

26°

**Congresso Nazionale
Anaa Assomed**



Le grandi riforme del SSN: oltre il D.lgs 502 del 1992.

**Nuovo modello di governance e stato
giuridico della Dirigenza Medica e Sanitaria**

Carlo Palermo

Presidente Nazionale Anaa Assomed

Individuazione di un sistema di governance e di uno stato giuridico adeguato ai professionisti che operano nel SSN

Obiettivi principali

- ➔ Favorire la partecipazione dei professionisti al governo delle Aziende Sanitarie
- ➔ Definire in modo esplicito il ruolo e la specificità della Dirigenza Medica e Sanitaria valorizzando la disciplina speciale contenuta nel D.lgs 502/92

La divaricazione tra due mondi innescata dal D.lgs 502 del 1992

➔ Il Processo di aziendalizzazione ha aperto un profondo conflitto tra l'organizzazione e la professione medica e sanitaria.

➔ Due mondi diversi e distinti di valori e di vocazioni, che una matrice manifatturiera non è riuscita a saldare o, quantomeno, a far convergere in modo efficace.

L'evoluzione dell'Azienda sanitaria

➔ L'Azienda sanitaria è diventata un contenitore di anonimi fattori produttivi (i professionisti), costosi processi di produzione (le cure e l'assistenza), consumatori sempre più esigenti (gli utenti).

➔ La *mission* principale è diventata il governo dei costi in costante crescita attraverso il controllo dei fattori produttivi (dirigenti medici e sanitari compresi).

➔ Il diritto alla salute è passato in terza linea.

Dimensioni del governo clinico



Efficacia

- Esiti raggiunti rispetto agli output prodotti



Appropriatezza

- Metodi e strumenti impiegati nel processo diagnostico terapeutico



Riduzione del rischio clinico

- Riduzione degli eventi avversi e contrazione del contenzioso



Relazionalità

- Qualità del rapporto tra medico e paziente

Antonini & Zamagni
“Pensare la Sanità”
2025

➤ Il disagio medico: il contesto

➔ Medici e Dirigenti sanitari si sentono poco amati, controllati, vincolati alle norme che fissano i livelli di subordinazione e il rispetto ossessivo del feticcio della produttività.

➔ Professionisti ridotti a numeri, condannati a produrre altri numeri, esclusi dalla partecipazione ai modelli organizzativi e operativi aziendali, condannati a perdere insieme autorevolezza professionale e potere negoziale.

➤ Il disagio medico: gli aspetti sindacali

➔ Retribuzioni insufficienti (blocchi e ritardi nella stipula dei contratti; mancato recupero dell'inflazione)

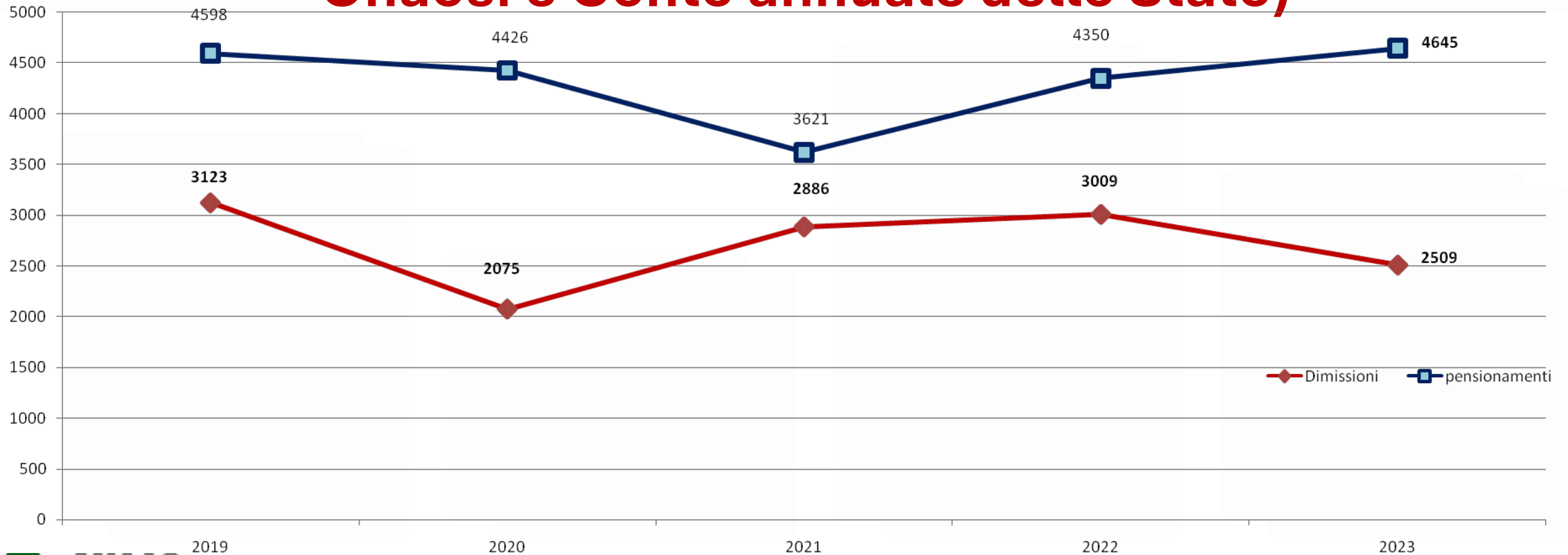
➔ Peggioramento delle condizioni di lavoro (reperibilità e notti senza limiti; blocco delle assunzioni) e scarsa conciliazione vita/lavoro

