

# dm

**a pagina 2**  
**L'EDITORIALE**  
di Domenico Iscaro

**Programma nazionale Esiti**  
**Migliorano le performance**  
**ospedaliere. Ma molte**  
**strutture sotto standard**  
a pagina 4

**Regioni**  
**Parlano i segretari regionali**  
**Anaaao di Liguria, provincia**  
**di Trento e Marche**  
a pagina 7

# dirigenzamedica

**ANAAO**  **ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE **MEDICI DIRIGENTI**



**Campagna**  
**straordinaria**  
**iscrizioni**

# PORTA UN COLLEGA IN ANAAO

# EDITORIALE

di Domenico Iscaro  
Presidente Anaa Assomed

## Solo il sindacato può risolvere la “questione medica”

**Scorrendo i dati** riportati nel sondaggio SWG si ricava una condizione del medico dipendente ben definita nei suoi caratteri principali. Ci viene rappresentato un medico frustrato e deluso del suo ruolo di dirigente, che crede nella necessità di rimettere in discussione la scelta dell'azionalismo e la figura del DG (87%), e che ritiene fondamentale il rafforzamento della componente medica nelle scelte gestionali (97%).

Un medico insoddisfatto per la invadenza della politica nell'ambito della professione al punto che il 97% degli intervistati ritiene che la politica sia decisiva nella progressione di carriera a fronte di una metà (il 53%) che pensa che la competenza professionale ormai sia un fattore secondario per la progressione di carriera. Ed ancora si scopre un medico preoccupato per una condizione economica impoverita dal blocco dei contratti e delle retribuzioni, “stanco” perché oppresso da carichi di lavoro sempre più gravosi, ostaggio di un servizio sanitario ingessato da un blocco del turn-over che offre pochi spiragli alle assunzioni. A questo si aggiunge l'ansia e la preoccupazione per un crescente contenzioso medico legale, percepito come una minaccia dalla quasi totalità degli intervistati (il 93%) e che incide in modo drammatico sulla serenità professionale dei medici (97%). Un dato questo di così rilevante proporzione che ben si concilia con l'espandersi della medicina difensiva e con le nostre battaglie per arrivare quanto prima ad una revisione organica della responsabilità civile dei medici. In conclusione e nonostante tutto la grande maggioranza dei medici continua a credere nella sanità pubblica e nel Ssn e considera ancora buona la qualità dei servizi e degli

**Ma sulla necessità di un sindacato moderno adeguato ai nuovi bisogni della categoria l'Anaa ha già dimostrato il suo impegno e con due congressi in meno di un anno ha avviato un importante e prezioso rinnovamento organizzativo proprio per adeguarsi alle diverse condizioni del mondo del lavoro**

ospedali in Italia (67%) anche se in molti cominciano a credere (49%) che assistiamo ad un suo progressivo peggioramento, soprattutto a confronto con gli altri paesi europei rispetto ai quali il 35% degli intervistati ritiene che la sanità funzioni peggio.

Al di là della proporzione delle percentuali, peraltro senza sostanziali variazioni per fasce di età e collocazione geografica, si

potrebbe dire che non c'è nulla di nuovo e che al contrario tutto era ampiamente prevedibile. Infatti il sondaggio ripropone l'attualità della “questione medica” con punte allarmanti di disagio e stanchezza. Ma quello che va enfatizzato è un altro nuovo e certamente non secondario aspetto. La questione medica, intesa come crisi umana, sociale e professionale del medico, è ormai una questione “strutturale”, intimamente connessa e consolidata nella figura del medico dipendente italiano, quasi fosse una componente del suo patrimonio genetico. Una trasformazione che non sorprende e che viene da lontano, un processo tendenziale manifestatosi in forma embrionale alla fine degli anni '70 e basato su un doppio binario di cambiamento: la burocratizzazione e la proletarizzazione. Comincia da allora a deli-

narsi una figura di medico progressivamente assorbita in sempre più ingombranti organizzazioni burocratiche e comincia a caratterizzarsi una categoria medica depotenziata dalla sua dominanza professionale e progressivamente privata del controllo della propria attività lavorativa.

Le grandi mutazioni epidemiologiche e demografiche, la costante variabilità dei bisogni, gli interessi economici di mercato e l'investimento di sempre maggiori risorse economiche gestite dalla politica, hanno imposto nuovi e più complessi modelli organizzativi nei quali il medico non ha più il controllo totale del suo lavoro che invece è trattato al pari di una merce venduta sul mercato sanitario in cambio di un salario. Secondo questa visione appare comprensibile anche il fenomeno del task shifting, ossia assicurare prestazioni sanitarie trasferendo competenze ed equivalenti quote di ruolo sociale dal medico a figure professionali che garantiscano un minor costo di produzione. Il task shifting ed in aggiunta i rischi di malpractice, con tutto il corollario di speculazioni e linciaggio mediatico che ne consegue, sono parte importante di una deprofessionalizzazione strisciante che contribuisce ad allontanare il medico dal centro del sistema e ad accrescere la sua crisi di identità.

A testimoniare questa progressiva erosione del ruolo sociale sta la straordinaria noncuranza della questione medica in generale e del ruolo della dirigenza medica in particolare da parte dei blocchi politici che di volta in volta si sono affermati nel paese e si sono succeduti al governo. Quasi sempre è prevalsa l'ostinazione, al di là di ogni colore politico, ad ignorare la questione medica come noi la proponiamo e come i sondaggi evidenziano, ed a non riconoscere che la centralità del medico costituisce una premessa non trattabile per una credibile riforma del sistema. Tuttavia il sondaggio SWG ci consegna, direi con una certa sorpresa, una buona notizia ed anche un motivo di speranza. Il sindacato raccoglie ancora una ampia adesione tra i medici dipendenti (78%) che ancora in grande maggioranza dichiarano di avere fiducia nella sua azione e ritengono utili le sue iniziative (66%). In conclusione il sindacato è ancora percepito come elemento di difesa dei medici anche se non sempre efficace nella sua azione e limitato nei risultati. Se ne deduce quindi che un primo ed importante strumento per affrontare e cercare di risolvere i temi della complessa questione medica deve essere il sindacato. Questa è una constatazione ancora più sorprendente se si considera lo stato attuale del nostro mondo sindacale. La intersindacale medica che per dodici anni è stata un responsabile tentativo di fare convergere su obiettivi comuni sindacati medici di diverse origini e storie cercando di superare con i fatti una frammentazione difficilmente giustificabile e anacronistica, ha compiuto il suo percorso e si è ormai arenata in rituali autoreferenziali ed esibizioni spesso inefficaci ed incomprensibili alla gran parte della categoria. La soluzione di questi ultimi giorni di una nuova aggregazione di sigle sindacali che raccoglie una parte di quelle sigle, su temi ampiamente già in passato unanimemente elaborati ed ancora condivisi dalla totalità dei componenti della intersindacale, nasconde questioni tattiche del momento e della politica. Un salto indietro nel tempo quando i sindacati medici si guardavano con sospetto ma anche quando le condizioni economiche del paese giustificavano diversi orientamenti e proposte. Oggi quel film già visto appare quantomeno inadeguato alla complessità della sfida nascosta nella questione medica. Ma sulla necessità di un sindacato moderno adeguato ai nuovi bisogni della categoria l'Anaa ha già dimostrato il suo impegno e con due congressi in meno di un anno ha avviato un importante e prezioso rinnovamento organizzativo proprio per adeguarsi alle diverse condizioni del mondo del lavoro.

## Programma nazionale Esiti

# Migliorano le cure ospedaliere. Ma molte strutture sono sotto standard

**Al sud ancora troppi cesarei, migliorano i tempi d'intervento per frattura del femore ma è ancora troppo elevato il numero di ospedali che eseguono un numero di operazioni sotto gli standard minimi. Questo è non solo lo scenario osservato dal Programma nazionale esiti 2014 di Agenas e Ministero della Salute sulla qualità delle cure erogate dagli ospedali italiani.**

Dal numero di parti cesarei primari fino ai tempi di operazione per una frattura al femore, passando per l'analisi dell'indice di mortalità per infarto. È una sanità italiana che migliora, ma lo fa a macchia di leopardo e in alcuni casi ancora a bassa velocità, quella analizzata dall'edizione 2014 del Programma nazionale esiti (Pne) sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute. A fronte di un miglioramento delle performance si evidenziano ancora "forti disomogeneità nell'efficacia e nell'appropriatezza delle cure tra Regioni, aree, ospedali, con importanti variazioni temporali". Troppi i parti cesarei primari al Sud e soprattutto in Campania, migliorano i tempi di operazione della frattura del femore nell'anziano (anche se ancora siamo lontani dagli standard) senza dimenticare come molte strutture non raggiungono ancora i volumi d'intervento minimi prefissati per esempio per i parti (le strutture con meno di 500 parti annui) e per alcune operazioni di tumore.



### "Non è una classifica"

Il Pne attraverso i suoi 129 indicatori di volume, esito/processo e ospedalizzazione "non fornisce graduatorie, pagelle o giudizi né a livello regionale né a livello di struttura" specificano in ogni caso Agenas e Ministero che sottolineano come esso sia "uno strumento operativo a disposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori per il miglioramento delle performance e per l'analisi dei profili critici, attraverso attività di audit" e soprattutto che "le evidenze scientifiche mostrano che dove esso viene utilizzato come strumento di governance migliora la qualità delle cure".

### Le performance

#### Cesarei

Da una prima analisi del Programma migliorano le performance sui parti cesarei primari passati dal 29% del 2008 al 26% del 2013. Rimangono però ancora molto evidenti le differenze tra le regioni del nord con valori intorno al 20% e le meridionali con valori prossimi al 40% e che, nel caso della Campania, arrivano al 50%. L'esito più favorevole l'ha registrato l'Ospedale di Carate-Carate Brianza (Monza) che su 1.629 interventi effettuati solo il 5,16% sono stati cesarei. La Clinica Villa Cinzia di Napoli, invece, con 92,7% di cesarei primari ha registrato l'esito più sfavorevole.

#### Fratture di femore in 48 ore

Migliorano anche i dati sulla proporzione di fratture di femore nei pazienti over 65 operate entro due giorni: sono passate dal 28,7% del 2008 al 45,7% del 2013, restando però ancora al di sotto dello standard atteso, superiore all'80%. In ogni caso, il progresso, secondo le stime basate sui dati di mortalità a un anno, mostra che il numero di decessi prevenuti in questo periodo, grazie all'anticipazione dell'intervento è di circa 6.000. Se il valore nazionale medio è del 45,7%, anche in questo caso si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 10% ad un massimo del 90%. La performance più favorevole l'ha registrata



l'Ospedale di Merano con l'89,9% dei pazienti operati entro due giorni, mentre l'esito più sfavorevole l'ospedale Barone Romeo Patti in provincia di Messina con appena il 10% di operazioni effettuate entro le 48 ore.

## Tumori

Ma l'evidenza che a maggiori volumi corrispondono esiti cura migliori è testimoniato anche dai dati di mortalità per i tumori di colon, polmone, mammella e stomaco dove però sono ancora molte le strutture con bassi volumi (il dato non riporta l'attività per singola Unità di cura complessa ma identifica solo le strutture). Per quelli del colon, nel 2013 in Italia, 805 strutture ospedaliere hanno eseguito interventi chirurgici per tumori del colon, tra queste, 106 (il 13,2%) hanno presentato un volume di attività superiore ai 50 interventi annui (la mortalità a 30 giorni diminuisce decisamente fino a 50/70 interventi annui). Per il tumore al polmone solo il 16% delle strutture (36 su 231) presentano volumi di attività superiore ai 100 interventi annui (anche in questo caso la mortalità a 30 giorni diminuisce decisamente fino a 50/70 interventi annui). Per il tumore alla mammella, le linee guida internazionali fissano lo standard di qualità minimo in 150 interventi annui. In Italia solo il 13% delle strutture (98 su 761) hanno presentato volumi superiori ai 150 interventi l'anno. Per il tumore allo stomaco la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce profondamente fino circa 20/30 interventi l'anno, ma nel nostro Paese solo 108 su 662 strutture ospeda-

liere che eseguono l'operazione fanno più di 20 interventi annui. In ogni caso, sottolinea Agenas "le conoscenze scientifiche, da sole, non consentono di identificare per gli indicatori di volume un preciso e puntuale valore soglia, minimo o massimo. Alla scelta di "volumi minimi di attività" al di sotto dei quali non deve essere possibile erogare specifici servizi nel Ssn devono necessariamente contribuire, oltre alle conoscenze sul rapporto tra efficacia delle cure e loro costi, le informazioni sulla distribuzione geografica e accessibilità dei servizi".

