Numero 1 - 2019

d!rigenza medica

CONTRATTI subito

Dirigenza Medica - Il mensile dell'Anaao Assomed - Anno XVIII - n. 1 - 2019 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB Roma - www.anaao.it

Pat Carra per l'Anaao Assomed

Guarda tutte le vignette nel video Anaao Web TV

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

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

d!rigenza medica

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

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

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

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di gennaio 2019

Sufficienza per il Governo ma...

sulla sanità rischia grosso

Dal ministro Grillo arriva l'impegno a sbloccare il contratto. Ma lo stato di agitazione rimane

Intervista a Carlo Palermo
Segretario nazionale Anaao Assomed

"È stato un annus horribilis il 2018, con il sottofinanziamento del sistema e un contratto fermo da dieci anni. E a peggiorare le cose ci si è messo anche comma 687 della manovra: una follia che rimette in discussione l'accordo quadro per la definizione delle aree e dei comparti di contrattazione della dirigenza del Ssn rischiando di i far slittare ancora qualsiasi ipotesi di chiusura dei contratti, piove sul bagnato".

È fuori dalla grazia di Dio il segretario nazionale dell'Anaao Assomed Carlo Palermo che a sei mesi dalla sua nomina al vertice del sindacato più rappresentativo della dirigenza medica e sanitaria conferma in questa intervista un inizio anno molto caldo sul lato della vertenza sindacale della categoria. Però qualcosa si sta muovendo. Lo sciopero del 25 gennaio già annunciato, preludio a proteste e altri scioperi da qui fino alle elezioni europee, è scongiurato. A consentire il giro di boa un incontro risolutore tra i sindacati dei medici e dirigenti del San con il ministro della Salute Giulia Grillo che ha offerto rassicurazioni sul ripristino del tavolo di contrattazione attraverso una modifica del comma 687, una soluzione sull'utilizzo della Ria e altro ancora. Ma come spiega Palermo: "Lo stato di agitazione rimane comunque, in attesa di fatti concreti.
In ogni modo, il fronte caldo non è solo quello strettamente contrattuale. In ballo ci sono questioni dirimenti per il futuro della sanità pubblica a partire dalla nuova spinta verso l'autonomia, compresa quella sanitaria, che Palermo boccia senza alcun dubbio, fino al problema della carenza di specialisti, considerando che da qui al 2025 ne mancheranno 16.500 con il rischio di mandare in tilt ospedali e servizi. E poi una proposta che farà discutere: "I contratti della sanità dovrebbero passare sotto la responsabilità e il coordinamento del ministero della Salute così come la programmazione della formazione post laurea".
Infine un giudizio sul governo in carica, anch'esso da sei mesi, come il suo mandato da segretario: "Per ora la sufficienza se la sono guadagnata, ma saranno le prossime mosse a qualificarne l'operato nel nostro settore".

Dottor Palermo, sono passati sei mesi dalla sua nomina ai vertici dell'Anaao. Un battesimo del fuoco vista la situazione per la professione...
Sì siamo in un momento molto complicato per la categoria: contratto bloccato dal 2010, ruolo professionale svilito nelle aziende sanitarie, oramai perse in una deriva prettamente economicistica, la carenza di specialisti, disagio lavorativo crescente fatto di straordinari senza limiti, turni di lavoro notturni e festivi massacranti, ferie non godute, carriere bloccate, aggressioni fisiche, legali e perfino mediatiche. Insomma, il nostro è diventato un mestiere difficile, faticoso e rischioso e i medici del Ssn incominciano ad abbandonarlo per preferire attività nel privato. Il compito che mi sono prefisso è quello di cercare di renderlo nuovamente attrattivo e per questo come Anaao ci stiamo battendo con forza per il rinnovo del contratto che rappresenta il primo passo per raggiungere l'obiettivo. Contratto però che, col comma 687 dell'ultima manovra, rischia di diventare una chimera. Questo inaspettato comma blocca, di fatto, il rinnovo contrattuale per un lasso di tempo che potrebbe essere molto lungo non solo per la dirigenza medica e sanitaria ma anche per quella degli Enti locali. Per questo abbiamo chiesto che nell'ambito del Dl Semplificazioni in discussione al Senato la norma venga abrogata o profondamente modificata perché è politicamente scellerata, irrispettosa delle prerogative sindacali, accettabile, forse, per il contratto futuro ma non per quello in corso.

L'incontro con il ministro Grillo vi ha però rassicurati...
Sicuramente. Tant'è che abbiamo deciso di sospendere lo sciopero previsto per il 25 gennaio. Dal Ministro abbiamo avuto rassicurazioni principalmente su due aspetti: sul comma 687, con l'impegno a presentare un emendamento che riapra la trattativa per 2016-2018; e sulla retribuzione di anzianità, già nello stipendio dei medici, che chiediamo sia trasferita sui fondi accessori per pagare gli straordinari, le notti, i festivi. Su questo aspetto il ministro ha assicurato che convocherà un tavolo tecnico con il Mef e la Funzione pubblica per affrontare la questione a tutto tondo, per dare risorse fondamentali e rendere attrattiva questa professione che attraversa un periodo di crisi. E ancora, ha preso impegni per lo blocco del limite di spesa per le assunzioni nel Ssn,

Intervista a Carlo Palermo
Segretario nazionale Anaao Assomed

Il Governo sulla sanità rischia grosso

sul recupero dei contratti di formazione non assegnati e sulle risorse aggiuntive relative al contratto 2019 per incrementare l'indennità di esclusività. Inoltre Grillo ha annunciato di voler attuare una riforma completa della formazione post laurea impostata sul modello formazione/lavoro.

Ma perché quanto previsto nel questo comma 687 della manovra è così negativo? E cosa accadrà se non verrà eliminato?

Come le dicevo, i tempi per i rinnovi si dilaterebbero ulteriormente. Significa rifare completamente l'accordo quadro per le aree e i comparti. Poi bisogna ricalcolare la rappresentatività sindacale secondo le nuove aggregazioni delle categorie, cui dovrà seguire un nuovo Atto d'indirizzo e solo dopo potrà ripartire la trattativa. Insomma stiamo parlando di tempi che potrebbero essere di moltissimi mesi. Si sono dimenticati che sono quasi 10 anni che il nostro contratto è fermo? Pensano di uscirne senza pagare prezzi politici con le elezioni che si avvicinano? La situazione è certamente delicata e richiede una buona dose di ragionevolezza per essere superata.

E alle Regioni che hanno respinto al mittente le vostre accuse?

Ma come facevano le Regioni a non sapere? È possibile che questa misura, che riguarda da vicino le competenze delle Regioni, visto che noi siamo dipendenti delle aziende sanitarie, sia stata fatta a loro insaputa? Certo, è verosimile, come affermano i ben informati, che dietro tutta l'operazione ci sia una 'manina gelida del Nord' ma mi sembra strano che le Regioni non sapessero, perché, se così fosse, sarebbe ancora più grave. E poi mi faccia dire, la critica più dura nel nostro comunicato era per l'azione di Governo non tanto a loro nello specifico.

Nel 2015, secondo il vostro nuovo studio, mancheranno 16.500 specialisti. Vede una via d'uscita al rischio di restare senza medici?

È ormai sotto gli occhi di tutti che in questi anni i governi e l'università hanno sbagliato totalmente la programmazione della formazione specialistica. Sono anni che ormai diciamo che occorre mettere mano al fallimentare sistema di formazione post laurea. Bisogna andare verso un sistema europeo con contratti di formazione-lavoro per cui gli specializzandi vengono immessi in una rete formativa, che non è solo universitaria, ma è mista (Università-Ssn) in modo che possano imparare lavorando sul campo. Inoltre è necessario incrementare i contratti di formazione portandoli ad almeno 9.500/10.000. Lo ripeterò fino alla nausea: mancano specialisti, non mancano laureati in Medicina e Chirurgia.