➔ Blocco delle carriere (mancato utilizzo dei fondi contrattuali e taglio delle posizioni apicali)

➔ Scarsa partecipazione e insofferenza verso un modello monocratico di governance aziendale (la “grande fuga” e il “quiet quitting”)

Andamento dei pensionamenti e delle dimissioni volontarie dei medici dipendenti del SSN dal 2019 al 2023 (database

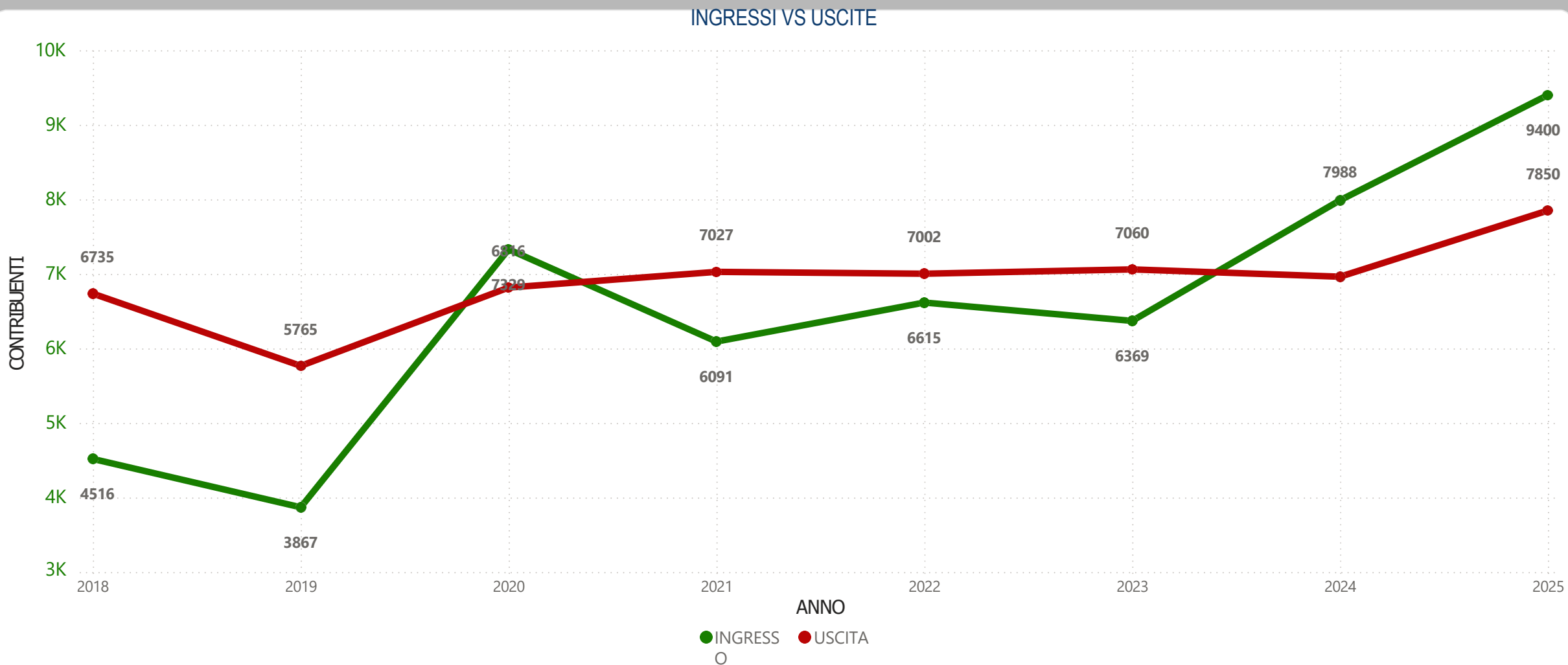
Onaosi e Conto annuale dello Stato)