## Infarto miocardico acuto

Aumenta in Italia la proporzione d'infarti trattati con l'angioplastica primaria (Ptca) entro 2 giorni. Il Pne rivela che è passata dal 27,9% del 2008 al 39,6% del 2013. "L'angioplastica primaria - si legge nel Focus di Agenas e Ministero della Salute - è un intervento di provata efficacia nel ridurre la mortalità per infarto acuto del miocardio (Ima) e dovrebbe essere effettuata nella maggior parte dei casi di infarto con sovrastivellamento del tratto ST (Ima Stemi)". Il documento evidenzia però come "la qualità dei dati dei sistemi informativi nazionali non consente di differenziare con sufficiente validità gli infarti Stemi da quelli non Stemi e la non disponibilità dell'ora della procedura non consente di misurare la Ptca effettuata nei 60 o 90 minuti dal primo accesso come indicato dalle linee guida. Tale informazione sarà disponibile al momento della modifica del contenuto informativo delle Sdo (schede di dimissioni ospe-

daliere)". Comunque ricordiamo che il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera però fissa al 60% per struttura la quota minima di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pronto soccorso in pazienti con Ima Stemi. Osservando i numeri, la proporzione di infarti trattati con Ptca entro 2 giorni è passata dal 27,9% del 2008 al 39,6% del 2013. Ma se la media nazionale è del 39,6%, il focus "osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0,5% ad un massimo del 95%".

## Bypass aortocoronarico

Altro indicatore è quello relativo al volume dei ricoveri per bypass aortocoronarico per cui "la mortalità a 30 giorni dopo l'intervento risulta elevata e non significativamente eterogenea tra le strutture con volumi inferiori a circa 100 interventi/anno, e si riduce decisamente all'aumentare dei volumi di attività, mantenendo la tendenza alla riduzione anche oltre i 250 interventi/anno". Nel 2013, in Italia, 112 strutture ospedaliere hanno eseguito interventi di bypass, tra queste, solo 26 strutture (il 23%) hanno presentato un volume di attività superiore a 200 interventi annui. Da evidenziare come il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa a 200 il numero minimo di interventi chirurgici di bypass aortocoronarico per struttura.

### Frattura del collo del femore nell'anziano: intervento chirurgico entro 48 ore (media esiti Italia 45,7%). Anno 2013

Frattura del femore: intervento chirurgico entro 48 ore* (media esiti Italia 45,7%) anno 2013			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Pa Bolzano	Osp. Aziendale-Merano	110	89,9%
Toscana	Osp. S. Croce-Castelnuovo Di Garfagnana	77	89,6%
Pa Trento	Osp. Cles-Cles	104	87,9%
Lazio	Osp. S. Maria Goretti-Latina	85	87,7%
Veneto	Osp. S. Maria del Prato-Feltre	85	87,2%
Sicilia	A.O. Presidio Osp. Piemonte-Messina	54	87%
Sicilia	A.O. Garibaldi-Catania	90	86,5%
Pa Bolzano	Osp. Aziendale-Brunico	83	86,2%
Lazio	Osp. C.T.O. A. Alesini-Roma	196	86,1%
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Sicilia	Osp. Barone-Romeo-Patti	63	10%
Sardegna	Osp. S. Francesco-Nuoro	177	10,1%
Lazio	Osp. A. Fiorini-Terracina	165	10,2%
Abruzzo	Osp. S. Camillo De Lellis-Atessa	85	10,3%
Puglia	Osp. di Grottaglie-Grottaglie	106	10,3%
Campania	Osp. S. Rocco-Sessa Aurunca	83	10,6%
Liguria	Osp. Villa Scassi-Genova	264	11%
Lombardia	Osp. Civile-Voghera	192	11%
Puglia	Osp. L. Bonomo-Andria	74	11%

\*Nello specifico sono stati esaminati solo le strutture per cui non è in corso un audit di verifica e non sono state considerate le strutture con esiti sopra il 90% e al di sotto del 10%.

### Taglio cesareo: proporzione su parti primari (media esiti Italia 25,98%). Anno 2013

Proporzione di parti con taglio cesareo primario* (media esiti Italia 25,98%) anno 2013			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Lombardia	Osp. di Carate-Carate Brianza Monza	1629	5,16%
Toscana	Osp. di Borgo S. Lorenzo (Fi)	421	5,95%
Friuli	Osp. Civile-Palmanova Udine	687	6,55%
Calabria	Osp. Civile S. Giovanni Di Dio-Crotone	953	8,06%
Lombardia	Osp. di Circolo A. Manzoni-Lecco	1229	8,33%
Toscana	Osp. della Valdinevole-Pescia	785	8,34%
Lombardia	Osp. Civile G. Fornaroli-Magenta	1288	8,34%
Toscana	Osp. Nuovo Osp. di Prato S. Stefano	1914	8,45%
Toscana	Osp. G. Magati-Scandiano	523	8,54%
Sicilia	Osp. Maggiore-Modica	712	8,61%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Campania	CCA Villa Cinzia-Napoli	543	92,7%
Lazio	CC Mater Dei - Roma	180	87,28%
Campania	CCA S. M. La BrunaSRL-Torre Del Greco	323	81,8%
Campania	CCA Trusso SRL-Ottaviano	187	77%
Campania	CCA Ospedale Internazionale-Napoli	590	76,5%
Campania	CCA Villa Maione-Villaricca	334	75,3%
Campania	CCA S. Paolo-Aversa	394	72,2%
Campania	Osp. S. Rocco-Sessa Aurunca	154	72
Campania	CCA Tortorella SPA-Salerno	243	71,5%
Campania	CCA Maria Rosaria SPA-Pompei	621	71,2%

\*Nell'esame non sono state calcolate, perché i dati sono in attesa di verifica, le strutture con differenze tra proporzioni grezze ed aggiustate inferiori al 5i o superiori al 95i percentile

di Enrico Reginato  
Presidente Fems

# La Fems compie 50 anni al fianco dei medici salarati europei

Nei giorni 9/11 ottobre si è tenuta a Parigi l'Assemblea Generale della Fems, preceduta da una conferenza organizzata dagli ospiti francesi del sindacato FPS, dal titolo "Mancano medici in Europa?". Durante la conferenza sono stati affrontati i problemi relativi alla demografia medica, al numero chiuso per l'accesso alle facoltà mediche con particolare riferimento alla situazione francese. Un dato, in particolare, colpisce: in Francia il 24% dei medici in servizio si è laureato all'Estero, di cui la maggior percentuale è rappresentata dai medici rumeni, seguiti da medici del Maghreb. Le soluzioni sono di là da venire, infatti le università francesi che prevedono l'accesso a numero chiuso molto restrittivo, hanno ridotto le strutture necessarie alla formazione, per cui non è facile aumentare il numero di laureati in Medicina, anche in considerazione che in Europa, mediamente, è previsto un calo delle richieste di accesso alle professioni sanitarie.

Durante l'Assemblea generale sono stati affrontati diversi argomenti, in particolare è stato fatto un bilancio dell'Action Day, e dell'incontro della Fems con il Commissario Europeo Tonio Borg, cui è stata chiesta una maggiore presenza dell'Unione Europea nell'armonizzazione delle regole che i singoli Stati applicano ai servizi sanitari nazionali e contro la riduzione delle risorse loro destinate. Il Commissario, pur condividendo la richiesta di "più Europa" ha affermato che il principio della sussidiarietà che si concretizza nell'autonomia degli Stati Membri nell'organizzazione dei servizi sanitari, è un limite al potere decisionale della Commissione, ma che eserciterà, come di consueto, la sua pressione politica sui singoli Stati. Ha sottolineato, inoltre, che le insufficienti condizioni di lavoro esistenti in molte realtà, producono un'emigrazione di medici verso Paesi dove le condizioni sono migliori, gravando sulle loro economie perché devono investire sulla formazione che va a vantaggio dei Paesi oggetto dell'emigrazione.

Nel corso dell'Assemblea generale ho relazionato sulla mia partecipazione alla Conferenza dell'Epha (European Public Health Alliance) che si è svolta a Bruxelles il 4 e 5 Settembre, dedicata alle esistenti disuguaglianze di assistenza sanitaria nei Paesi Membri della Ue. In quell'occasione ho affermato che finché permangono notevoli disuguaglianze nelle condizioni di lavoro dei medici e del personale sanitario, le disuguaglianze sono destinate ad aumentare. Argomento che ha trovato d'accordo il nuovo Commissario Europeo designato alla Salute, il lituano Andriukaitis, dal quale siamo in attesa di ricevere una convocazione ufficiale per di-

Dal 9 all'11 ottobre la Fems ha festeggiato i suoi 50 anni di esistenza a Parigi, luogo della sua fondazione, organizzando per l'occasione una conferenza dal titolo "Mancano medici in Europa?" e la stagionale Assemblea Generale

scutere sull'argomento.

La Direttiva Europea sul tempo massimo di lavoro per i medici ospedalieri italiani non è stata ancora applicata nonostante il recente invito della Commissione Europea e il deferimento dell'Italia alla Corte di Giustizia. Si ricorda che la decisione della Commissione è frutto del lavoro congiunto Anaao/Fems. Gli studi legali, forti della posizione della Commissione Europea, stanno partendo con le cause di risarcimento e staremo a vedere, fra sanzioni della Corte di Giustizia e risarcimenti, quanto costerà all'Italia la mancata applicazione nonostante le promesse del Ministro Lorenzin.

Nel frattempo continuano i tentativi da parte di alcuni Governi europei di modificare la Direttiva in senso peggiorativo per i lavoratori. Per questo l'Assemblea generale della Fems ha approvato una mozione (vedi il box) che ha inviato alla commissione del Parlamento Europeo, in cui si chiede di mantenere la direttiva attuale respingendo come è stato fatto fino ad ora le richieste di modifica.

La Fems è diventata partner della Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, che raggruppa diverse Istituzioni e Associazioni europee per affrontare i problemi del-

le condizioni di lavoro della forza lavoro sanitaria in Europa, e il 4/5 dicembre p.v. si terrà a Roma, presso il Ministero della Salute, la II Conferenza della JA, sotto l'egida della Presidenza italiana della UE. (Per chi fosse interessato a partecipare: <http://euhrwforce.weebly.com/141204-joint-event-rome.html>)

L'Assemblea generale ha discusso inoltre del Ttip (Transatlantic Trade and Investment Partnership) ed ha proposto alle altre organizzazioni mediche europee di inviare un documento comune al Parlamento ed alla Commissione Europea chiedendo che il settore della Salute sia tenuto fuori dalla trattativa.

Un altro argomento importante è quello della consultazione pubblica promossa dalla Dg Sanco (Direzione Generale per la Salute e i Consumatori della Commissione Europea) cui ha partecipato anche la Fems sulla "Future Eu Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety" (Futura agenda della UE sulla qualità delle cure con speciale enfasi sulla sicurezza del paziente). I risultati sono stati approvati dal panel di esperti lo scorso 9 Ottobre e pubblicati sul sito: [http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/opinions/docs/006\\_safety\\_quality\\_of\\_care\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/006_safety_quality_of_care_en.pdf)

## La mozione dell'assemblea generale Fems su Ewtd

L'Assemblea generale della Fems tenutasi a Parigi il 10/11 Ottobre 2014, è stata informata sulle nuove iniziative relative ad una modifica della Direttiva europea sull'orario di lavoro (Ewtd 2003/88).