Come pensate di uscire dall'impasse sulla Retribuzione individuale di anzianità?

La Ria rappresenta un patrimonio economico storico della categoria oltre che una partita contrattuale importante per risolvere il disagio lavorativo e progressioni di carriera. Non capisco come mai la Lega e in particolare il M5S, che occupa ruoli rilevanti nel governo della sanità, sia nell'esecutivo che in Parlamento, non vogliano sbloccare l'utilizzo di queste risorse, che sono già presenti nel Fondo sanitario nazionale e negli stipendi dei medici che vanno in pensione, per poterle destinare alla retribuzione degli straordinari, dei turni festivi, delle guardie notturne, cioè in servizi ai cittadini. E poi c'è anche il grande problema che riguarda le carriere dei medici. Ci sono 80mila dirigenti medici e sanitari che, di fatto, sono bloccati senza possibilità di progressione economica e professionale. Anche qui è importante intervenire per rendere attrattiva la nostra professione. Peraltro con una partita a costo zero per lo Stato.

> *"Il nostro Ssn è il più efficiente nell'utilizzo delle risorse e con ottimi esiti di cura, dobbiamo preservarlo e investirci sopra, non smantellarlo. Ne va della coesione sociale e della democrazia del nostro Paese.*

E su quota '100' come la mettiamo? Avrà un effetto di accelerazione della curva di pensionamento già prevista.

Stimiamo un 15% in più di uscite, per cui nei prossimi anni potremmo avere da 7.000 a 8000 uscite per pensionamento ogni anno, rispetto ad una attesa di 6000/7000. Tutto ciò produrrà importanti ripercussioni nella gestione dei servizi dove abbiamo già carenze. Insomma si rischia di entrare in condizioni organizzative drammatiche.

Che bilancio di questo 2018 per la sanità?

È stato un annus horribilis. Continua il sottofinanziamento del sistema. Il miliardo d'incremento per il 2019, ribadisco, è assolutamente insufficiente ed è anche inferiore all'inflazione standard. Siamo al solito definanziamento, niente è cambiato e non vedo politiche di cambiamento sulle assunzioni. Già in molte strutture periferiche si chiudono i servizi. Il sistema insomma arranca e non vedo un colpo di reni per invertire la rotta.

Quale giudizio invece su questi primi mesi di Governo gialloverde?

Il tempo è ancora poco per giudicare. Per ora darei una sufficienza in attesa di vedere i provvedimenti principali come il cambio delle politiche sulle assunzioni, contratti (su cui ci vorrebbe più impegno dal Ministro Grillo) e la formazione post laurea. E poi, dal mio punto di vista, riformerei profondamente il sistema della contrattazione portando il settore sanità sotto l'ombrello del Ministero della Salute in modo da raccordare e integrare meglio i contratti della dipendenza con quelli della convenzionata. E così anche per la formazione post laurea la cui programmazione dovrebbe passare al Ministero della Salute.

Cosa pensa del regionalismo differenziato?

Una delle criticità più forti del nostro Ssn è rappresentata dalle disuguaglianze nell'accesso e nella qualità delle cure. In questo quadro un regionalismo differenziato così come proposto da Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna, rischia di far saltare il banco e acuire ancora di più le disuguaglianze. Va fatta assolutamente una riflessione perché la nostra costituzione tutela il diritto alla salute dell'individuo in modo egualitario su tutto il territorio nazionale essendo un interesse fondamentale della collettività. Qui bisogna riaccentrare e riqualificare il controllo delle politiche sanitarie e non decentrarle ulteriormente. E in questo senso non escludo, e anzi auspico, si possa organizzare una grande manifestazione a Roma di tutto il mondo sanitario a difesa della unitarietà del Ssn e del diritto alla salute che è uno e indivisibile.

Entro marzo dovrà essere sottoscritto il Patto per la Salute. Credete ancora che possa essere uno strumento utile?

L'esperienza del passato ci dice di no. In ogni caso se c'è la volontà politica alcune questioni, vedi formazione post laurea ed assunzioni, potrebbero trovare nel Patto un valido strumento. Certo, non s'inseriscano clausole, come nel passato, che tagliano le risorse dopo la sottoscrizione del Patto.

È comunque un momento complicato. Avete finito il 2018 con uno sciopero e quello annunciato per il 25 gennaio è stato sospeso. La stagione di proteste di ferma qui?

Se ci saranno aperture da parte delle Regioni e dei Ministeri competenti, quindi Sanità, Mef e Funzione pubblica, possiamo considerare anche una sospensione delle proteste calendarizzate, ma non la loro revoca. Quindi, rimane lo stato di agitazione in attesa di fatti concreti.

Noi ci stiamo battendo a difesa del Ssn e dei professionisti che vi lavorano. In fondo noi non chiediamo la luna ma il rispetto della nostra dignità economica e professionale.

Alla fine se mettiamo insieme tutte queste criticità pensa si possa mantenere in piedi il nostro sistema sanitario o dovremmo pensare che sia giunto il momento di rinunciarci?

Assolutamente no, il nostro Ssn è il più efficiente nell'utilizzo delle risorse e con ottimi esiti di cura, dobbiamo preservarlo e investirci sopra, non smantellarlo. Ne va della coesione sociale e della democrazia del nostro Paese.

La prima finanziaria "giallo-verde"

Un fondo per il Ssn
pari a 114, 439 miliardi per il 2019. Una somma che sarà incrementata di 2 miliardi nel 2020 e di 1,5 miliardi nel 2021, ma con il vincolo di firma del nuovo Patto per la salute tra Governo e Regioni entro il 31 marzo 2019. Inserimento nel monte salari dell'indennità di esclusività per i medici.

La possibilità di assumere
nel Ssn i medici specializzandi all'ultimo anno di specializzazione e un incremento sia delle borse di studio in medicina generale sia dei i contratti di specializzazione.

Eccola la Manovra 2019
la prima approvata in via definitiva alla Camera dal Governo "giallo-verde" con 313 voti favorevoli e 70 contrari (PD e Leu non hanno partecipato al voto). Un disegno di legge sul Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale il 31 dicembre scorso.

TUTTE LE MISURE PER LA sanità

Vediamo l'analisi delle misure per la sanità comma per comma che interessano, in particolare, medici, veterinari e dirigenza sanitaria.

MANOVRA 2019

Fabbisogno sanitario nazionale standard per gli anni 2019-2021
(Commi da 514 a 516)

Il Fondo sanitario nazionale si attesterà a 114,439 mld. Una cifra destinata a crescere nei prossimi anni. Il Fsn verrà infatti incrementato di 2 mld per il 2019 e per l'anno 2021 di ulteriori 1,5 mld.
Gli aumenti per il biennio 2020-2021 saranno però subordinati alla stipula entro il 31 marzo 2019 di una specifica Intesa in Stato Regioni per il Patto per la salute 2019-2021 che contempli misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi.
Queste misure riguarderanno in particolare:

a) la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure;
b) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello nazionale e regionale in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d'attesa;
c) la valutazione dei fabbisogni del personale del Ssn e riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità assunzionali, ricomprendendo l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale;
d) l'implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Ssn che consentiranno di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del sistema Tessera Sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico;
e) la promozione della ricerca in ambito sanitario;
f) il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi, e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili (quest'ultima parte novità introdotta al Senato, che richiama quanto già previsto sul privato accreditato dal contratto di Governo sottoscritto da M5S e Lega);
g) la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.

MANOVRA 2019

Incremento quota indistinta Fsn (Comma 546)

Dal 2019, fermo restando il livello di finanziamento del Ssn, le seguenti quote del fabbisogno vincolato del Ssn confluiscono nella quota indistinta e sono ripartiti tra regioni e province autonome secondo i criteri stabiliti a legislazione vigente:

- 30,990 milioni per l'assistenza sanitaria a stranieri non iscritti al Ssn;
- fino a 41,317 milioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria e dell'attività libero- professionale.