Pensionamenti= uscite per quiescenza, decessi, invalidità civile 100% o inabilità assoluta e permanente

Dimissioni= dimissioni volontarie, termine contratto a T.D.

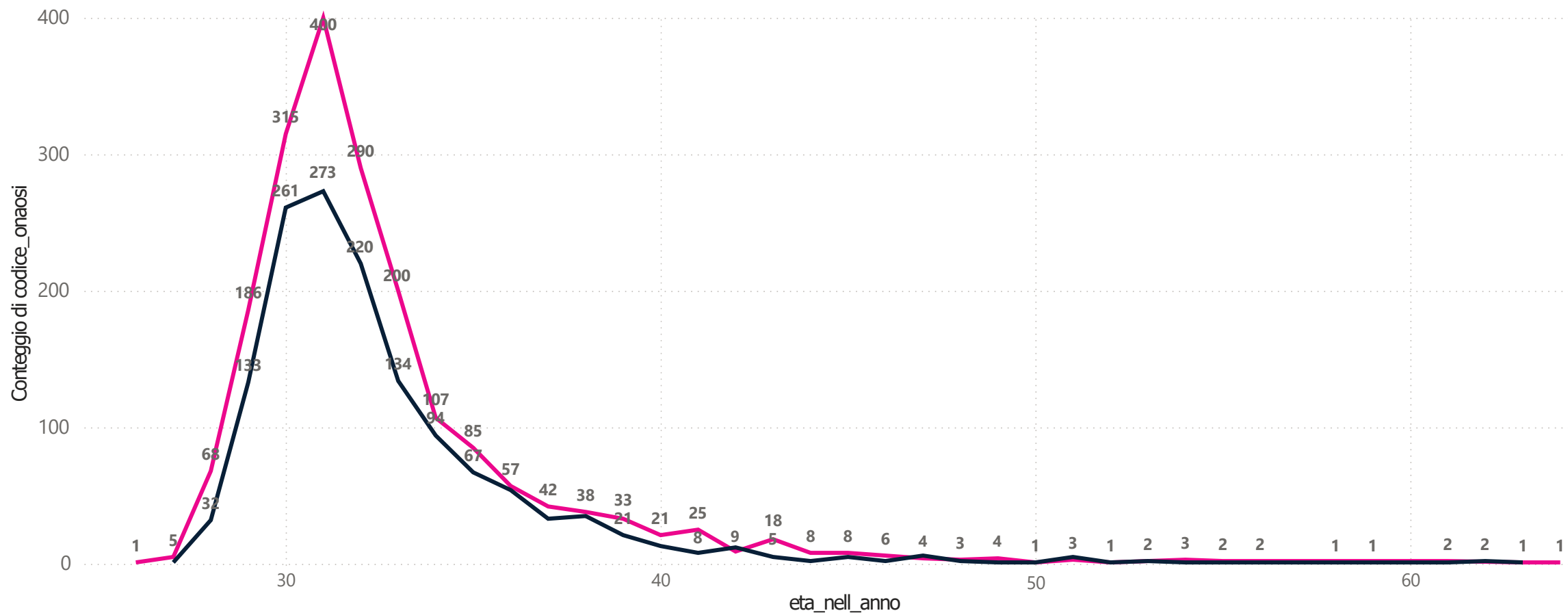
MEDICI CONTRIBUENTI OBBLIGATORI - INGRESSI USCITE