L'Assemblea Generale ha ribadito la sua posizione al riguardo: la Direttiva non deve essere cambiata perché

garantisce la salute e la sicurezza dei pazienti e dei medici. La mancanza di medici, essendo un problema a se stante o un problema finanziario, non può essere accettata come una scusa per abbassare gli standard di sicurezza e l'umanità dell'assistenza sanitaria che sono già stati raggiunti e hanno contribuito in modo significativo al fatto che l'Europa (con alcune differenze che non sono state adeguatamente affrontate) è la regione con il più alto standard di assistenza sanitaria su scala globale.

L'Assemblea Generale insiste sul fatto che:

- Tutto il tempo speso dai medici negli ospedali è da considerarsi al 100% orario di lavoro

- Anche i cosiddetti periodi "inattivi" durante il servizio di guardia sul posto di lavoro, sono da considerarsi come al 100% orario di lavoro, perché i periodi "inattivi" sono richiesti dai datori di lavoro e appartengono alla loro competenza.

Esprimendo profonda preoccupazione l'Assemblea Generale ha delegato al Consiglio Direttivo della Fems di porre la sua attenzione e rispondere a tali iniziative e riferire alla prossima Assemblea Generale.



A cura di Laura Stabile  
Segretario Regionale  
AnaaO Assomed FVG

## “La riforma del Ssr è una legge con poche luci e tante ombre”

La legge di riforma del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia recentemente approvata, che è stata elogiata mediaticamente quale progetto fortemente innovativo per la sanità del futuro, che finalmente affermerà la centralità dell'utente è stata invece accolta in modo molto critico e preoccupato da gran parte delle organizzazioni dei professionisti. L'AnaaO, l'Ordine dei Medici, ma anche la Dirigenza sanitaria e i farmacisti hanno prodotto e inviato alla Regione documenti dettagliati e fortemente critici. Vediamo alcuni dei punti più rilevanti.

La riforma parte enunciando un principio del tutto condivisibile, senz'altro innovativo rispetto a quanto esistente, ma non proprio nuovo, affermato dai professionisti da almeno 10-15 anni: potenziare l'attività dell'assistenza territoriale in modo da riservare il ricovero ospedaliero ai soli casi realmente acuti che lo necessitano. Questo principio in realtà non definisce azioni idonee a portare a questo risultato, delineando invece tagli certi per gli ospedali e potenziamenti del tutto incerti del territorio. Da un lato l'assistenza ospedaliera viene ridotta qualitativamente (vi sono riduzioni delle funzioni degli ospedali e nessun potenziamento) e quantitativamente, con tagli pressoché lineari di posti letto in tutti gli ospedali; dall'altro il potenziamento previsto per i servizi territoriali appare quasi un libro dei sogni. Infatti, si prevedono, tra l'altro, la diffusione capillare di centri di assistenza primaria sul territorio (uno ogni 20 - 30 mila abitanti), che garantiscano l'attività assistenziale nell'arco delle ventiquattr'ore sette giorni la settimana, assicurando assistenza medica e specialistica, diagnostica strumentale, prelievi, prenotazioni e servizi amministra-

**La sanità del Friuli Venezia Giulia si rifà il look ma, nonostante l'accoglienza mediatica positiva, per le organizzazioni dei professionisti sono tanti gli elementi di preoccupazione. A cominciare dalla riforma dell'assistenza territoriale che appare incerta, con la riduzione dell'assistenza ospedaliera e il potenziamento per i servizi territoriali che sembra un libro dei sogni.**

tivi, assistenza domiciliare. La riforma non sembra prendere in considerazione i costi ipotizzabili per un progetto del genere, ma il fatto che nella nostra regione dovrebbero esservi da 40 a 60 centri, dei quali 8 - 12 solo nella piccola provincia di Trieste, tutti dotati di locali, strumentazioni e personale necessari a garantire l'assistenza prevista, desta diverse perplessità sull'effettiva utilità degli stessi e sulla possibilità che esistano le risorse necessarie a coprirne i costi. Infatti, già dal 2014 il finanziamento del Ssr del Friuli Venezia Giulia ha subito, invocando i costi standard, un taglio di quasi 200 milioni di euro rispetto agli anni precedenti (su un totale di circa 2 miliardi) e nel 2014 si prevede che le Aziende della regione chiudano i bilanci con “buchi” di decine di milioni di euro. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale, in ogni caso, non dovrebbe limitarsi a una mera moltiplicazione di strutture e sportelli: il funzionamento del sistema richiederebbe una forte programmazione, organizzazione e formazione del personale, volte a cambiare mentalità, cultura e competenze, e la messa a regime del sistema richiederebbe sicuramente diversi anni. La riforma non accenna a questi aspetti, e vi è la seria preoccupazione che la nuova medicina territoriale, istituita solo “per decreto” regionale, non sia in grado di evitare come si vorrebbe il ricorso all'ospedale, e che si pro-

duca nella sanità pubblica una carenza di assistenza, che oltretutto alimenterebbe il ricorso alle strutture private. Per quanto riguarda l'operatività degli ospedali, desta gravi preoccupazioni il fatto che la regione preveda che l'organizzazione di ambulatori e degenze, nonché la gestione delle tecnologie, sia esercitata in piena autonomia da infermieri e tecnici sanitari. La normativa vigente attribuisce invece ai Direttori, medici o dirigenti sanitari, delle strutture ospedaliere la responsabilità organizzativa e gestionale: tale previsione, oltre a creare pericolose incertezze su chi debba rispondere dei risultati dell'attività delle strutture sanitarie, è palesemente illegittima. È certamente auspicabile lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni sanitarie, ma questo non può e non deve essere un pretesto per sostituire l'attività dei medici e dei dirigenti sanitari con quella di personale a più basso costo, in modo da svilire l'attività di entrambi, perché in questa prospettiva, finalizzata principalmente a ridurre i costi, nemmeno la professionalità di infermieri e tecnici sanitari sarebbe valorizzata.

La riorganizzazione della rete ospedaliera regionale non riconverte in sostanza alcun presidio ospedaliero per acuti attualmente operante, mantenendo otto ospedali, ma unendoli formalmente a due a due e dichiarando quindi di aver ridotto gli ospedali a quattro, per cui a

regime saranno 4 in teoria, ma 8 in realtà. Un altro aspetto fortemente preoccupante riguarda l'Università, che è presente nei due maggiori ospedali della regione, a Trieste e a Udine. Si prevede, dopo un periodo di commissariamento di due anni al massimo, che le Aziende ospedaliere universitarie di Trieste e di Udine siano “incorporate” dalle corrispondenti Aziende territoriali, in modo da costituire rispettivamente l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine.

La normativa vigente (D.Lgs. 517/99) prevede che gli ospedali dove è presente l'Università siano autonome “aziende ospedaliere universitarie”, e non presidi ospedalieri delle Asl. L'Università estenderebbe quindi la propria influenza sul territorio, e si aprirebbe la strada al fatto che l'Università gestisca strutture al di fuori di quelle che sinora sono state le aziende di riferimento, concedendo ulteriori possibilità di ottenere posti apicali a universitari che non sono riusciti a sviluppare la propria carriera in ambito accademico (come attualmente già avviene, ma solo all'interno delle aziende “miste”), affidando sempre più l'assistenza pubblica a un'istituzione che ha altra mission e altri interessi, e che, per legge, dovrebbe partecipare alla gestione solo entro i limiti delle proprie esigenze di didattica e ricerca.



## Liguria, Provincia Autonoma di Trento, Marche

Giovanni Battista Traverso,  
Segretario Regionale  
Anaa Assomed Liguria

**“È necessaria una crescita della cultura sindacale per presentarci ai tavoli con competenza, autorevolezza, autonomia”**

**Dott. Traverso, quali sono le principali criticità della Liguria?** Le criticità che riscontriamo sono quelle comuni a tutto il Paese in cui la crisi economica e sociale perdura da diversi anni e di cui, al momento, non si intravedono vie d'uscita. Nel nostro contesto i problemi sono acuiti da una inerzia politica disperante, una stagnazione economica iniziata ben prima di questa crisi e da una preoccupante curva demografica caratterizzata da un progressivo calo demografico, dovuto a bassa natalità ed emigrazione qualificata, associato all'invecchiamento della popolazione. Nello specifico i pesanti tagli imposti dalla spending review hanno portato ad accorpamento di reparti e chiusura di ospedali che si riflettono pesantemente sul versante occupazionale. Il blocco del turnover ha portato ad avere reparti sguarniti o presidiati da colleghi di età avanzata nella piena fase del burnout (evidenziata dall'ultimo sondaggio della Wap), a fronte di un gran numero giovani medici disoccupati o sottooccupati. Il previsto riassetto della rete ospedaliera e il coinvolgimento della me-

dicina territoriale non si è concretizzato per cui i nostri pronto soccorso devono far fronte ad una utenza sproporzionata alle risorse e che, molto spesso, richiede risposte più di carattere sociale che sanitario. Tale situazione di tensione non raramente porta a situazioni conflittuali che sfociano in atteggiamenti aggressivi nei confronti di colleghi. Non ultimo la politica espansiva dell'università che si sta costantemente appropriando di spazi e reparti ospedalieri con conseguente mortificazione dei medici ospedalieri che vedono immiserite le loro possibilità di carriera e ristretti i propri spazi professionali. Si assiste inoltre, quasi compiaciuti, a una progressiva fuga di professionisti che trovano nel privato o in strutture decentrate opportunità professionali maggiori in assenza di tutte le incognite e gli impegni onerosi che la sanità pubblica nella nostra regione comporta. Tali problematiche, associate ad un trattamento economico che, per tanti giovani colleghi, da mortificante sta diventando oltraggioso, necessitano di interlocutori che da troppo tempo purtroppo appaiono distanti, non interessati o quantomeno astenici e miopi.

**Quindi, secondo lei, quali sono le possibili soluzioni?** Ritengo che le segreterie aziendali abbiano una valenza strategica. In Liguria abbiamo avuto un ricambio

notevole dei quadri con un rinnovo di circa l'80% dei nostri segretari aziendali. L'impegno è quello di una crescita della "cultura sindacale" di tutti con l'obiettivo, attraverso una costante formazione e comunicazione, di presentarci ai tavoli di confronto caratterizzati dai tratti distintivi della nostra associazione: competenza, autorevolezza, autonomia. Penso sia fondamentale uscire dall'isolamento nel quale da troppi anni ci troviamo. L'obiettivo è di ristabilire l'alleanza con i soggetti che più hanno a cuore le sorti del Ssn. E quindi stiamo aprendo canali di dialogo con associazioni di tutela del malato, della salute e della prevenzione cercando il coinvolgimento delle comunità locali che nella governance delle aziende hanno una valenza politica di non poco peso. È fondamentale valutare nuove strategie di comunicazione (partecipazione a dibattiti, radio o Tv locali, acquisto di spazi su quotidiani) che permettano di dare voce al nostro disagio e alle nostre proposte. A livello istituzionale l'impegno è quello di cercare ogni possibile canale per trovare interlocutori che considerino i dirigenti medici come cardine del Ssr e come portatori di istanze, esperienze e cultura indispensabili per l'esistenza stessa della sanità pubblica.

**Se dovesse indicare delle urgenze quali sarebbero?** In primo luogo l'applicazione degli istituti contrattuali quali l'indennità di esclusività e gli incarichi dirigenziali al superamento dei 5 e 15 anni. Non è accettabile l'applicazione di istituti contrattuali a macchia di leopardo con difformità totali a distanza di una manciata di chilometri. La tutela dei giovani con massima vigilanza sulle procedure di assunzione, di attribuzione di incarichi, contratti atipici etc. Sblocco del turnover per assicurare un passaggio di competenze professionali continuo ed organico. La sicurezza dell'ambiente di lavoro, il rispetto degli orari di lavoro

stabiliti dal contratto e carichi di lavoro congrui sono il presupposto indispensabile per un servizio di qualità ai cittadini. Inoltre ottimizzazione delle procedure e costante attenzione alla riduzione del rischio clinico da parte delle aziende per la tutela dei pazienti e il contrasto all'aumento del contenzioso medico legale.