Restano invece vincolate le quote per le borse di studio per la medicina generale pari a 38,735 mln.

Rinnovo contrattuale 2019-2021 (Commi 438 – 439)

Per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2019 - 2021, nonché quelli derivanti dalla corresponsione dei miglioramenti economici al personale di cui all'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono posti a carico dei rispettivi bilanci ai sensi dell'articolo 48, comma 2, del medesimo decreto legislativo. In sede di deliberazione degli atti di indirizzo previsti dall'articolo 47, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, i comitati di settore provvedono alla quantificazione delle relative risorse, attenendosi ai criteri previsti per il personale delle amministrazioni dello Stato. A tale fine i comitati di settore si avvalgono dei dati disponibili presso il Ministero dell'economia e delle finanze comunicati dalle rispettive amministrazioni in sede di rilevazione annuale dei dati concernenti il personale dipendente.

Indennità di esclusività (Comma 545)

A decorrere dal triennio contrattuale 2019-2021 il trattamento economico stabilito per la categoria di dirigenti medici, veterinari e sanitari con rapporto di lavoro esclusivo di cui all'articolo 15-quater, co. 5, del D. lgs. n. 502/1992 concorre alla formazione del monte salari utile ai fini della determinazione degli oneri derivanti dalla contrattazione collettiva a carico delle amministrazioni competenti, con oneri a valere sul finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale.

Dirigenza amministrativa, sanitaria e tecnica del Ssn (Comma 687)

La dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti della delega di cui all'articolo 11 comma 1 lettera b) della legge 124 del 7 agosto 2015, rimane nei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale. Con apposito Accordo, ai sensi dell'articolo 40 comma 2 del D.Lgs 165 del 2001, tra Aran e Confederazioni sindacali si provvede alla modifica del Contratto collettivo quadro per la definizione delle aree e dei comparti di contrattazione per il triennio 2016-2018 del 13 luglio 2016.

Contratti formazione specialistica (Comma 521)

Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici (sono 900 borse in più) viene autorizzata una spesa incrementata di 22,5 milioni di euro per il 2019, di 45 milioni di euro per il 2020, di 68,4 milioni di euro per il 2021, di 91,8 milioni di euro per il 2022 e di 100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2023.

Concorsi per i medici di formazione specialistica (Commi 547 e 548)

I medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso sono ammessi alle procedure concorsuali in esame nella specifica disciplina bandita e collocati, nel caso di esito positivo delle procedure, in una graduatoria separata. La loro eventuale assunzione a tempo indeterminato, nel caso in cui siano risultati idonei o utilmente collocati nelle rispettive graduatorie, è comunque subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione e all'esaurimento della graduatoria dei medici già specialisti alla data di scadenza del bando.

Proroga Co.Co.Co (Comma 1131 lett. f)

Viene stato prorogato dal 31 dicembre 2018 al 30 giugno 2019 il termine inerente al divieto per le amministrazioni pubbliche di stipulare contratti di collaborazione coordinata e continuativa - Co.Co.Co (ex comma 5-bis dell'art. 7 del D.Lgs. 165/2001).

Idoneità medici cure palliative (Comma 522)

Al fine di garantire il rispetto della legge sull'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, e il rispetto dei Lea, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, saranno ritenuti idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate medici sprovvisti dai requisiti previsti dal decreto del Ministero della Salute 28 marzo 2013 (relativi alle equipollenze) e che alla data di entrata in vigore della legge di Bilancio 2019 sono già in servizio presso queste reti e rispondono a tutti questi requisiti:

a) possesso di un'esperienza almeno triennale, anche non continuativa, nel campo delle cure palliative acquisita nell'ambito di strutture ospedaliere, residenziali-hospice e Ucp domicilia-

ri accreditate per l'erogazione delle cure palliative con il Ssn;

b) un congruo numero di ore professionali esercitate e di casistica assistita corrispondente ad almeno il 50% dell'orario previsto per il rapporto di lavoro a tempo determinato;

c) l'acquisizione di una specifica formazione in cure palliative conseguita attraverso l'Educazione continua in medicina, ovvero master universitari in cure palliative, ovvero corsi organizzati dalle Regioni per l'acquisizione delle competenze di cui all'accordo tra Stato e Regioni del 10 luglio 2014.

Risorse per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (Commi da 509 a 512)

Per l'attivazione di interventi volti a ridurre, anche in osservanza delle indicazioni previste nel vigente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (Pngla), i tempi d'attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie viene autorizzata la spesa di 150 milioni di euro per il 2019, e 100 milioni per il 2020 e 2021. Le risorse saranno ripartite in favore delle regioni secondo modalità individuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, da adottarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del decreto. L'azione di monitoraggio verrà effettuata, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Da segnalare che, anche nel Decreto Fiscale approvato dal Parlamento, per il solo anno 2020, veniva autorizzata una spesa pari a 50 mln per le stesse finalità di riduzione dei tempi delle liste d'attesa per prestazioni sanitarie. Pertanto per l'anno 2020 risulterebbero due autorizzazioni di spesa aventi la stessa finalità in base a provvedimenti diversi, per un totale complessivo di 150 milioni di euro.

Programmi di edilizia sanitaria (Commi 555 e 556)

Ai fini del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'importo fissato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, rideterminato in 24 miliardi di euro dall'articolo 2, comma 69 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, è elevato a 28 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilancio. L'incremento di cui al presente comma è destinato prioritariamente alle regioni che abbiano esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui citati 24 miliardi di euro.

Monitoraggio Agenas performance Asl (Comma 513)

Si affida ad Agenas il compito di realizzare a supporto del Ministero della salute e delle Regioni un sistema di analisi e monitoraggio delle performance delle aziende sanitarie che segnali, in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti relativamente alle componenti economico - gestionale, organizzativa, finanziaria e contabile, clinico-assistenziale, di efficacia clinica e dei processi diagnostico - terapeutici, della qualità, sicurezza ed esito delle cure, nonché dell'equità e della trasparenza dei processi. Per lo svolgimento di queste attività è autorizzata la spesa di 100.000 euro annui a decorrere dal 2019.

Sisac (Comma 688)

L'autorizzazione di spesa per la Sisac viene incrementata di 259.640 mila euro a decorrere dal 2019.

Abrogazione agevolazioni Ires no profit ed enti ospedalieri (Commi 29-octiesdecies e 29-noviesdecies)

Questi commi abrogano la riduzione a metà dell'IRES per alcuni enti che svolgono attività sociali, culturali e attività con fini solidaristici, nonché nei confronti degli istituti autonomi per le case popolari. In particolare, il comma 29-octiesdecies abroga l'articolo 6 del D.P.R. 601/1973 che dispone la riduzione alla metà dell'IRES (dal 24 al 12 per cento) nei confronti dei seguenti enti (comma 1 dell'articolo 6):

- enti e istituti di assistenza sociale, società di mutuo soccorso, enti ospedalieri, enti di assistenza e beneficenza;
- istituti di istruzione e istituti di studio e sperimentazione di interesse generale che non hanno fine di lucro, corpi scientifici, accademie, fondazioni e associazioni storiche, letterarie, scientifiche, di esperienze e ricerche aventi scopi esclusivamente culturali;
- enti il cui fine è equiparato per legge ai fini di beneficenza o di istruzione;
- istituti autonomi per le case popolari (Iacp), comunque denominati, e loro consorzi nonché enti aventi le stesse finalità sociali dei predetti Istituti, istituiti nella forma di società che rispondono ai requisiti della legislazione dell'Unione europea in materia di "in house providing" e che siano costituiti e operanti alla data del 31 dicembre 2013.