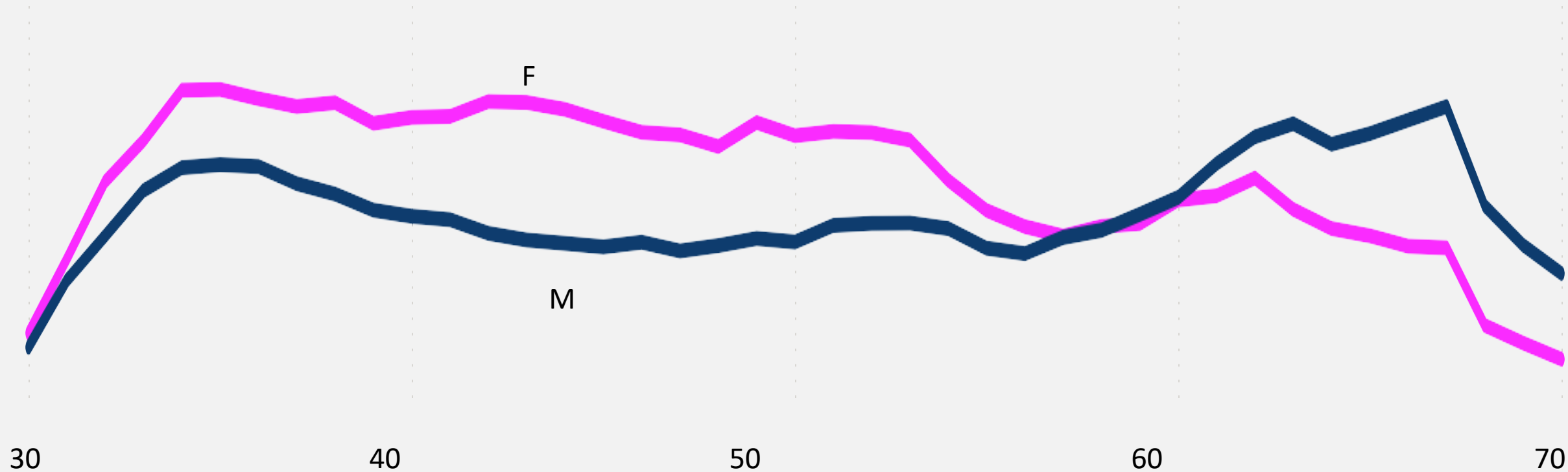
INGRESSI TEMPO DETERMINATO - ETÀ / GENERE