**Le sue parole d'ordine.**

Insieme per crescere. Partecipare per cambiare. Passione per attrarre.

Romano Nardelli  
Segretario Provincia Autonoma di Trento  
Anaa Assomed

**“Il coinvolgimento del sindacato nelle scelte di politica sanitaria è fondamentale”**

**Dott. Nardelli quali sono le principali criticità nella sua regione?** Le difficoltà economiche che hanno investito anche la nostra Provincia Autonoma hanno di fatto accelerato i processi decisionali fatti per modificare lo status organizzativo ed operativo della sanità trentina che è storicamente organizzata, anche per ragioni orografiche, su più strutture ospedaliere molto legate al territorio. L'impossibilità di garantire in ogni ospedale sia un'attività clinica coerente con le linee guida nazionali e internazionali, sia la presenza capillare degli specialisti obbligherà a scelte dolorose ma necessarie, centralizzando sulle strutture ospedaliere principali alcune attività. In questi giorni stiamo vivendo una fase di stallo, dove le decisioni della politica sono ancora in una fase di ampia discussione. È prevista la copertura del 40% delle cessazioni legate a pensionamenti o trasferimenti. La Dirigenza medica trentina fa riferimento al contratto di lavoro provinciale (sostitutivo di quello nazionale) stilato nel 2006, che



**Penso sia fondamentale uscire dall'isolamento nel quale da troppi anni ci troviamo**

riprende ampiamente il contratto di lavoro nazionale e prevede alcune peculiarità locali. La più rilevante è legata alle 200 ore che possono essere richieste al singolo Dirigente oltre alle 38 "... ove e se necessario per il raggiungimento degli obiettivi di budget ...". Oltre il 50% dei medici ospedalieri trentini effettuano queste 200 ore "opzionali" ed in molti casi le superano abbondantemente.

**Quali sono le azioni che state mettendo in campo per superare queste criticità?**

Il tavolo delle trattative con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (unica azienda sanitaria) è attivo e stiamo affrontando sul riconoscimento delle ore eccedenti la 200° e su un'applicazione condivisa delle modalità di tale riconoscimento.

I contatti con la dirigenza aziendale che negli anni scorsi sono sempre stati regolari ed improntati ad un corretto e vivace confronto, negli ultimi tempi ha subito un significativo rallentamento, in gran parte legato all'individuazione delle nuove linee guida operative aziendali ed alle loro conseguenze applicative.

**Se invece dovesse indicare delle urgenze quali sarebbero?**

Le urgenze sono legate alle problematiche sopra citate: il numero dei medici ospedalieri trentini non è mai stato "sovradimensionato" rispetto all'attività richiesta ed effettuata, quindi un taglio nel turnover (speriamo non lineare) di 6

medici su 10 avrà un impatto importante, così come le 200 ore che, facendo ormai parte della nostra attività quotidiana, hanno sostanzialmente "dopato il mercato" aprendo alla possibilità che questi tagli mettano ulteriormente in crisi l'organizzazione.

**Qual è la sua parola d'ordine come responsabile regionale?**

Coinvolgimento del sindacato nelle scelte di politica sanitaria. La nostra attività da sempre è stata caratterizzata da una politica sindacale legata sì alle prerogative economiche e normative contrattuali, ma anche dal coinvolgimento, dando ampia disponibilità all'azienda e alla politica per un confronto e una consulenza tecnica/professionale. Adesso questo coinvolgimento secondo me è fondamentale, viste le vere e proprie sfide che affronteremo. La stessa parola d'ordine può valere anche per il futuro Ordine dei medici, perché non sia la cenerentola misconosciuta o il puro organo di avallo di decisioni non discusse.

**Oriano Mercante**  
Segretario Regionale  
Anaaò Assomed Marche

**"Da più di un anno e mezzo aspettiamo la riorganizzazione della rete ospedaliera"**

**Dott. Mercante, quali sono le principali criticità della sua regione?**

Le principali criticità sono rappresentate dalla frammentazione eccessiva della rete ospedaliera che offre un eccessivo numero di erogazione di prestazioni e, in quanto tali, in alcuni casi di qualità non proprio elevata. A volte si è ovviato a questa frammentazione per coprire turni di lavoro nei vari nosocomi con un'eccessiva mobilità intra area vasta dei medici, allettati talora da "medaglie" prive di consistenza sostanziale (economica).

Ci sono poi le ore in più effettuate, specie nei reparti chirurgici con abnegazione e passione, che favoriscono il vampirismo delle direzioni sul sudato lavoro dei medici.

Il precariato ancora non è stato risolto, abbiamo un blocco del turnover eccessivo, pur nel rispetto dei vincoli di bilancio, che non consente un'ottimizzazione delle risorse nell'implementazione della nuova rete clinica regionale. Abbiamo strutture eccessivamente carenti di operatori e con carichi di



**La riorganizzazione delle reti cliniche dovrebbe partire subito. Più tardi partirà, maggiori saranno gli squilibri da correggere**



lavoro esagerati che comportano un accentuato rischio professionale e un rischio di fornitura di prestazioni professionali di bassa qualità. Infine l'eccessiva mobilità sanitaria extraregionale, conseguenza in parte della dequalificazione dei servizi esistenti sia dal punto di vista professionale che organizzativo.

**Quali azioni state mettendo in campo per superare queste criticità?**

La regione sta attuando una riorganizzazione della rete ospedaliera importante con riconversione dei piccoli ospedali e la ristrutturazione delle reti cliniche esistenti che assumeranno la fisionomia di un bacino regionale. Purtroppo, a causa di problematiche politiche la riorganizzazione che tutti aspettano e che risolverebbe parte dei problemi sopra richiamati tarda ad arrivare pur essendo pronta dal marzo dell'anno passato. Tale riorganizzazione diventerebbe il presupposto per la definizione dei nuovi organici che risolverebbero una delle criticità sopra richiamate. Speriamo di non doverla attendere ancora per un anno, ovvero fino alle prossime elezioni regionali nel maggio 2015. Si sta tentando di recuperare l'eccessiva mobilità passiva, soprattutto sull'Emilia Romagna, potenziando i servizi di confine. Gli esiti però sono scarsi considerato il fatto che una gran quantità di professionisti, quelli maggiormente qualificati, soprattutto nella parte nord delle Marche, stanno andando in pensione. Questi, lasciando il settore pubblico anzitempo, andranno a confluire nel privato con accentuazione della concorrenza e quindi degli squilibri esistenti che producono la mobilità passiva.

Invece bisognerebbe aumentare il numero di posti letto nella parte nord della regione, togliendoli dalla provincia di Ancona ed andrebbero assunti professionisti di indubbia validità e richiamo professionale.

**Se invece dovesse indicare delle urgenze?**

La riorganizzazione delle reti cliniche dovrebbe partire subito. Più tardi partirà, maggiori saranno gli squilibri da correggere. Poi c'è bisogno di un intervento chiaro e sostenuto che permetta di ridurre le liste di attesa in modo significativo. Si pensi che per una Rnm nel nord delle Marche ci possono essere anche sei mesi di lista di attesa eccetto le urgenze. Poi non ci si può lamentare se la gente va in Romagna e noi paghiamo un ospedale virtuale. Bisognerebbe far lavorare la diagnostica pesante almeno 12-18 ore al giorno per ridurre le degenze ospedaliere e le liste di attesa. C'è invece la prospettiva più che realistica che le prossime elezioni regionali (che si svolgeranno nel maggio 2015) provochino un intollerabile immobilismo o, peggio, manovre clientelari che aggraveranno la situazione attuale.

**Le sue parole d'ordine come responsabile regionale?**

Una delle prime azioni di questa Segreteria Regionale vuole essere il recupero di competenze economiche che noi riteniamo indebitamente ed erroneamente sottratte ai Medici e ai Dirigenti Sanitari. La nostra azione vuole concentrarsi in particolare sul recupero di somme del salario di risultato, il quale, in seguito alla circolare n. 4 della Regione Marche, del 2.7.1993, che disponeva unilateralmente la riduzione del fondo di risultato del 1993, veniva illegittimamente decurtato del 17,38% con aggravio economico e lesione dei diritti dei Dirigenti Medici e Sanitari, del valore economico stimato dell'ordine delle decine di milioni di euro. Basta col buonismo e con la ragionevolezza di fronte a una controparte in taluni casi approfittatrice e cinica, con ancora un eccessivo indirizzo delle risorse a potenziare una macchina amministrativa già abbondantemente pletorica.



**Serve un maggior coinvolgimento del sindacato nelle scelte di politica sanitaria**



di **Fabio Florianello**  
**Presidente Consiglio Nazionale**  
**Anaa Assomed**

# La riforma della sanità lombarda

**Non c'è dubbio** che la sanità lombarda rappresenti un'eccellenza nel Paese e non solo. E il fatto che partendo da questa premessa voglia riformare sé stessa è un fatto di grande rilievo soprattutto per la modalità di voler partire dall'analisi del sistema esistente con una fotografia fissata in un Libro Bianco, per poi arrivare ad indicare alcune direttrici di riforma.

Ma vediamo quali riflessioni suscita proprio l'analisi dell'esistente.

Innanzitutto la ripartizione del fondo sanitario fra i tre sistemi di assistenza: prevenzione e ambienti di lavoro, territorio ed ospedali.

Il D.lgs. 68/2011 e successiva Delibera Cipe dicembre/2013 prevede rispettivamente il 5%, il 51% ed il 44%. Il Libro Bianco riporta qualche sensibile differenza in Lombardia, vale a dire rispettivamente il 4,6%, il 54,7% ed il 40%. In altri termini il "sistema ospedaliero" appare sottofinanziato, così come "prevenzione ed ambienti di lavoro", mentre al "territorio" sono attribuiti fondi maggiori di quanto previsto in sede nazionale. Ed è questa la prima riflessione da farsi dato che proprio il "sistema territoriale" emerge dal libro Bianco come quello più in difficoltà ad erogare assistenza, sotto il profilo dell'organizzazione, dei punti di riferimento o, per dirla con le stesse parole del libro, per la mancanza di una "regia complessiva".

Gli Ospedali, da sempre al centro dell'attenzione per gli eccessi di spesa, gli sprechi, le liste d'attesa, gli affollamenti in Pronto Soccorso, la malpractice, ecc. e su cui sono incentrati la quasi totalità dei controlli, da questa prima istantanea escono con meno risorse rispetto a quanto previsto a livello nazionale.

La seconda riflessione riguarda l'incidenza delle singole voci di spesa per la gestione corrente. In Lombardia si spende il 27,6% per il "personale" del Ssr contro una media nazionale del

**In un Libro Bianco la regione Lombardia ha scattato una fotografia del sistema sanitario regionale prefigurando le linee guida per il suo sviluppo. In queste pagine l'analisi e le riflessioni su alcune direttrici di riforma che la politica sanitaria regionale sta portando avanti**

32%, i "beni e servizi" sono al 30,3% rispetto al 32,5%, i "farmaceutici" ricevono il 7,5% rispetto all'8,1% la Medicina Convenzionata è al 4,9% rispetto al 6,0% nazionale. E all'obiezione di una spesa più attenta rispetto agli sprechi di altre regioni basta considerare la ripartizione di spesa di quelle regioni dove peraltro la sanità è di ottimo livello e non sono sottoposte a commissariamenti. Interessante, al contrario, la situazione della Commissariata Lazio con una spesa inferiore alla media nazionale sia sul Personale sia sulla Medicina Convenzionata.

Un'ulteriore considerazione riguarda l'Ospedalità privata accreditata, risorsa peraltro fondamentale nel Sistema sanitario regionale, che assorbe il 12% rispetto alla media nazionale del 7,8%, più alta di quella del Lazio all'11,9%.

