche o da rilascio intenzionale di agenti biologici. I benefici che deriverebbero dall'attuazione di questa proposta sono molteplici: a livello territoriale si assicurerebbero le soglie minime di attività agli operatori per garantire loro una sufficiente esperienza ed inoltre si otterrebbero importanti economie di scala poiché si supererebbe la creazione, in ogni sede, di qualsiasi attività di laboratorio, dalle più semplici a quelle più specialistiche consentendo la razionalizzazione degli investimenti di elevata tecnologia con un evidente elevato risparmio economico.

La proposizione di modelli organizzativi qualificati, ancorché adeguati al mutato scenario organizzativo del Ssn, passa attraverso una interlocuzione a più vie, anche tra Società scientifiche e sindacato, sino alle istituzioni e può divenire un approccio praticabile a partire dalle discipline che più in questi anni hanno subito profondi ridimensionamenti come è il caso della microbiologia diagnostica clinica.



CREDITI ECM INSUFFICIENTI? UN NUOVO RISCHIO PROFESSIONALE

Molti medici ritengono l'acquisizione dei crediti Ecm un obbligo superfluo la cui evasione è priva di conseguenze. Questo è un grave errore!

La legge 214/2001 stabilisce che: "La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale". Un illecito disciplinare preclude la progressione di carriera e l'accesso a concorsi per direttore di struttura.

Il Codice deontologico dei medici, approvato il 18 maggio 2014, all'art. 19 (Aggiornamento e formazione professionale) stabilisce: «Il medico nel corso della sua vita professionale persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua. (...omissis...). Il medico assolve gli obblighi

formativi. L'ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze». È recente la notizia di una sospensione dalla attività professionale inflitta ad un odontoiatra dall'Omceo di Aosta. Senza contare il fatto che il mancato adempimento dell'obbligo formativo potrebbe costituire una aggravante in procedimenti penali e civili che coinvolgono il medico. Dopo una fase sperimentale ed alcune deroghe avvenute negli anni passati, la banca dati Co.Ge.Aps è ora in grado di stabilire precisamente il dossier formativo di ogni medico iscritto all'albo dei medici. Molte aziende stanno

verificando il debito formativo non solo per i neoassunti ma anche per i medici già strutturati. Debito formativo che per il triennio 2017-2019 è: di norma di 150 crediti di 135 crediti se nel triennio 2014-2016 sono stati acquisiti crediti in numero tra 80 e 120 di 120 crediti se nel triennio 2014-2016 sono stati acquisiti crediti in numero tra 120 e 150. In questo triennio è stata abolita la norma che limitava il numero massimo di crediti da conseguire annualmente. In altre parole, chi non ha ancora conseguito alcun credito Ecm è ancora in tempo a frequentare corsi Ecm per ottenere i 150 crediti previsti.

COME FARE AD ACCUMULARE COSÌ TANTI CREDITI IN POCO PIÙ DI 6 MESI?

Semplice. Tutti gli iscritti all'Anaa Assomed possono accedere alla piattaforma della Fondazione Pietro Paci (www.fondazionepietropaci.com) e scegliere tra una vasta offerta di corsi Fad, accreditati da Agenas, che danno diritto ad un numero di crediti Ecm variabile da 23 a 50. Il tutto a costo "zero".

Allora, perché rischiare di vedersi sospesi dall'attività professionale dal proprio Ordine o sanzionati dal proprio datore di lavoro?

Iscriviti all'Anaa Assomed per non correre rischi!

Behuman



I SERVIZI DELLA TUA ASSOCIAZIONE

POLIZZA RC COLPA GRAVE

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

POLIZZA TUTELA LEGALE

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

PRONTO AVVOCATO?

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

FORMAZIONE

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

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

COSMED

confederazione
sindacale
medici
e dirigenti

Aboliamo la scala “ignobile”! Fermiamo il taglio degli stipendi dei dipendenti pubblici

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

Ferma i tagli al tuo stipendio.

**Firma anche tu
la petizione.**

Collegati a

change.org