2025

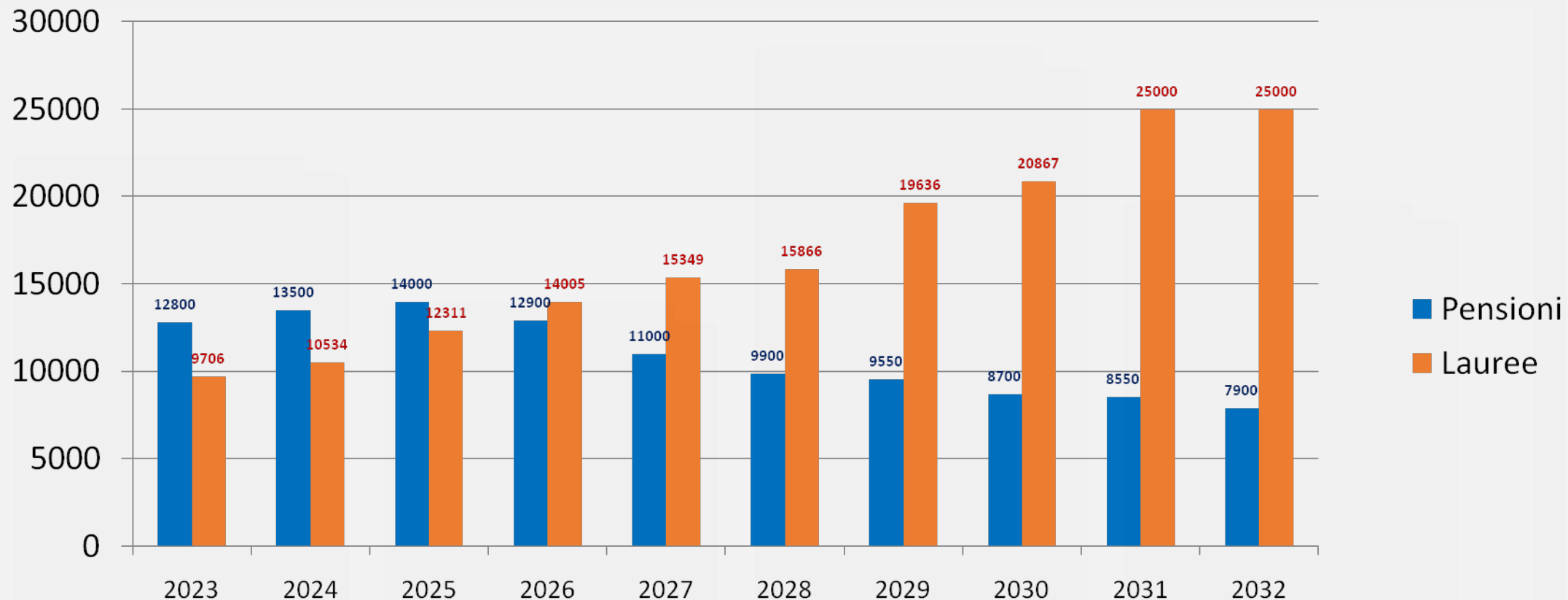
sesto ● FEMMINA ● MASCHIO




Medici contribuenti obbligatori ONAOSI distribuiti tra 30 e 70 anni




Confronto tra pensionamenti dei medici attivi in Italia e neolaureati potenziali tra il 2023 e il 2032



Dalla dicotomia alla convergenza



Il processo decisionale in ambito clinico vede le dimensioni clinica e gestionale talmente intrecciate tra di loro che non è più possibile pensare ad un modello organizzativo che le dicotomizzi.




L'universalità dei destinatari, la sostenibilità delle prestazioni, l'equità dell'accesso alle cure dipendono da una *clinical governance* che si faccia carico anche della dimensione economica della gestione.


Da una governance monocratica ad una democratica

- Ridefinizione del ruolo degli organismi collegiali dei Dirigenti medici e sanitari **nei processi decisionali aziendali** che hanno impatto sulla attività clinica.
 - **Rilancio del Dipartimento** come organo centrale nei processi gestionali (budget, standard organizzativi del personale, investimento tecnologico, formazione) ma anche di governo dei meccanismi di carriera, di valutazione professionale, di monitoraggio e risoluzione del disagio lavorativo.
 - Recupero della funzione del **Consiglio dei Sanitari**
 - Ruolo del **Collegio di Direzione** : espressione di pareri vincolanti su tutti gli atti di programmazione e di valenza economica-finanziaria
 - Istituzione della figura di **Direttore Clinico** su nomina del CdD