E per restare nella competizione tra soggetti erogatori forse sarebbe da aggiungere qualche dato che il Libro Bianco ha tralasciato. Infatti l'accreditamento istituzionale definisce i requisiti minimi di tipo strutturale, organizzativo e tecnologico che le strutture sanitarie devono avere. E pur nel rispetto di tali requisiti la situazione lombarda nell'ambito dei Servizi per l'Emergenza/Urgenza vede la presenza di Dea nel 67% delle Strutture pubbliche contro l'8,2% del Privato accreditato, di Pronto Soccorso in oltre il 72% del Pubblico contro il 22% del Privato, di un PS pediatrico nel 37,7% contro il

2,8% di Terapie Intensive (UTI) in quasi il 74% contro il 17%. Se si aggiunge poi la notevole differenza di servizi per il trasfusionale e la dialisi si evidenzia una partecipazione ridotta del Privato alla rete Emergenza/Urgenza.

La conseguenza è spesso un affollamento dei Ps/Dea e difficoltà nel reperimento dei Posti Letto per Acuti che devono far riferimento in prevalenza alle strutture Pubbliche.

Nell'ambito del "sistema Ospedaliero" vi sono poi da fare altre riflessioni circa i tempi di attesa, carichi amministrativi e motivazione del personale.

Sui tempi di attesa (libro Bianco pag. 93) si sottolinea la necessità di un generico miglioramento, senza tuttavia approfondire la questione ma solo accennandola, dell'appropriatezza. Non si chiarisce che molte prestazioni ambulatoriali sono inutili o inappropriate, moltissime legate alla medicina difensiva, molte soprattutto strumentali legate alla mancanza di un parere specialistico, altre dovute agli obiettivi di produttività aziendale. Inoltre vi sono le carenze di organico per il blocco del turnover, i carichi amministrativi che allungano sempre più il tempo/prestazione, le tecnologie e l'organizzazione dei Servizi.

A proposito dei carichi amministrativi si legge (pag 16 Appendice: Il Sistema Ospedaliero) "medici, infermieri, tecnici e altro personale di

segue a pagina 12

## Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica del SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica – Anno 2012 (Libro Bianco pag 31)

	Personale SSR %	Beni e Servizi %	Medicina Conv enzionata %	Specialistica Convenzionata %	Farmaceutica conv %
Lombardia	27,6	30,3	4,9	5,4	7,5
Piemonte	34,1	32,5	5,6	3,3	7,6
Veneto	31	32	5,2	4,1	6,2
Emilia Rom	34,5	34,8	6,1	2,3	6,5
Toscana	35,8	37,8	5,8	2,3	7,8
Lazio	26,4	33,8	5,6	4,7	8,5
ITALIA	32	32,5	6,0 %	4,2	8,1 %

Servizi E/U Reg.Lombardia	% Strutture Pubbliche	% Priv Accr
DEA	66,7	8,2
PS	72,1	22,2
PS ped	37,7	2,78
Centri Trasf	62,3	1,4
U.T.I.	73,8	16,7
Dialisi	57,4	12,5

Fonte: Min Salute 2011

# Precariato sempre più “stabile”.

## Da Nord a Sud nessuno è escluso

quotidiano sanità

**Domenico Montemurro**

Responsabile Nazionale

Settore Anaaio Giovani

**Claudia Pozzi**

Responsabile Macro Regione

Centro Settore Anaaio Giovani

### Formazione medica. Mina vagante in mano al Tar o riforma strutturale?

**06 OTT - Gentile Direttore,** desideriamo fare il punto su una situazione che, se non valutata e gestita in tempi rapidi, rischia di diventare a dir poco esplosiva.

Oggi si assiste ad un sempre più crescente aumento del numero di iscrizioni alla Scuola di Medicina e Chirurgia. Questo dato, accanto alla riduzione dei posti nelle Scuole di Specializzazione ed alla mancanza di nuove assunzioni ed alla selva proliferante di contratti di lavoro “atipici”, rende ragione di una scommessa persa con le nuove generazioni mediche.

Le ragioni storiche del brusco aumento del numero degli iscritti alle Scuole di Medicina e Chirurgia hanno inizio dal 2007, anno in cui è partita una vera e propria battaglia di maxi ricorsi contro il numero chiuso basata essenzialmente su irregolarità delle prove concorsuali legate a vizi dell’anonimato e violazione della segretezza concorsuale. Dal 2013 l’oggetto del ricorso si è allargato al mancato riconoscimento del cosiddetto

“bonus maturità”.

Si sono così susseguite numerose sentenze che, a partire da dicembre 2013, con i ricorsi al Tar di Palermo, del Lazio e il decreto scuola, hanno sancito il diritto di iscrizione in sovrannumero a circa 3000 studenti, per finire ai ricorsi collettivi, e pilotati, del 2014 con l’ingresso di altre 2.150 unità, dichiarando pertanto l’illegittimità e, di fatto, la fine del numero chiuso.

Traducendo le sentenze in cifre, per i soli aa 2013-14 e 2014-2015, le iscrizioni previste ai Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, sommando i posti per il 2013-14 che ammontano a 10157 e quelli per il 2014-15 a 9983 con gli studenti in sovrannumero spalmati sui due anni accademici, saranno più di 25mila, dato previsionale in aumento rispetto ai circa 7500 dell’aa 2000-2001. Considerando una media dell’80% che consegue il titolo di laurea e un tasso di abbandono tra il 5 e 10%, avremo circa 17.500 nuovi laureati, determinando a invarianza di programmazione dei posti in scuola di specialità, una classe di almeno 12mila potenziali disoccupati “a tavolino”. Questo numero aumenterà ancora se consideriamo le scorciatoie della “fuga” dal numero chiuso. Molti aspiranti camici bianchi, per aggirare l’ostacolo del test di ammissione al Corso di Laurea, spesso incoraggiati e sostenuti da organizzazioni di studio private, decidono di iscriversi a Facoltà estere. Le mete più ambite sono le nazioni dell’Europa dell’Est e la Spagna. L’Università Cattolica Nostra Signora del Buon Consiglio,

un ateneo privato con sede a Tirana, convenzionato con la Statale di Milano, la Seconda Università di Roma e l’Università di Bari, rilascia titoli con valore legale anche nel nostro Paese e consente, dopo il primo anno di corso, di rientrare in un percorso di studi in Italia. Ad oggi non è stato adottato alcun provvedimento concreto, se non un dimezzamento dei posti disponibili per l’aa 2014-2015 e una sentenza del Consiglio di Stato che dichiara “legittima l’esclusione da un qualsiasi anno di corso degli studenti di università estere, che non superino la prova selettiva di primo accesso, eludendo con corsi di studio avviati all’estero la normativa nazionale...”, senza risolvere il pregresso e facilitando nuovi ricorsi.

Quali sono, dunque, le soluzioni per gestire questo fenomeno? Lasciamo che la programmazione venga guidata dai ricorsi al Tar, senza avere la possibilità di prevedere il reale numero di iscritti per ciascun anno, oppure mettiamo mano a riforme strutturali?

Il modello francese potrebbe non essere una soluzione in Italia, per mancanza di strutture idonee ad accogliere tutti i neoiscritti e la necessità di riorganizzare il sistema di valutazione meritocratica, per cui appare necessario trovare altre soluzioni.

Anaaio Giovani ritiene necessario partire da una riforma del test d’ingresso legata al concetto più ampio di «programmazione» che tenga conto di una valutazione “vocazionale” e attitudinale, anche a partire dalle scuole superiori, garan-

tando un rapporto ottimale tra studenti e strutture di formazione. Nell’ambito del Corso di Laurea occorre iniziare ad acquisire un’esperienza formativa professionalizzante attraverso un percorso che rappresenti un continuum tra studi pre e post laurea, delocalizzato dall’Università verso Teaching Hospitals individuati in strutture del Ssn accreditate a costituire una vera e propria rete formativa. Inoltre, per agevolare il precoce inserimento dei giovani medici nel mondo lavorativo, si riformi l’esame di Stato da svolgersi all’interno del percorso di studio del corso di laurea con l’ottenimento di una “laurea abilitante alla professione”. Strettamente connessa alla riforma per il Corso di Laurea, occorre prevedere un corretto numero di accessi alle scuole di specializzazione su base nazionale secondo un turn over pensionistico, che tenga conto anche dei modelli di organizzazione del lavoro, garantendo poi l’accesso al mondo del lavoro. Perché allora non considerare un Jobs Act specifico per i giovani medici?

Nonostante le irregolarità rilevate durante i concorsi a numero chiuso, che hanno aperto le porte al Tar e che non hanno mai individuato un responsabile né politico né amministrativo, il lungo percorso formativo, le spese per sostenere gli studi spesso in una città diversa da quella di origine e le incertezze nella fase post-laurea, evidentemente ad oggi le motivazioni che spingono un giovane a iscriversi al corso di laurea in Medicina sono ancora molte e meriterebbero un’approfondita analisi sociologica.



IL GAZZETTINO

Giovedì 7 agosto 2014

Padova

## SANITÀ Un'indagine Anaaò rivela che solo il 4,7% dei dottori under 33 è assunto con contratto a tempo indeterminato

# Medici precari fino a cinquant'anni

## «Una follia, illegale per l'Europa»

(F.Capp) Camici bianchi, il posto fisso è un miraggio: a Padova, città sanitaria per eccellenza, con un polo ultraspecialistico di cosiddetto terzo livello e una miriade di ospedali più o meno grandi tra città e provincia, il precariato stravinisce. Solo il 4,7% dei giovani dottori under 33 è assunto con contratto a tempo indeterminato. Per godere della serenità del "pezzo di carta che non scade" bisogna attendere pazientemente il cinquantesimo compleanno. Prima, è la fiera dei contratti rinnovabili, delle ansie e dei patemi d'animo dettati dall'incertezza, delle speranze che salgono periodicamente in alta.

«Avere un contratto atipico - chiarisce Andrea Rossi, responsabile Anaaò Giovani del

Veneto (Associazione medici dirigenti) e vice segretario regionale Anaaò - significa di fatto niente maternità, niente ferie, niente malattia, niente previdenza, niente anni di anzianità, ed esser pagato, in particolare per quanto riguarda la realtà del gettonista, quanto una colf. Un'anomalia tutta nostrana che l'Europa, infatti, giudica insostenibile e per di più illegale».

L'età media di chi ha in mano la tua salute? 50,3 anni, con una netta prevalenza tra i 50 e i 60. Una ricerca, realizzata dalla stessa Anaaò Giovani, chiarisce quali sono i numeri del precariato da noi. «Una mini survey, realizzata l'anno scorso, su mille medici under 40 - spiega Rossi - ha evidenziato come, nella fascia d'età tra i

25 e i 33 anni, solo il 4,7% è assunto con contratto a tempo indeterminato, il 46,8% ha un contratto a tempo determinato e il 48,5% un contratto atipico». I dati indicano poi come tra i 33 e i 40 anni la quota di precari si attesti comunque oltre il 33%. «Un'indagine simile condotta dalle Aziende sanitarie del Veneto - chiarisce in conclusione il vicesegretario Anaaò - riporta che i precari in sanità con contratto determinato da almeno 3 anni nella nostra regione sono circa 600, di cui circa 250 medici specializzati. E la situazione, in questi anni non è certo migliorata. Gli effetti di questo mancato ricambio generazionale ricadono direttamente sui cittadini e sui servizi che la Sanità veneta è in grado di garantire».

agenzia  
**DIRE**

### (ER) SANITÀ. ANAAO LANCIA L'ALLARME: TROPPI PRECARI, E SFRUTTATI. AZIENDE LI INGAGGIANO COME SIMIL-PARTITE IVA, «BASTA, ASSUMETELI»

(DIRE) Bologna, 26 set - Nel Policlinico di Modena quest'anno ci sono 132 contratti libero-professionali attivi contro una quota di 430 medici dipendenti, il che vuol dire che "quasi un quarto degli specialisti sono libero-professionisti, la maggior parte con meno di 40 anni".