MANOVRA 2019

> *I dati fiscali trasmessi al Sistema tessera sanitaria possono essere utilizzati solo dalle Pubbliche Amministrazioni per l'applicazione delle disposizioni in materia tributaria e doganale*

Tessera sanitaria modifica Dl Fiscale (Comma 53)

Si modifica il decreto fiscale da poco diventato legge. Per il periodo d'imposta 2019, i soggetti tenuti all'invio dei dati al Sistema tessera sanitaria, ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata, non possono emettere fatture elettroniche con riferimento alle fatture i cui dati sono da inviare al Sistema tessera sanitaria. I dati fiscali trasmessi al Sistema tessera sanitaria possono essere utilizzati solo dalle Pubbliche Amministrazioni per l'applicazione delle disposizioni in materia tributaria e doganale, ovvero, in forma aggregata per il monitoraggio della spesa sanitaria pubblica e privata complessiva.

Annullamento debiti contributivi casse di previdenza professionali (Commi da 185 a 198)

Ai sensi del combinato disposto dei commi in esame, i debiti contributivi - verso le casse di previdenza professionali o le gestioni previdenziali dei lavoratori autonomi dell'Inps risultanti dai singoli carichi affidati all'agente della riscossione dal 1° gennaio 2000 al 31 dicembre 2017 (con esclusione di quelli richiesti a seguito di accertamento) - degli iscritti che versano in una grave e comprovata situazione di difficoltà economica (il comma 186 chiarisce che tale situazione sus-

MANOVRA 2019

siste qualora l'Isee del nucleo familiare non sia superiore a 20mila euro) possono essere estinti versando una somma ridotta, calcolata secondo le modalità indicate dal comma 187 o dal comma 188.

Assunzioni Ministero Salute (Commi 355 e 359)

Si autorizza il Ministero della Salute ad assumere a tempo indeterminato per il triennio 2019-2021, mediante apposita procedura concorsuale pubblica, un contingente di personale di 80 unità appartenenti all'Area III, posizione economica F1, e di 18 unità appartenenti all'Area II, posizione economica in F1, in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado.
Il Ministero della Salute potrà assumere a tempo indeterminato un contingente di personale in posizioni dirigenziali non generali delle professionalità sanitarie di complessive 210 unità. Fermo restando il limite massimo di assunzioni autorizzate dal presidente comma, il Ministero della Salute potrà indire procedure per titoli e esami per un numero di unità non superiore a 155, riservate al personale medico, veterinario, chimico e farmacista, con incarichi per lo svolgimento di controlli obbligatori in materia di profilassi internazionale. La dotazione organica del Ministero viene quindi incrementata di 210 posizioni dirigenziali non generali delle professioni sanitarie, nonché di 80 unità di personale non dirigenziale appartenenti all'Area III, posizione economica F1, e di 28 unità di personale non dirigenziale appartenenti all'Area II, posizione economica F1.

Dirigenza Ministero salute (Commi 375-376)

Il comma 375 modificando la L. 3/2018, posticipano al 1° gennaio 2019, l'istituzione del ruolo unico per i dirigenti del Ministero della salute con professionalità sanitaria; le disposizioni sull'istituzione del ruolo sanitario della dirigenza ministeriale e sul relativo accesso si applicano anche ai dirigenti sanitari dell'AIFA, in quanto compatibili sotto il profilo giuridico e finanziario. Il comma 376 ha previsto uno specifico finanziamento per l'attuazione di tali disposizioni.

Contributo straordinario Cnr (Comma 404)

Riconosce un contributo straordinario di 30 mln annui per 10 anni – dal 2019 al 2028 – al Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr). Non viene specificata la finalità del contributo. Conseguentemente, si riduce del medesimo importo la Tabella B del Miur per gli anni dal 2019 al 2021.

> *Contributo straordinario Cnr (Comma 404)*
> ***Riconosce un contributo straordinario di 30 mln annui per 10 anni – dal 2019 al 2028 – al Consiglio nazionale delle ricerche***

Contributo straordinario European Brain Research Institute (Comma 407)

Autorizza la concessione di un contributo straordinario di 1mln per ciascuno degli anni del triennio 2019-2021 in favore dell'European Brain Research Institute, a valere sulle risorse del Fondo - iscritto nello stato di previsione del Miur - da ripartire nel corso della gestione per eventuali sopravvenute maggiori esigenze di spese per acquisto di beni e servizi.

Fondo persone con disabilità (Comma 455)

Per il 2019 la dotazione del Fondo per il "Dopo di noi" viene determinata in 56,1 mln.

Fondo per la prevenzione della dipendenza da stupefacenti (Commi da 460 a 464)

Viene istituito nello stato di previsione del Mef un fondo per la prevenzione della dipendenza da stupefacenti, il cui stanziamento è trasferito al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
Verranno finanziati progetti sperimentali finalizzati:

a) all'attivazione di specifici interventi nelle scuole secondarie di primo e secondo grado;
b) all'identificazione precoce delle condizioni di vulnerabilità e dell'uso occasionale con la finalità di ridurre i tempi di accesso alle cure;
c) al supporto educativo e formativo in favore delle famiglie e del personale scolastico.

La dotazione del Fondo è di 3 mln di euro per il 2019, 1 mln per il 2020 e 3 mln per il 2021.

Nuova disciplina del Fondo per le politiche della famiglia, Fondo sostegno caregiver, Carta famiglia e misure di conciliazione vita-lavoro (Commi 482 a 488)

Ridisciplina il Fondo per le politiche della famiglia, e introduce ulteriori misure in tema di conciliazione vita-lavoro e sostegno alle famiglie. Tra queste, segnaliamo, interventi volti a valorizzare il ruolo dei Consultori familiari e dei Centri per la famiglia, nonché a realizzare, unitamente al Ministro della salute, una intesa in sede di Conferenza unificata avente ad oggetto criteri e modalità per la riorganizzazione dei consultori familiari, finalizzata a potenziarne gli interventi sociali in favore delle famiglie. La riorganizzazione dei consultori familiari è già prevista a legislazione vigente tra le finalità del Fondo, risulta invece assente la finalizzazione per i Centri per la famiglia.
Viene inoltre riconosciuta la facoltà di proseguire il lavoro per tutti i mesi della gravidanza e di astenervisi esclusivamente dopo il parto entro i cinque mesi successivi allo stesso (a condizione che il medico competente attesti che tale opzione non porti pregiudizio alla salute della donna e del bambino).
Il fondo in favore dei caregiver familiari viene incrementato di 5 mln l'anno per il triennio 2019-2021.

Borse di studio medicina generale (Comma 518)

Al fine di attivare ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione si propone di incrementate di 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019 le risorse vincolate sul Fondo sanitario nazionale che, contestualmente, aumenterà per lo stesso importo (circa 250 borse in più).

Valorizzazione Ismett Palermo (Comma 519)

Prorogata, dal 31 dicembre 2018 al 31 dicembre 2021, l'autorizzazione concessa alla Regione Siciliana, in deroga alla normativa vigente, ad incrementare la valorizzazione tariffaria dell'attività sanitaria e la valorizzazione delle funzioni dell'Istituto Mediterraneo per i trapianti e le terapie ad alta specializzazione (Ismett) di Palermo.

Fondo diritto lavoro disabili (Comma 520)

Incrementata la dotazione del Fondo per il diritto al lavoro dei disabili di 10 mln per il 2019.