Da una governance monocratica ad una democratica



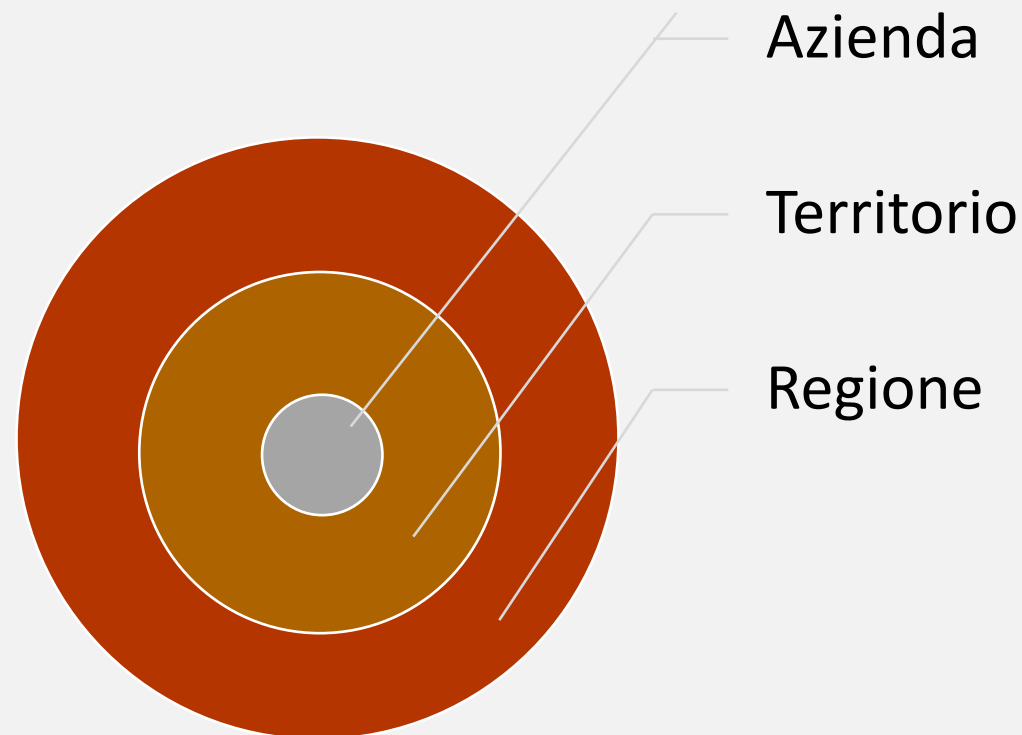
A livello regionale definire specifici percorsi e obblighi di informazione preventiva e di concertazione sui seguenti temi: programmazione; bilancio e finanziamento delle Aziende Sanitarie; rapporti con l'università; formazione e assunzioni; piano sanitario e socio-sanitario regionale.



A livello territoriale rafforzare l'istituzione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria composta dai sindaci del territorio dell'Azienda. La CTSS istituisce un tavolo di confronto periodico con rappresentanze sindacali, professionali e sociali.

La “governance” a cerchi concentrici (La postaziendalizzazione)

Introduce forti e vincolanti meccanismi di partecipazione, trasparenza, codecisione e valorizzazione del ruolo di tutte le professioni e delle comunità.



L'ossimoro dello stato giuridico del dirigente medico e sanitario

➔ **Dipendente per collocazione all'interno della Pubblica Amministrazione**

➔ **Dirigente come unico interprete dei bisogni di salute dei cittadini e per delega della proprietà nella gestione di risorse economiche e tecnologiche anche ingenti**

La Dirigenza speciale secondo il D.lgs 502/1992, art.15 comma 2

→ La dirigenza sanitaria è disciplinata dal D.lgs 3 febbraio 1993 n.29 e successive modificazioni (oggi D.lgs 165 del 2001), salvo quanto previsto dal presente decreto

Modifica

→ La dirigenza sanitaria è disciplinata dal D.lgs 502/19 92 e in via residuale, per quanto non previsto, dal D.lgs 165 del 2001

Proposte per una declinazione attuativa della specialità medica e sanitaria

- Principi dell'organizzazione del lavoro
 - Possibilità di negoziazione essendo una Dirigenza Tecnico/Professionale
- Flessibilità
 - Riduzione e semplificazioni delle prove concorsuali
 - Liberalizzazione del part-time
- Architettura dell'ingresso nella dirigenza e carriera
 - Ascensore semiautomatico nella carriera professionale: il lavoro svolto è professionalizzante.
 - Eliminare il vincolo di anzianità formativa quinquennale per l'accesso agli incarichi professionale. Permane per gli incarichi gestionali.
- Libera professione
 - Rendere più realistica e flessibile l'attività libero professionale attraverso convenzioni con altri spazi pubblici o privati. Rivalutazione dell'intramoenia "allargata".
- Passaggio del CCNL dalla Funzione Pubblica al Ministero della Salute

Grazie per l'attenzione