Nel Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, invece, si contano 622 medici dipendenti ma solo 17 con meno di 35 anni (dati 2012). Sono i dati, "numeri che non lasciano spazio a interpretazioni", che spingono l'Anaaò, il sindacato dei medici, a lanciare l'allarme precariato tra i giovani camici bianchi; a denunciare che le nuove leve in sanità sono spesso dottori "sfruttati e senza diritti".

Come stanno le cose, lo spiega Matteo D'Arienzo, il responsabile regionale Anaaò giovani: negli ultimi anni si è "fortemente affermata" l'abitudine delle Aziende sanitarie di utilizzare incarichi libero-professionali per i giovani medici alle prime esperienze lavorative. "Questi contratti, assolutamente atipici per il medico ospedaliero, sono del tutto assimilabili alle tanto contestate e ormai note partite Iva, ovvero rapporti di lavoro paragonabili, come doveri, a quelli del lavoratore dipendente, ma senza diritti come malattia, ferie, tredicesima, gravidanza", spiega D'Arienzo.

E' una soluzione conveniente per le Aziende sanitarie perché "costano meno di un contratto di dipendenza, ma pongono il giovane medico in una condizione professionalmente inaccettabile e di estrema disparità rispetto ai loro colleghi assunti. Infatti, non esistendo diritti e trattandosi di contratti molto generici nei quali non sono previsti i monti orari, in alcuni casi i giovani specialisti sono costretti a turni massacranti e a svolgere 60-70 ore settimanali di lavoro, mettendo a rischio la salute dei cittadini per evidenti limiti fisici dovuti alla stanchezza".

Di fatto, le cose funzionano così: un giovane medico si laurea a 25 anni, intraprende la specializzazione l'anno successivo e si ritrova, "nella migliore delle ipotesi, a cercarsi il primo lavoro nelle strutture pubbliche a 31 anni, dopo oltre 11 anni di studio" e qui "inizia qui il suo infinito precariato", dice D'Arienzo in un comunicato. In media, "con un po' di fortuna", il giovane medico "riuscita" a passare di ruolo dopo cinque, sei-sette anni di contratti libero professionali e incarichi a tempo determinato, ma non sono pochi i casi in cui il posto a tempo indeterminato arriva dopo 10-12 anni.

L'Anaaò sottolinea che il precariato "porta gravi conseguenze su molti aspetti della vita del medico: previdenziale, familiare, di carriera. I precari versano poco o nulla all'Inps, venendo meno al patto generazionale con i pensionati e creando un importante deficit nella cassa previdenziale pubblica, ora in profondo rosso per l'iniquo metodo retributivo dei tempi delle vacche grasse. Riusciranno ad andare in pensione? Sì, a 68 anni suonati, ma con un misero assegno, per via dei soli 30 anni di contribuzione". Inoltre, la tutela della gravidanza "è un sogno" per le donne medico "che possono aspirare a un'eventuale maternità" solamente verso i 40 anni, ben oltre l'età media delle altre neomamme italiane.

L'Anaaò giovani dell'Emilia-Romagna chiede, dunque, più attenzione delle istituzioni per i giovani medici, "con la veloce stabilizzazione di tutti i contratti libero-professionali in contratti di dipendenza, per poter continuare a preservare e a offrire ai cittadini un elevato standard qualitativo del Servizio sanitario e per evitarne un graduale ma inevitabile impoverimento, con giovani medici sfruttati fino al midollo e trasformati in mercenari al servizio delle aziende sanitarie".

Dario Amati

Responsabile Macro Regione Nord  
Settore Anaaò Giovani

### I "cinesi" siamo noi!

Molto spesso sui quotidiani nazionali si sente parlare di sfruttamento del lavoro. Persone costrette a lavorare anche di notte, il sabato e la domenica, senza pausa settimanale, spesso riposando pochissimo in luoghi non idonei e per giunta nello stesso luogo in cui lavorano. In questi casi, soprattutto le donne, sono le maggiori vittime dei loro "aguzzini". La maternità può diventare un dramma e la causa della perdita "dell'irregolare" rapporto lavorativo. Chi si ammala non viene pagato ma è sostituito da un altro lavoratore disposto, pur di avere una fonte di sostentamento, a lavorare alle medesime intolleranti condizioni.

I datori di lavoro spesso omettono il versamento dei contributi e molto spesso rinnovano il rapporto di lavoro di pochi mesi in pochi mesi in modo da trattenere il lavoratore sotto un pesante giogo di incertezza. Esiste una rete organizzata che introduce questi lavoratori sul mercato, una sorta di "caporali", che li indirizzano verso chi li sfrutterà. In questo modo i datori di lavoro si arricchiscono, non versano i contributi, e truffano lo stato eludendo le norme so lavoro dipendente.

Questo sembrerebbe il quadretto di un laboratorio più o meno clandestino diretto da imprenditori asiatici privi di scrupoli. Eppure così non è. Questo è quanto normalmente capita nelle nostre ASL e negli Ospedali.

Il fenomeno del precariato in medicina, non è soltanto un problema di carattere giuslaboristico, ma anche di palese violazione delle norme fondamentali sul lavoro. Viene "assunto" un medico con contratto atipico spesso con partita IVA, o con progetto, o con borsa di studio per farlo lavorare in modo analogo ad un lavoratore dipendente sotto mentite spoglie. Ma la cosa più vergognosa di cui ho avuto notizia e che in alcune ASL/ASO viene fatta firmare una sorta di "liberatoria" in cui il povero medico, è costretto a sottoscrivere che quanto dovesse capitare durante un turno, una guardia o peggio un intervento chirurgico, sarà sotto la sola responsabilità del medico sollevando l'azienda da qualsiasi addebito. Qui direi che siamo già oltre il limite. E non si pensi che questo "povero tapino" sia ricompensato da lauti guadagni. Mediamente la retribuzione si aggira intorno a 30 euro lordi orari, che per 152 ore mensili fanno 4560 euro lordi. Considerando una tassazione calcolata per difetto al 50% otteniamo 2280 euro netti. A questa cifra dobbiamo togliere il premio assicurativo che è in questo caso, totalmente a carico del medico. Un premio medio per chi non svolge attività chirurgica si attesta intorno ai 4000 euro annui che sono 333 euro mensili. Quindi in un mese rimangono in tasca 2280 - 333 = 1947 euro. Se dividiamo 1947 per 152 ore mensili otteniamo una retribuzione oraria netta di 12,8 euro, tutto senza garanzie, riposi, malattia, maternità ecc. E questo non è sfruttamento?

Contestualmente il nostro datore di lavoro si arricchisce perché sfrutta lavoratori "falsamente" autonomi come lavoratori subordinati con tanto di turni firmati dal direttore delle unità operative ed avallati dalla direzione sanitaria. Peccato che questa è truffa, che diventa aggravata se qualcuno avesse percepito gli obiettivi dovuti al falso risparmio derivante dall'utilizzo improprio di questa forza lavoro. Sfruttamento del lavoro (603 bis del codice penale), omesso versamento dei contributi e chi più ne ha più ne metta...

Concludiamo che l'utilizzo di medici nelle ASL e negli Ospedali con contratti-non-contratti è vero e proprio sfruttamento. Tutto ciò rende i luoghi di cura simili a quei laboratori clandestini in cui i lavoratori lavorano sottopagati in condizioni sovraumane. Ci rimane quest'ultima considerazione: "i cinesi siamo noi!!!!".



Comunicato stampa

## Sanità nel Lazio, Anaao: "Serve il turnover"

Comunicato - Inserito Da Maddalena - 25 Agosto 2014



Il DL 90/2014 sulla riforma della pubblica Amministrazione, convertito in legge l' 11 agosto 2014, cambierà negli anni a venire la vita di migliaia di dipendenti pubblici. I dirigenti medici saranno rottamabili a 65 anni, senza tener conto che un limite anagrafico tassativo circoscrive di molto i margini di manovra delle aziende, rimanendo infatti in vigore la legge del 2008, che prevede 42 anni di anzianità contributiva. La norma (2008) affida la facoltà e non un' obbligatorietà d'azione all'Azienda di pensionamento coatto, possibile già prima e pur senza il DL 90. E' chiaro che in mancanza di nuove assunzioni e con regole ragionieristiche e afinalistiche sulle uscite, le carenze degli organici ospedalieri potrebbero divenire sempre più catastrofiche. In particolare nel Lazio, il Decreto del 25 luglio 2014 U00247 recante: "I

programmi operativi 2013-2015 per la sanità regionale", ribadisce che le eventuali assunzioni concesse in deroga, sono fissate nella misura del 15% del numero del personale cessato dell'anno precedente. In un recente censimento condotto da Anaao Giovani Lazio, attraverso un sistema misto (interviste personali e consultazioni al sito della FNOMCeO -Servizi di Anagrafica) presso la struttura ospedaliera Sandro Pertini di Roma, ASL Roma B, sono state considerate le tre principali macro-aree afferenti ai Dipartimenti DEA, Medico e Specialità Mediche, Chirurgico e Specialità Chirurgiche. Il personale medico complessivo operante, è risultato di 272 unità così ripartite: medici a tempo indeterminato 235 (86.4%), età media 51 anni (range:33-68); 26 medici con contratti precari/atipici (9.6%), età media 42.3 anni (range: 36-57) e 11 con contratto Sumai (4%), età media 51.6 anni (range:41-65). Il dato fondamentale risultante è che il 13.6% della forza lavoro è fornito da personale medico con contratti rinnovabili. Il trend dei pensionamenti inerenti le varie Aree e quello cumulativo (DEA, Medica, Chirurgica) sono stati calcolati per i prossimi 5 anni, considerando cessati i Dirigenti con età >65 anni per il 2014, di 64 anni (al 2014) per il 2015, di 63 anni (al 2014) per il 2016, di 62 anni (al 2014) per il 2017 e di 61 anni (2014) per il 2018. I risultati hanno mostrato una perdita cumulativa di 31 unità entro il 2018, di cui 18 per l'area Medica, 8 per quella Chirurgica e 5 per il DEA (11.4% delle 272 unità di partenza). Tale percentuale, calcolata nell'arco di 5 anni, rasenta una media di circa 6 unità cessate/anno, (2.3%) di perdita sull'organico. Poiché le assunzioni in deroga disposte dal Commissario Zingaretti sarebbero pari al 15% sui cessati medi annuali, ne risulta un 15% di un misero 2.3%, quindi un numero assoluto di 0.9 nuovi medici possibili assunti/anno, per di più al netto delle mobilità e senza considerare le uscite dei primari.

Questo spaccato della Sanità romana si presta a diverse considerazioni. La carenza di organici che difficilmente potrà essere colmata con il blocco delle assunzioni e con i trasferimenti obbligatori previsti entro i 50 km, con inevitabili ripercussioni sull'offerta agli utenti e rischio di chiusura di numerosi reparti. Non emerge alcuna soluzione al tema annoso del precariato "infinito" che affligge la Regione, dove operano medici precari non più "giovani", addirittura di 57 anni.

L'Anaao, al fine di ridare dignità personale e lavorativa ai tanti medici che ad oggi dopo anni di lavoro nel SSN non si "sentono" più precari, chiede una migliore programmazione del turn-over medico e l'immediato riesame del DPCM di stabilizzazione dei precari.

Maddalena Zippi (responsabile Regione Lazio Anaao Giovani)

segue da pagina 9

assistenza devono essere messi in condizione di dedicare la maggior parte del proprio tempo ai pazienti, riducendo al minimo essenziale attività amministrative". "Il personale amministrativo deve svolgere le proprie funzioni con l'obiettivo di semplificare l'attività". Sono affermazioni importanti specie alla luce di un dato non presente nel Libro Bianco che evidenzia come il Personale Amministrativo in Lombardia sia pari al 12,7%, contro una media nazionale dell'11,3% (fonte Min Salute Annuario del Personale 2011).