Finanziamento Rete oncologica e Rete cardiovascolare (Comma 523)

Previsti per il 2019, due finanziamenti di 5 milioni di euro ciascuno per due reti di ricerca sanitaria del Ministero della salute: la Rete oncologica e la Rete cardiovascolare, cui fanno parte Istituti di

Ricovero e Cura a carattere scientifico (Irccs) impegnati, rispettivamente, nello sviluppo di nuove tecnologie antitumorali CAR-T e nella prevenzione primaria cardiovascolare. I corrispondenti fondi sono allocati nello stato di previsione del Ministero della salute, al programma Ricerca per il settore della sanità pubblica, Missione Ricerca e innovazione.

Ricordiamo che, sullo stesso tema, interviene anche l'articolo 23-quater, comma 4, del Decreto Fiscale recentemente approvato dal Parlamento che destina altri 10 milioni alle due reti di Irccs per l'anno 2020.

MANOVRA 2019

Irccs (Comma 524)

Si adegua la normativa nazionale riguardante gli Irccs. La norma, in un primo momento compresa nel decreto semplificazione, adegua la normativa nazionale a quella comunitaria relativa agli organismi di ricerca. Si tenta così di scongiurare l'insorgere di eventuali contenziosi aventi ad oggetto la possibilità per gli Irccs di essere destinatari dei fondi pubblici, sia nazionali che comunitari, per l'attività di ricerca.

Pubblicità sanitaria (Commi 525 e 536)

Si interviene in ordine alle comunicazioni informative da parte delle strutture sanitarie private di cura e degli iscritti agli albi dei relativi Ordini delle professioni sanitarie - in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività, comprese le società operanti nel settore odontoiatrico di cui all'art. 1, comma 153, L. 124/2017 (legge annuale concorrenza). Ai sensi della disposizione in commento, tali comunicazioni possono contenere unicamente le informazioni funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari ed escludendo elementi di carattere promozionale o suggestionale. In caso di violazione delle disposizioni sull'informativa sanitaria, gli ordini territoriali procedono in via disciplinare nei confronti dei professionisti o società iscritti; inoltre, detti ordini segnalano le violazioni all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, per l'eventuale adozione dei provvedimenti sanzionatori di competenza. Inoltre, le strutture private di cura sono tenute a dotarsi di un Direttore sanitario iscritto all'albo territoriale in cui hanno sede operativa entro 120 giorni dalla data di pubblicazione della legge in esame.

Trasferimenti Inail/Ssn (Commi da 526 a 533)

Si stabilisce che l'Inail, dal 1 gennaio 2019, per la compilazione e trasmissione per via telematica, da parte dei medici e delle strutture sanitarie del Ssn, dei certificati medici di infortunio e malattia professionale, dovrà trasferire annualmente al Fondo sanitario nazionale 25 mln da ripartire tra le Regioni. Per gli anni successivi al 2019, questo importo viene maggiorato del tasso di inflazione programmato dal governo. Quota parte di questi trasferimenti di Inail, determinata con intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, andrà ad implementare per il personale dipendente del Ssr, direttamente i fondi di ciascuna azienda o ente per la contrattazione decentrata integrativa, altra quota parte sarà invece vincolata al fondo destinato ai rinnovi contrattuali della medicina convenzionata incrementando la quota capitaria riconosciuta per assistito al medico di medicina generale. L'importo che l'Inail trasferirà al Fsn potrà essere rivisto ogni due anni sulla base dell'incremento della percentuale del rapporto tra il numero dei certificati compilati e trasmessi telematicamente all'Inail e gli infortuni e le malattie professionali denunciati nel biennio di riferimento rispetto a quello precedente.

Disciplina rapporti lavoro personale ricerca Irccs e Izs (Comma 543)

Viene modificato l'art. 1, comma 432, della L. 205/2017, che estende che estende la possibilità di essere assunti a tempo determinato anche ai titolari, alla data del 31 dicembre 2017, di borsa di studio erogata dagli Irccs pubblici e gli Istituti zooprofilattici sperimentali a seguito di procedura selettiva pubblica che abbiano maturato una titolarità di borsa di almeno tre anni negli ultimi cinque; la possibilità di assunzione è ora riservata ai soli titolari di rapporti di lavoro flessibile instaurati a seguito di procedura selettiva pubblica, che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno tre anni negli ultimi cinque.

Screening neonatali (Comma 544)

Si introduce l'articolo 41-bis, che modifica in più punti la L. n. 167 del 2016 in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori e, in particolare:

- agli articoli 1, 2 e 3, comma 4, lett. e) estende tali accertamenti obbligatori a scopo di prevenzione e ambito di applicazione degli screening neonatali anche alle malattie neuromuscolari genetiche, alle immunodeficienze congenite severe e alle malattie da accumulo lisosomiale;
- all'articolo 4, inserisce il comma 2-bis, al fine di prevedere una revisione periodica, almeno biennale, della lista di patologie da ricercare attraverso screening neonatale (revisione a cura del Ministero della salute, in collaborazione con Istituto superiore di sanità, Age.na.s e regioni e province autonome, sentite le società scientifiche di settore);
- all'articolo 6, comma 1, si prevede l'inserimento nei Lea della diagnosi precoce anche delle suddette patologie genetiche;
- all'articolo 6, comma 2, si incrementa di 4 mln (da 25,715 a 29,715 milioni), a decorrere dal 2019 la copertura finanziaria della legge n. 167/2016 (screening neonatali).

MANOVRA 2019

Alternative a ticket sulla specialistica ambulatoriale (Comma 549)

Apportate alcune novelle all'art. 1 co. 796 , lett. p-bis) della finanziaria 2007 (legge. n. 296/2006) relativamente alla possibilità, per le regioni, di prevedere misure diverse dalla quota fissa di compartecipazione al ticket per la specialistica ambulatoriale.

Fondi farmaci innovativi e innovativi oncologici (Comma 550)

Viene disposto il trasferimento, dal Ministero della Salute allo stato di previsione del Mef, dei Fondi per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi, introdotti, rispettivamente, dai commi 400 e 401 della legge di bilancio 2017 (L. n. 232/2016) nell'ambito del finanziamento - vincolato a tali fini - del fabbisogno sanitario standard cui concorre lo Stato. Rimane ferma la competenza già attribuita al Ministero della salute per la disciplina delle modalità operative di erogazione delle risorse stanziate, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (DM 16 febbraio 2018).

Finanziamento Cnao (Comma 559)

Autorizzato un contributo di 5 mln per il 2019 e di 10 mln per ciascuno degli anni 2020 e 2021 a favore del Centro nazionale di adroterapia oncologica (Cnao), a valere sulle risorse in conto capitale di cui al precedente comma 555 destinate all'edilizia sanitaria. Scopo della norma è consentire la prosecuzione dell'attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici, mediante la terapia innovativa dell'adroterapia. Per la concessione del contributo, il Cnao presenta al Ministero della salute, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del disegno di legge in esame, il piano di investimenti in conto capitale da effettuare per il perseguimento degli scopi istituzionali del Centro, impegnandosi a rendicontare a fine anno il processo di avanzamento progettuale. L'erogazione delle somme è effettuata per stati di avanzamento lavori.

Finanziamento Fondazione italiana ricerca malattie pancreas (Comma 560)

Al fine di sostenere l'attività di ricerca sul genoma del pancreas, alla Fondazione italiana per la ricerca sulle malattie del pancreas Onlus è attribuito un contributo di 500.000 euro l'anno a decorrere dal 2019 (stanziamento già previsto dalla manovra 2018, fino al 2019).