Circa le motivazioni del Personale (pag 8 Ap-

pendice: Il Sistema.Ospedaliero) sono da sottolineare le condivisibili affermazioni contenute nella stessa Appendice:

"intervenire sulla variabile più critica in tutti i sistemi di servizi alla persona, ossia la qualità e la motivazione del personale a tutti i livelli", ..... "interferenza di alcuni manager che confondono la loro responsabilità di garantire le migliori condizioni organizzative per medici, infermieri e altre figure di assistenza con il potere gerarchico autoreferenziale o di politici che non si limitano a dare indirizzi, fissare obiettivi ma intervengono impropriamente su scelte

## L'UNIONE SARDA

Puddu (Anaao): ci riconoscano almeno ferie e maternità

## Medici senza diritti: «Viviamo nel precariato»

» «Il posto fisso è un'utopia anche per i giovani medici specialisti». Il frequente ricorso ai contratti atipici non garantisce ai precari i diritti dei colleghi col posto fisso e il sindacato dei giovani dirigenti medici chiede maggiori garanzie per i giovani camici bianchi.

«Nessun diritto alla maternità, alle ferie, alla malattia, nessuna previdenza, niente anni di anzianità, nessuna possibilità di fare carriera», denuncia Michela Piludu, responsabile dell'Anaao giovani per la Sardegna. «Non esiste un regolamento, come quello che tutela i lavoratori a tempo indeterminato, così i medici che hanno già sostenuto un percorso formativo troppo lungo e pesante, si ritrovano specialisti e precari senza poter sperare in un futuro migliore».

Tutte le aziende sanitarie fanno ampio ricorso ai contratti a tempo determinato per i medici, sono più di venti quelli che lavorano tra il Policlinico e il Civile per conto dell'azienda ospedaliero-universitaria e una cinquantina sono quelli impegnati nei presidi gestiti dalla Asl 8. «Sono pochissime le mosche bianche che hanno la possibilità di sostenere un concorso al termine della



PROTESTA

Il sindacato dei dirigenti medici chiede maggiori garanzie per i giovani camici bianchi. L'Anaao: «Non esiste un regolamento, come quello che tutela i lavoratori a tempo indeterminato»

## «Basta distinzioni tra specialisti di serie A e serie B»

specializzazione e ambire ad un posto fisso. Nella maggior parte dei casi la nostra generazione vive nel precariato», denuncia Piludu, «cerchiamo almeno di regolarizzare questa forma di precariato, si potrebbe per esempio cominciare con introdurre il diritto alla maternità, alle ferie, alla malattia: per i diritti fondamentali di un lavoratore non dovrebbero esserci distinzioni tra medici di serie A e medici di serie B».

Secondo il segretario dell'Anaao giovani sarda inter-

venti importanti dovrebbe essere messi in campo per riorganizzare la formazione. «Bisogna cercare di abolire quel limbo nel quale spesso i medici si ritrovano senza far niente tra laurea e specializzazione. In Francia e Germania la formazione post lauream va in parallelo con l'attività lavorativa e si ha la possibilità di essere assunti all'interno della stessa struttura ospedaliera nella quale si è nati e cresciuti», conclude. «Tanti medici convivono con questa precarietà e grazie alla loro buona volontà si riesce ancora a garantire un'assistenza ai pazienti di livello medio-alto».

Marcello Zasso

RIPRODUZIONE RISERVATA

dm  
dirigenzamedica

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:  
Giorgio Cavallero  
Domenico Iscaro  
Mario Lavecchia  
Carlo Palermo

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  
0147 Roma  
email: redazione@hcom.it  
tel. 06.59.44.61  
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di  
Milano n.182/2002 del 25.3.2002.  
Sped. in abb. postale - D.L.  
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.  
46) art. 1, comma 1, dcb Roma

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

Stampa  
STRpress, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare  
nel mese di settembre 2014

## Selezione e formazione dei futuri medici

di **Alessandra Spedicato**  
Settore Anaaio Giovani

# Se il modello francese non è più così appetibile

**In Francia si sta aprendo un acceso dibattito sulla bontà del sistema di selezione e formazione dei futuri medici. Tanto che l'Associazione nazionale degli studenti di medicina francese ha espresso l'esigenza di rivedere il "numerus clausus" perché non offre una equità di accesso al sistema. E il Presidente della Conferenza dei Docenti ha ammesso che bisogna rivedere il numero chiuso alla luce di obiettivi pedagogici prefissati**

**Numerosi protagonisti** del mondo della Sanità francese iniziano a mettere in discussione il sistema di selezione e formazione dei futuri medici in patria.

Prima di entrare nel merito della discussione è bene ricordare brevemente come è strutturato l'iter educativo nell'Hexagone.

Il giovane studente, aspirante medico, deve affrontare un anno accademico denominato "Paces" (Première Année Commune des Etudes de Santé) che è comune a quattro Facoltà: Medicina, Odontoiatria, Farmacia e Ostetricia.

Nel corso dei due semestri si seguono corsi di scienze di base (biologia, fisica, chimica), di scienze mediche (anatomia, istologia, fisica, chimica), di scienze umane e sociali.

Al termine del secondo semestre viene svolta la selezione nazionale per l'ingresso nel percorso specifico scelto.

In media soltanto il 20% degli studenti che hanno manifestato l'intenzione di dedicarsi agli studi medici riesce ad ottenere l'accesso al secondo anno e dunque a iniziare il percorso di studi verso la carriera di cerusico. Il restante 80% si ritrova 'malheureusement' ad aver sprecato tempo ed energie!

Nel 2014 in Francia su 58mila studenti fre-

quentanti il Paces, solo 7.492 sono stati ammessi al secondo anno nel percorso di medicina (ricordiamo che in Italia nello stesso anno si sono presentati al Test di ammissione circa 60mila studenti e per 10mila ammissioni - 15mila ammissioni se saranno accettati i ricorsi al Tar). Anche l'accesso alle altre quattro facoltà del Paces è limitato dal numero chiuso (nel 2013 i posti riservati per odontoiatria sono stati 1.200, per ostetricia 1.017 e per farmacologia 3.095). Per gli studenti che non superano la selezione, non esiste un percorso definito o meglio, il sistema formativo non prevede ufficialmente nessuna ancora di salvezza.

Gli studenti possono decidere di tentare nuovamente l'anno successivo oppure possono indirizzarsi verso altre facoltà, non necessariamente correlate al settore sanitario.

Esiste una passerella tra il Paces e la Facoltà di Biologia: se il curriculum personale è buono si può accedere - dopo un colloquio e la valutazione dei titoli - al secondo o addirittura terzo anno della facoltà di Biologia (L2 o L3) oppure

ripartire dall'inizio come se si fosse appena usciti dalla scuola superiore (che in Francia prende il nome di Baccalauréat).

Alternativa è l'iscrizione al secondo anno del ciclo preparatorio per la scuola di Ingegneria. Possono anche iscriversi al L2 di Fisica o Chimica, che permette successivamente di accedere ad altre facoltà tecniche tra cui di nuovo ingegneria.

La Scuola Superiore di Ottica accoglie a Febbraio anche studenti che decidono di ritirarsi dal Paces già alla fine del primo semestre e offre un piano formativo che va dai 2 ai 5 anni di studio (BAC +2 a BAC +5).

Soluzioni dunque esistono, ma sono demandate alla sensibilità e volontà di ciascuno studente (tanto che i blog sull'argomento sono numerosissimi), soprattutto alla capacità del singolo di non arroccarsi sulle proprie posizioni ma di plasmare ex novo i progetti fatti sul proprio futuro.

Trovare una soluzione a tale spreco di risorse umane ed economiche non è semplice.





Il Ministro dell'Istruzione francese immagina la creazione di una licenza sanitaria (licence santé) sul paradigma del Processo di Bologna. Dunque un percorso di studi strutturato su tre passaggi: licence, master, doctorat anche detto Lmd così come sta già avvenendo per altri percorsi di studio. La licence (durata 3 anni) permette l'accesso al mondo del lavoro, il master (durata 2 anni) prepara la strada verso un percorso professionale più qualificato e di alto livello o orientato alla ricerca e il doctorat (3 anni) è una ulteriore specializzazione che permette di essere più competitivi anche sul piano internazionale. L'Isni (intersyndicat national des internes) mette in guardia su tale proposta evidenziando che così facendo si ottiene solo uno spreco di risorse umane ritardato nel tempo (in tre anni, quelli della durata della licence) e dunque anche più insidioso perché non tutti gli studenti che si iscrivono nella speranza di diventare medici accetteranno poi di ripiegare verso un percorso alternativo in una professione sanitaria. Ricordiamo che nel 2013 solo il 18% degli studenti ha superato il Paces! L'associazione nazionale degli studenti di medicina francese (Association nationale des étudiants en médecine de France Anemf) sottolinea l'esigenza di rivedere il numerus clausus (ma non specifica come) perché non offre una equità di accesso al sistema. Infatti, mentre circa l'80% degli studenti del Paces vedono sfumare il loro sogno alla fine del primo anno di studi e sono poi mal indirizzati verso corsi di studi alternativi (tanto che una importante quota di studenti cambia radicalmente orientamento) è anche vero che soggetti più facoltosi possono provare un percorso di studi all'estero per poi rientrare nella Facoltà di medicina dalla "porta di servizio". Un esempio è l'università di Medicina in Ro-

“ Di un dibattito sulla revisione del sistema formativo in medicina aperto a tutte le figure che ruotano attorno al mondo della Sanità se ne sente l'esigenza anche in Italia e, su tali temi l'Anaa ha già pronta la sua proposta per ovviare alla futura carenza di medici

mania "Cluj Iuliu Hatieganu" dove si svolge regolarmente un corso di studi in medicina che prevede anche la lingua francese. Il titolo è dunque facilmente acquisito e legalmente riconosciuto nell'Hexagone a seguito della direttiva comunitaria 2005/36/Ce.

Quanto sopra non è poi tanto distante da quanto sta accadendo tra Italia e Albania con la creazione dell'Università Cattolica Nostra Signora del Buon Consiglio. Tale sistema non solo alimenta le disparità sociali ma scombina anche gli obiettivi di programmazione della demografia medica su cui il numero chiuso consente di lavorare. Certo è che, con l'apertura delle frontiere ai diversi professionisti, diventa sempre più difficile cercare di modulare e programmare il numero di operatori sanitari all'interno dei diversi paesi. Nel 2013 sono risultati iscritti all'albo nazionale francese 6.940 nuovi medici di cui 1.728 - più di un quarto - sono di provenienza straniera, comunitaria e non comunitaria (Algeria, Tunisia, Libia).

Inoltre sempre più medici (soprattutto francesi) si formano all'estero e tornano in patria per affrontare l'Ecn - Epreuve Classant Nationales - cioè l'esame di ammissione alla specializzazione. Quest'anno sono 258 contro i 202 dell'anno precedente, tanto che l'Osservatorio na-

zionale della demografia delle professioni sanitarie (Ente di cui in Italia se ne sente l'esigenza, al fine di avere un centro unico di raccolta e gestione di tutti i dati del personale medico e non solo) ha dovuto rivedere tutte le proiezioni che aveva fatto nell'arco temporale 2015-2025 riguardo una possibile penuria di medici.

A questo punto la funzione del numerus clausus deve essere quella di permettere una formazione di qualità del personale medico, sia dal punto di vista teorico che pratico.

Un'indagine interna condotta tra gli specializzandi francesi, che vedono moltissima parte del loro tempo indirizzata verso un orientamento pratico della professione, ha evidenziato che i momenti dedicati alle lezioni teoriche sono trascurati anche in misura maggiore del 50% a causa della difficoltà di allontanarsi dagli ospedali di tirocinio.

I ministri della Salute e dell'insegnamento superiore si apprestano ad aprire un dibattito sulla revisione del sistema formativo in medicina. Di un dibattito aperto a tutte le figure che ruotano attorno al mondo della Sanità se ne sente l'esigenza anche in Italia e, su tali temi l'Anaa ha già pronta la sua proposta per ovviare alla futura carenza di medici in Italia e alla lacuna formativa della componente pratica nel percorso di studi dei giovani medici.

In Francia il Presidente della Conferenza dei Docenti ha ammesso che bisogna rivedere il numero chiuso alla luce di obiettivi pedagogici prefissati e ha sottolineato come è criticabile la brutalità di un concorso che giudica gli studenti dopo che questi hanno "ingurgitato" (cit.) nozioni in un tempo troppo breve (un anno).

Cosa direbbe mai degli aspiranti dottori italiani che hanno solo una estate per ingurgitare tali nozionismi?

# SURVEY

PER TUTTI I MEDICI

**Tagliare la sanità nuoce alla salute. Anche dei medici. Indagine sulle patologie dei camici bianchi correlate al lavoro.**

**Qual è lo stato di salute dei medici? Quali le patologie più frequenti che le pesanti condizioni di lavoro in corsia provocano? È possibile conciliare la vita privata e quella professionale senza danno per la salute?**

**L'indagine promossa da Anaa Giovani** intende tracciare un identikit delle principali patologie da cui sono affetti i medici nel nostro Paese, strettamente collegate all'aumentare dei carichi di lavoro dovuti ai drastici tagli delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale imposti per legge.

**Partecipa alla Survey** e aiutaci a capire l'entità del problema rispondendo alle domande; in questo modo ci permetterai di denunciare le situazioni più critiche e di elaborare una proposta per "ricapitalizzare" il lavoro medico. La Survey è rivolta ai medici che lavorano negli ospedali italiani in qualsiasi forma, dal giovane in formazione specialistica al "senior".

Vai su <https://it.surveymonkey.com/s/P9R7P23> per compilare la survey



# TUTELA LAVORO

Avv. Francesco Maria Mantovani  
Consulente legale Anaa Assomed

## Il diritto di critica

### del lavoratore e del rappresentante sindacale nella giurisprudenza

**Le valutazioni** del lavoratore, che possono raggiungere anche livelli di particolare aggressività, risultano difficilmente contenibili per essere una specificazione del più generale diritto, attribuito a tutti i cittadini dall'art. 21 della Costituzione, "di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, con lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione".

Proprio in ragione della delicatezza della questione, la giurisprudenza ha delimitato i confini del diritto di critica al fine di bilanciarlo con gli altri diritti concernenti beni di pari rilevanza costituzionale.

Infatti, il diritto di critica trova un essenziale limite nell'interesse alla reputazione ed all'onore da parte del destinatario della critica.

È quindi illecito l'esercizio del diritto di critica che lede l'onore o la reputazione od ogni altro aspetto fondamentale della personalità, tutelati direttamente dagli artt. 2 e 3 della Costituzione, poiché il diritto di esprimere liberamente il proprio pensiero in forma critica non legittima la violazione di altri beni costituzionalmente garantiti. In questa prospettiva, appare lesiva la critica priva di un fondamento di verità e quella che oltrepassi il limite della necessità e pertinenza.

In particolare, i fatti narrati devono corrispondere a criteri di veridicità ed obiettività. Pertanto, il lavoratore ha l'onere di soppesare l'effettiva consistenza degli elementi in proprio possesso prima di dare pubblica risonanza a presunte o reali responsabilità, di rilievo anche penale, che valgono a screditare l'immagine del datore di lavoro.

Sempre con riguardo sempre al contenuto della critica, viene in rilievo, accanto al principio di continenza sostanziale, il vincolo della cosiddetta pertinenza, vale a dire della coerenza della manifestazione del pensiero agli scopi perseguiti. Ulteriore vincolo posto al diritto di critica è la cosiddetta continenza formale, che impone la correttezza delle forme espressive utilizzate. La critica deve essere quindi manifestata in forma moderata, con modalità non lesive dell'onorabilità e del decoro del datore di lavoro. Sono quindi illegittime le critiche che si sostanziano, a prescindere dalla veridicità dei fatti narrati, in frasi denigratorie o offensive.

Per le stesse ragioni è illegittima la critica che

L'esercizio, da parte del lavoratore, del diritto di critica nei confronti del datore di lavoro rappresenta un tema particolarmente dibattuto in giurisprudenza



non sia improntata a leale chiarezza, ossia che ricorra a sottintesi, ad accostamenti suggestionanti, o, addirittura, a vere e proprie insinuazioni.

Peraltro, la giurisprudenza ha escluso che non risponda a lealtà, la critica espressa con la forma espressiva della satira, che essendo intesa, con accento caricaturale, alla dissacrazione ed allo smascheramento di errori e di vizi di una o più persone, ha carattere essenzialmente simbolico e paradossale. Quando la critica, espressa dal lavoratore eccede i limiti posti dalla giurisprudenza, ricorre una lesione dei principi di correttezza, fedeltà e fiducia fra le parti del rapporto di lavoro.

Infatti, la critica espressa con modalità tali, per la gravità e natura, da ledere la fiducia del datore di lavoro, mina il presupposto essenziale della collaborazione fra datore di lavoro e lavoratore, integrando la giusta causa di licenziamento. Al riguardo, la giurisprudenza ha ritenuto legittimo il licenziamento occasionato da una condotta extralavorativa che si traduca in ingiuria o diffamazione, tali da ledere irreparabilmente al rapporto fiduciario alla base del contratto di lavoro. La valutazione in merito al ca-

attere diffamatorio, o meno, della manifestazione del pensiero del lavoratore consiste nell'accertamento, di carattere oggettivo, della veridicità delle notizie rese pubbliche, e in una indagine di natura soggettiva circa il rilievo del discredito, con riguardo alle qualità personali del destinatario della critica nel determinato contesto sociale in cui vive.

L'idoneità della critica a ledere il rapporto fiduciario non dipende invece dal relativo ambito di diffusione.

Infatti, se è vero che solo la critica manifestata all'esterno del rapporto di lavoro sembrerebbe idonea a causare un danno all'immagine del datore di lavoro, anche la manifestazione di opinioni, limitata all'ambito della sfera privata dei soggetti coinvolti e non portata a conoscenza dei terzi, può comunque determinare un danno alla sfera morale ed esistenziale del datore di lavoro, di per sé suscettibile di incrinare il rapporto fiduciario alla base del contratto di lavoro e, quindi, a seconda della gravità delle espressioni e del contenuto, risulta suscettibili di legittimare il licenziamento.

Da ultimo, va precisato che gli ordinari limiti al diritto di critica sono attenuati, allorché il diritto di critica sia esercitato dal lavoratore nell'esercizio delle funzioni di rappresentanza sindacale. Al riguardo, la giurisprudenza ha ritenuto che la critica rivolta alla protezione d'interessi collettivi, al quale la Costituzione conferisce valore preminente, non risulta sottoposta a particolari limiti.

Pertanto, la critica sindacale, quale esplicazione della più generale libertà sindacale, è lecita anche allorché sia caratterizzata da modalità esplicative particolarmente aspre e pungenti. Tuttavia, la natura sindacale della critica va valutata in relazione alla finalità collettiva perseguita. Pertanto, la critica espressa dal rappresentante sindacale su materie estranee all'area degli interessi collettivi è soggetta agli ordinari limiti di correttezza, veridicità e continenza valevoli per la generalità dei lavoratori.

**Per medici e dirigenti sanitari dipendenti del Ssn  
che si iscrivono per la prima volta all'Anaa Assomed  
dal 15 settembre al 31 dicembre 2014**

**Quota di iscrizione di 16 euro al mese fino al 30 giugno 2015**

## ANAAO TI TUTELA

### COPERTURA TUTELA LEGALE GRATUITA

L'Anaa Assomed offre agli iscritti la polizza di TUTELA LEGALE compresa nella quota associativa senza alcun onere aggiuntivo. La copertura comprende le spese legali sostenute in sede PENALE E CIVILE con un massimale di €25.000 per sinistro e per Assicurato senza limite annuo, con possibilità di elevare i massimali sino a €100.000 per sinistro con integrazione a proprio carico.

VIENI A CONOSCERE I DETTAGLI DELLA POLIZZA SU WWW.ANAAO.IT

## ANAAO TI ASSICURA

### POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE "COLPA GRAVE"

GRATIS FINO AL 30 GIUGNO 2015

(massimale pari a €5.000.000 e retroattività fino a 10 anni).

I rinnovi al prezzo più basso del mercato. VIENI A CONOSCERE I DETTAGLI DELLA POLIZZA SU WWW.ANAAO.IT

### PRONTO SOCCORSO MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVO

Il servizio rileva e risponde rapidamente alle richieste di consulenza medico-legale-assicurativa, anche non urgenti, rispetto agli adempimenti necessari per un'adeguata tutela e supporta gli iscritti in caso di contenzioso. L'Associato può richiedere gratuitamente l'attivazione di questo servizio cui risponde in prima battuta il personale Anaa Assomed adeguatamente formato. L'operatrice, verificata l'iscrizione all'Associazione, raccoglie i dati e le informazioni necessarie, acquisisce i recapiti e mette in contatto il richiedente con un Medico Legale e, se possibile, anche con un legale.



### COPERTURA ASSICURATIVA CONTAGIO OSPEDALIERO

Agli associati viene riservata la possibilità di acquistare la POLIZZA CONTAGIO OSPEDALIERO per la tutela personale, potendo scegliere tra più massimali nel caso si contragga durante l'attività lavorativa una delle seguenti malattie: HIV, EPATITE B, EPATITE C a partire da €67,00.

## ANAAO TI ASSISTE

### ASSISTENZA LEGALE

Il servizio mette a disposizione degli iscritti un avvocato che li segue sia nell'attività di consulenza che nella difesa stragiudiziale evitando di doversi necessariamente rivolgere ad un legale di fiducia e sostenere costi aggiuntivi.

È possibile contattare i consulenti legali attraverso:

- HELP DESK TELEFONICO e presenza presso la sede Anaa Assomed di Roma il LUNEDÌ – MERCOLEDÌ – VENERDÌ dalle ore 10.00 alle ore 17.00 – telefono 064245741.
- E-M@IL inoltrando il quesito a servizi@anaao.it
- REPERIBILITÀ TELEFONICA DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ al numero 064245741.
- Per i casi urgenti è possibile fissare un appuntamento anche in giorni diversi da quelli stabiliti.

### ASSISTENZA FISCALE

Il servizio intende rispondere ad alcune esigenze degli iscritti:

- Acquisizione e controllo del Mod. 730 precompilato dal contribuente e rilascio del relativo visto di conformità.
- Assistenza alla compilazione MOD. 730 Singolo.
- Assistenza alla compilazione MOD. 730 Congiunto.
- Correzione per rilascio del visto di conformità dei precompilati errati.
- Gestione delle collaboratrici familiari.
- Elaborazione F24 IMU
- Elaborazione F24 TARES

## ANAAO TI FORMA

La Fondazione Pietro Paci e la Scuola Nazionale di Formazione Quadri da oltre 10 anni offrono agli iscritti all'Anaa Assomed la possibilità di seguire gratuitamente corsi ECM qualificati e riconosciuti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute.

La formazione offerta dall'Associazione si pone l'obiettivo di sviluppare le conoscenze e le competenze nel campo della gestione e organizzazione dei servizi sanitari per consentire un esercizio più autorevole e responsabile del proprio ruolo dirigenziale. Il catalogo dei corsi e le modalità di iscrizione sono disponibili sul sito [www.fondazionepietropaci.it](http://www.fondazionepietropaci.it).

## ANAAO TI INFORMA

Segui tutte le notizie in tempo reale su [www.anaao.it](http://www.anaao.it)



## AZIONE LEGALE ANAAO PER IL RISARCIMENTO DI FERIE E RIPOSI NON GODUTI

**I Governi italiani non hanno finora dato applicazione alla Direttiva Europea 2003/88 nei confronti dei Medici e dirigenti sanitari dipendenti.**

L'Anaa Assomed ha promosso, in convenzione con GCP (Gestione Crediti Pubblici), un'azione legale a condizioni vantaggiose per gli iscritti all'Associazione, finalizzata al risarcimento dei danni per il mancato godimento dei riposi giornalieri e il superamento del tetto di 48 ore dell'orario di lavoro settimanale da parte del personale medico e dirigente sanitario diverso da quello di struttura complessa. Tutte le info e le istruzioni sul sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it)