Ospedale Mater Olbia (Comma 572)

Si modifica la normativa di cui all'art. 16, commi 2 e 2-bis del Dl 133/2014 che disciplina l'acquisto di prestazioni specialistiche del centro di ricerca medica applicata "Mater Olbia" da parte della regione Sardegna. In particolare, per il triennio 2019-2021, viene estesa dal 6 al 20 per cento la possibilità di incremento della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati definito dall'art. 15, comma 14, del DL. 95/2012 (cd. decreto spending review). La copertura dei maggiori oneri è assicurata annualmente all'interno del bilancio regionale Viene peraltro precisato che la predetta autorizzazione triennale ha carattere sperimentale ed è finalizzata al conseguimento di incrementi di tassi di mobilità attiva ed abbattimento di quelli relativi alla mobilità passiva. Viene inoltre modificata la disposizione di cui al comma 2-bis del citato articolo 16 in materia di monitoraggio delle prestazioni sanitarie, prevedendo che, per il triennio considerato, esso sia effettuato in relazione all'effettiva qualità dell'offerta clinica, alla piena integrazione con la rete sanitaria pubblica e al conseguente ed effettivo decremento della mobilità passiva.

Banca dati DAT (Comma 573)

Si autorizza la spesa di 400 mila euro annui dal 2019 per l'istituzione presso il Ministero della salute di una banca dati destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento sanitario (Dat), a valere sulle risorse di cui all'art. 55 del presente disegno di legge (Fondo per l'attuazione del programma di Governo).

Anagrafe nazionale vaccini (Comma 585)

Si stabilisce che per la completa realizzazione dell'anagrafe nazionale vaccini lo stanziamento gli stanziamenti previsti dalla legge Lorenzin sull'obbligo vaccinale viene incrementato di 50mila euro annui a decorrere dal 2019. Per raccogliere in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale mediante le anagrafi

Le tappe per l'attuazione delle disposizioni sanitarie della legge di Bilancio 2019 pubblicata in Gazzetta

Dopo l'approvazione di fine anno da parte del Parlamento della manovra e la sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 31 dicembre, per una completa attuazione delle norme contenute nella legge di Bilancio si dovranno attendere ancora alcuni mesi. Sono molti, infatti, i richiami a decreti da attuare per rendere operative misure quali il Patto per la salute per l'accesso alle risorse aggiuntive stanziate per il Fondo sanitario nazionale, la ripartizione tra le Regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie e altro ancora. Vediamo quali sono le prossime tappe necessarie per l'attuazione della manovra.

Tessera sanitaria modifica Dl Fiscale (Comma 53)

Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con i Ministri della salute e per la pubblica amministrazione, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, dovranno essere definiti, i termini e gli ambiti di utilizzo dei dati e i relativi limiti, anche temporali, nonché, i tipi di dati che potranno essere trattati, le operazioni eseguibili, le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato.

Risorse per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (Commi da 509 a 512)

Le somme di 150 milioni di euro per l'anno 2019 e di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021, verranno ripartite tra le regioni secondo modalità individuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Fabbisogno sanitario nazionale standard per gli anni 2019-2021 (Commi da 514 a 516)

Il Fondo sanitario nazionale si attesterà a 114,439 mld. Una cifra destinata a crescere nei prossimi anni. Il Fsn verrà infatti incrementato di 2 mld per il 2019 e per l'anno 2021 di ulteriori 1,5 mld.
Gli aumenti per il biennio 2020-2021 saranno però subordinati alla stipula entro il 31 marzo 2019 di una specifica

vaccinali regionali i dati da inserire nell'anagrafe nazionale vaccini, anche attraverso il riuso di sistemi informatici o di parte di essi già realizzati da altre amministrazioni regionali, vengono stanziati 2 mln di euro per l'anno 2019 e 500mila euro a decorrere dal 2019, da ripartire tra le Regioni da ripartire sulla base di criteri determinati con decreto del Ministero della Salute.

Pagamenti debiti PA
(Commi da 849 a 866)

Si punta ad accelerare il pagamento di debiti commerciali introducendo la possibilità per istituzioni e intermediari finanziari di concedere anticipazioni a regioni, anche per conto dei rispettivi enti del Ssn, che si trovino in situazioni di temporanea carenza di liquidità, al fine di far fronte al pagamento dei propri debiti certi, liquidi ed esigibili.
Per il pagamento dei debiti degli enti del Ssn il termine è di 30 giorni dalla data di effettiva erogazione da parte dell'istituto finanziatore.
Per gli enti del Ssn che non rispettano i tempi di pagamento previsti, le Regioni provvedono ad integrare i contratti dei Direttori generali e Direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30%.
La predetta quota dell'indennità di risultato:
- non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiore a 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo;
- è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra i 31 ed i 60 giorni;
- è riconosciuta per il 75% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 11 e 30 giorni;
- è riconosciuta per il 90% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 1 e 10 giorni.

MANOVRA 2019

Intesa in Stato Regioni per il Patto per la salute 2019-2021 che contempli misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi. Queste misure riguarderanno in particolare:
a) la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure;
b) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello nazionale e regionale in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d'attesa;
c) la valutazione dei fabbisogni del personale del Ssn e riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità assunzionali, ricomprendendo l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale;
d) l'implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Ssn che consentiranno di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del sistema Tessera Sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico;
e) la promozione della ricerca in ambito sanitario;
f) il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi, e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili;
g) la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.

Trasferimenti Inail/Ssn
(Commi da 526 a 533)
Si atabilisce che l'Inail, dal 1 gennaio 2019, per la compilazione e trasmissione per via telematica, da parte dei medici e delle strutture sanitarie del Ssn, dei certificati medici di infortunio e malattia professionale, dovrà trasferire annualmente al fondo sanitario nazionale 25 mln da ripartire tra le Regioni. Per gli anni successivi al 2019, questo importo viene maggiorato del tasso di inflazione programmato dal governo. Quota parte di questi trasferimenti di Inail, determinata con intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, andrà ad implementare per il personale dipendente del Ssr, direttamente i fondi di ciascuna azienda o ente per la contrattazione decentrata integrativa, altra quota parte, sempre determinata con intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, sarà invece vincolata al fondo destinato ai rinnovi contrattuali della medicina convenzionata incrementando la quota capitaria riconosciuta per assistito al medico di medicina generale.

Anagrafe nazionale vaccini
Comma 585)
Si stabilisce che per la completa realizzazione dell'anagrafe nazionale vaccini lo stanziamento gli stanziamenti previsti dalla legge Lorenzin sull'obbligo vaccinale viene incrementato di 50mila euro annui a decorrere dal 2019. Per raccogliere in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale mediante le anagrafi vaccinali regionali i dati da inserire nell'anagrafe nazionale vaccini, anche attraverso il riuso di sistemi informatici o di parte di essi già realizzati da altre amministrazioni regionali, vengono stanziati 2 mln di euro per l'anno 2019 e 500mila euro a decorrere dal 2019, da ripartire tra le Regioni da ripartire sulla base di criteri determinati con decreto del Ministero della Salute da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, sentita la Conferenza Stato Regioni

La "manina" delle Regio

BLOCCATI I RINNOVI DEI CONTRATTI DI 15 MEDICI E DIRIGEN SANITARI

Il comma 687 della legge di Bilancio rappresenta una grave minaccia per il rinnovo dei contratti della dirigenza del Ssn. Il perché lo abbiamo già chiarito ma basti sottolineare che servirà un nuovo atto di indirizzo per il nuovo accordo quadro, poi il parere di Ragioneria e Corte dei conti, approvazione del Consiglio dei ministri, nuova determinazione della rappresentatività sindacale, nuovo atto di indirizzo per il contratto e quindi, per l'undicesimo anno consecutivo, niente contratto anche per il 2019.

GIORGIO CAVALLERO
Segretario generale Cosmed

Su chi abbia voluto e ideato quelle poche righe, che rischiano di prolungare ancora la chiusura degli accordi al palo da 10 anni, c'è la rincorsa a tirarsi indietro.

Per prime le Regioni che dichiarano di non avere nulla a che fare con quella norma che di fatto annulla i precedenti accordi quadro costringendo le parti a ridefinire le aree di contrattazione.

Ma fortunatamente le parole vanno e vengono, ma i fatti restano e anche grazie all'intelligenza artificiale sono reperibili e documentabili.

Quindi andiamo per ordine e scopriremo come la "manina" sia proprio delle Regioni.

L'accordo sulle aree, tuttora in vigore, è stato stipulato il 13 luglio 2016 e approvato all'unanimità da tutte le parti che lo hanno sottoscritto, vincolante anche per le Regioni e le autonomie. Tale accordo sostituiva il precedente del 1° febbraio 2008.

La collocazione della dirigenza professionale tecnica e amministrativa in area distinta da quella sanitarie era una precisa richiesta delle Regioni inoltrata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e approvata da un accordo della Conferenza Unificata (Schema di D.Lgs recante disposizioni integrative e correttive D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150 ai sensi dell'articolo 2. Comma 3, della legge 4 marzo 2009 n. 15) e recepita da Aran e dalle Confederazioni sindacali nel contratto quadro.

Affermavano all'epoca le Regioni: Si propone il seguente emendamento: "All'articolo 40, comma 2, del d.lgs.165, dopo le parole" cui corrispondono non più di quattro aree per la dirigenza" aggiungere le seguenti parole: "fatto salvo per il comparto Regioni-Sanità per il quale sono previste due aree di cui una per il ruolo del Ssn per gli effetti di cui all'art.15 d.lgs.502/92 e successive modificazioni".

In pratica un'area per i dirigenti sanitari ex art.15 della 502/92 e un'area per la restante dirigenza del Ssn. Convincente anche la motivazione: la nuova formulazione dei comparti di contrattazione e la nuova composizione dei comitati di settore pongono problemi applicativi relativamente alla rappresentanza di alcune aree contrattuali, in particolare per quel che riguarda la dirigenza medica e amministrativa del comparto Regioni-Sanità.

I successivi interventi di senso opposto, a distanza di anni, delle Regioni risulteranno incredibili e sconcertanti.

Quindi le Regioni dopo aver sollecitato l'istituzione di due aree distinte per la dirigenza sanitaria e Pta e aver avuto piena soddisfazione nell'accordo quadro del 13 luglio 2016, che tra l'altro inseriva tutta la dirigenza amministrativa in unica area consentendo di assorbire eventuali esuberi legati alla soppressione delle Province, improvvisamente cambiano idea.

Sconcertante la delibera della Conferenza delle Regioni del 9 novembre 2017: "Fermo restando le aree di contrattazione collettiva per la dirigenza previste dall'articolo 7 del Ccnq del 13.07.2016 i dirigenti amministrativi e tecnici e professionali delle amministrazioni del servizio sanitario nazionale confluiscono in apposita sezione dell'area dirigenziale del comparto sanità"

Quindi non più due aree ma una sola.

Le motivazioni addotte erano le seguenti: l'emendamento prevede il passaggio dei dirigenti professionali, tecnici e amministrativi del sistema sanitario nazionale nell'area di contrattazione della Sanità.

Il passaggio si rende necessario a seguito del mancato esercizio della delega prevista dall'articolo 11 della legge 7 agosto 2015, n. 124, ed in particolare al comma 1, lettera b, punto 2 che preve-

ni nel comma 687

deva il passaggio della dirigenza professionale tecnica e amministrativa degli enti del sistema sanitario nazionale nel ruolo della dirigenza regionale. Il Ccnq del 13/7/2016 sulla base della previsione normativa di cui sopra aveva previsto l'inserimento dei dirigenti professionali, tecnici e amministrativi del sistema sanitario nazionale nell'area dirigenziale delle funzioni locali. In occasione della discussione della legge di bilancio per il 2018 (quella del governo Gentiloni),spunta un emendamento da parte della Senatrice Comaroli (senatrice lombarda della Lega Nord) che recita: "Fermo restando le aree di contrattazione collettiva per la dirigenza previste dall'articolo 7 del Ccnq del 13.07.2016 i dirigenti amministrativi e tecnici e professionali delle amministrazioni del servizio sanitario nazionale confluiscono in apposita sezione dell'area dirigenziale del comparto sanità".

Sono le medesime parole della delibera della Conferenza delle Regioni di cui sopra sin troppo evidente l'origine dell'emendamento a meno che non si voglia invocare un suggeritore occulto di origine divina.

L'emendamento Comaroli venne giustamente giudicato inammissibile dalle commissioni parlamentari, si tratta infatti di norma regolamentare avulsa dalla natura finanziaria della legge di bilancio. Nel corso della legge di bilancio per il 2019 invece compare e viene inserito nel maxiemendamento e approvato senza parere di ammissibilità per mancanza di tempo l'emendamento 1.2123 proposto dai Senatori Romeo, Rivolta, Ferrero, Zuliani e Solinas del gruppo Lega che diventerà legge 145 del 30 dicembre 2018 art.1 comma 687:

"La dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti della delega di cui all'articolo 11 comma 1, lettera b), della legge 124 del 7 agosto 2015, rimane nei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale. Con apposito Accordo, ai sensi dell'articolo 40, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001, tra Aran e Confederazioni sindacali si provvede alla modifica del Contratto collettivo quadro per la definizione delle aree e dei comparti di contrattazione per il triennio 2016-2018 del 13 luglio 2016".

Si noti la totale assonanza con il deliberato della Conferenza delle Regioni anche con riferimento al mancato esercizio della delega.

Anche la relazione di accompagnamento è sostanzialmente identica: "Articolo 1, comma 687 (Norme in materia di dirigenza del Ssn). Le norme, introdotte dal Senato, prevedono la permanenza nei ruoli del Servizio sanitario nazionale della dirigenza amministrativa, professionale e tecnica in considerazione della mancata attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma1, lettera b), della legge n. 124 del 7 agosto 2015, riguardante l'istituzione del ruolo unico dei dirigenti regionali e l'inclusione in detto ruolo della predetta dirigenza del Ssn. La norma dispone altresì che con apposito Accordo tra Aran e Oo.Ss. si provvede alla modifica del Ccnq 13 luglio 2016 che, anteriormente alla scadenza della predetta delega, aveva collocato la dirigenza in parola nell'Area delle funzioni locali, al fine di ricondurre la stessa nell'Area della sanità. Il prospetto riepilogativo non ascrive alle norme effetti sui saldi di finanza pubblica. La relazione tecnica ribadisce il contenuto delle norme e afferma che la modifica del Ccnq 13 luglio 2016 non interviene sul numero dei comparti e delle aree di contrattazione e non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica."

Dunque nessuno cada dal pero è evidente che non solo l'ispirazione ma anche l'estensione della norma origina dal dettato del deliberato della Conferenza delle Regioni a cui va ascritta la piena responsabilità del provvedimento recepito sollecitamente dal Governo.

Non sappiamo se tali atteggiamenti siano il frutto di iniziative tecniche o politiche ma certamente le fonti sono chiare. Probabilmente non tutti gli attori attuali sono edotti delle puntate precedenti.

È indispensabile sapere che l'accordo sulle aree è un adempimento preliminare indispensabile per l'avvio di tutti i tavoli contrattuali: esso infatti disciplina non solo il numero dei contratti ma anche l'inquadramento di tutte le categorie del pubblico impiego nei singoli contratti nonché le rappresentanze sindacali e datoriali legittimate a partecipare alla trattativa.

Se come avvenuto con il comma 687 della recente legge di bilancio si manomette tale accordo salta tutto l'impianto e se passa l'interpretazione che la norma è retroattiva allora per 150mila medici e dirigenti del Ssn e degli Enti locali dopo dieci anni di blocco si riparte da zero, con un infinità di adempimenti: nuovo atto di indirizzo per accordo quadro, ipotesi accordo quadro con parere di Ragioneria e Corte conti, approvazione Consiglio dei ministri, nuova determinazione rappresentatività sindacale , nuovo atto di indirizzo per il contratto e quindi per l'undicesimo anno consecutivo niente contratto anche per il 2019.

Peraltro non uguale riscontro e diligente applicazione trova un altro deliberato della Conferenza delle Regioni sulla RIA, emendamento fatto proprio dalle Organizzazioni sindacali e dalla scrivente Confederazione.

Proprio nella citata delibera della Conferenza delle regioni del 13 novembre 2017 (allegato 4) si afferma: "Retribuzione individuale di anzianità.

1. Le risorse della retribuzione individuale di anzianità del personale cessato con decorrenza 1° gennaio 2017 implementano i fondi per la contrattazione decentrata integrativa e non rilevano ai fini dell'applicazione del comma 2 dell'art.23.
2. Per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, il contratto collettivo nazionale può disciplinare le modalità di attribuzione favorendo la tendenziale perequazione tra aziende diverse della stessa Regione."

Condivisibile anche il razionale: "Occorre incrementare i fondi per la contrattazione decentrata integrativa con la retribuzione individuale di anzianità". Esattamente quanto chiedono da tempo le organizzazioni sindacali e che dovrebbe coincidere con la volontà espressa dalle Regioni, se le parole hanno ancora un senso.

Quello della RIA è il principale ostacolo alla sottoscrizione del contratto apparentemente condiviso anche negli atti deliberativi da tutte le parti in causa.

Per questo a parole il contratto dovrebbe essere cosa fatta a meno che i fatti contraddicano clamorosamente le parole, in tal caso occorre una seria riflessione politica e una chiara assunzione di responsabilità.

Nel frattempo l'abrogazione immediata del comma 687 è urgente e indifferibile sin dal prossimo provvedimento legislativo in calendario.

Studio Anaao Assomed

LA PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE MEDICO

Proiezioni per il periodo 2018-2025. Curve di pensionamento e fabbisogni specialistici

STUDIO ANAAO ASSOMED CONDOTTO DA:

MATTEO D'ARIENZO
Consiglio Direttivo Cosmed– Delegato Anaao Assomed

ANDREA ROSSI
Vice-Segretario regionale Anaao Assomed Veneto

CHIARA RIVETTI
Segretario regionale Anaao Assomed Piemonte

DOMENICO MONTEMURRO
Medico esperto in programmazione sanitaria

ELENA MARCANTE
Medico in formazione specialistica in Igiene e sanità pubblica Università degli studi di Padova

FABIO RAGAZZO
Direttivo nazionale Anaao Giovani

PIERINO DI SILVERIO
Responsabile nazionale Anaao Giovani

COSTANTINO TROISE
Presidente nazionale Anaao Assomed

Il nostro sistema sanitario si trova nel pieno di una grave crisi elle proprie risorse professionali mediche che rischia di accentuarsi nei prossimi anni.

Il pericolo è stato segnalato dall'Anaao Assomed fin dal 2011 (Enrico Reginato, Carlo Palermo; Sole 24 Ore Sanità n.36). **A fronte dell'indifferenza mostrata dai precedenti governi, invischiati in relazioni di potere costruite più sulla difesa di interessi autoreferenziali che su politiche di attenzione alle esigenze del Paese, la realtà inesorabilmente sta evidenziando, anno dopo anno, quanto fossero fondate le criticità rilevate, sostenute da molteplici fattori.**

Il depauperamento degli organici è certamente conseguente alla crisi economica e all'imposizione del vincolo nazionale della spesa per il personale sanitario, perpetrato nel tempo e fissato con la Legge n. 296 del 2006 (Legge Finanziaria 2007) al dato del 2004 ridotto del 1.4%, che ha avuto come inevitabile esito il mancato adeguamento delle dotazioni organiche.

Tuttavia, la mancanza di medici specialisti all'interno del Ssn e l'accelerazione del loro pensionamento sono realtà che stanno rapidamente assumendo i contorni di una vera emergenza nazionale, cui vanno posti correttivi rapidi ed adeguati per evitare il collasso del sistema stesso.

Carenza di medici specialisti.

Innanzitutto va ricordato il totale fallimento della programmazione del numero di specialisti per regione e disciplina. ei prossimi anni mediamente si laureeranno circa 10mila medici ogni anno, ma il numero di contratti di formazione post lauream, che solo nel 2018 è arrivato a circa 7mila, è da tempo insufficiente a coprire la richiesta di specialisti e di percorsi formativi rispetto al numero di laureati. Si è determinato, così, un "imbuto formativo", che nel tempo ha ingabbiato in un limbo circa 10mila giovani medici, che aumenteranno nei prossimi 5 anni fino ad oltre 20mila senza un forte incremento dei contratti di formazione (Figura 1). Giovani medici laureati, posti "tra color che son sospesi", destinati a ritentare l'ammissione alle scuole di specialità l'anno successivo o a lasciare il nostro Paese, regalando ad altre nazioni, in particolare Regno Unito, Germania, Svizzera e Francia, l'investimento per la loro formazione scolastica ed universitaria, circa 150mila/200mila euro per medico, il costo di una Ferrari.

A questo aggiungiamo la carenza di vocazioni verso determinate branche specialistiche, testimoniate dal recente censimento Als (Associazione Liberi Specializzandi), relativo ai contratti di formazione specialistica assegnati all'ottavo scaglione 2018, pubblicate lo scorso ottobre. Da tali dati risulta evidente come, al momento del censimento, dopo il primo scorrimento della graduatoria, alcune specialità chirurgiche risultassero scarsamente appetibili, come ad esempio chirurgia toracica (assegnate il 15,1% delle borse), chirurgia generale (assegnato il 31%), chirurgia vascolare (assegnato il 34,4%) e ortopedia e traumatologia (assegnato il 47,2%), Anche per quanto riguarda le specialità legate all'emergenza urgenza va registrata una bassa attrattività: medicina d'urgenza riportava infatti una percentuale di assegnazione del 32,8% e anestesia e rianimazione del 40,2%. Risultavano invece da tempo saturati al 100% i posti in chirurgia plastica, dermatologia, oculistica, endocrinologia, pediatria, oftalmologia e cardiologia, discipline che aprono sbocchi di carriera anche sul territorio e nel privato, con prospettiva di maggior guadagno e di una migliore qualità di vita. Inoltre, il peggioramento delle condizioni di lavoro, con aumento dei carichi individuali, associato al mancato rispetto della normativa europea sui riposi ed alimentato da un sentimento di sfiducia rispetto ad un possibile miglioramento della situazione, ha spinto numerosi medici a lasciare gli ospedali pubblici in favore del privato o a emigrare in altre regioni alla ricerca di soddisfazioni professionali ed economiche maggiori. Il fenomeno, inizialmente marginale e"fisiologico", sta assumendo ora dimensioni preoccupanti, soprattutto in alcune regioni italiane dove arriva a rappresentare circa il 10% delle dimissioni annuali, coinvolgendo in particolare le Uu.Oo. di Anestesia e Rianimazione, quelle di Ortopedia, con chiare conseguenze sulle attività chirurgiche, quelle di Pronto soccorso e di Pediatria/Neonatologia. Una delle regioni più colpite è il Veneto, dove la carenza di personale e di specialisti disponibili a lavorare negli ospedali è tale da produrre un ulteriore problema: a fronte della carenza ufficialmente riconosciuta di 1295 medici specialisti, nei concorsi indetti per la selezione a tempo indeterminato si sta presentando un numero di candidati inferiore a quello richiesto. La stessa regione denuncia infatti che 357 posizioni vacanti non sono state coperte. I numeri più elevati riguardano ancora una volta le specialità dell'emergenza, anestesia e rianimazione e medicina d'urgenza su tutte, seguite da ginecologia, pediatria, radiologia e ortopedia.

L'EMORRAGIA DEI PENSIONAMENTI.

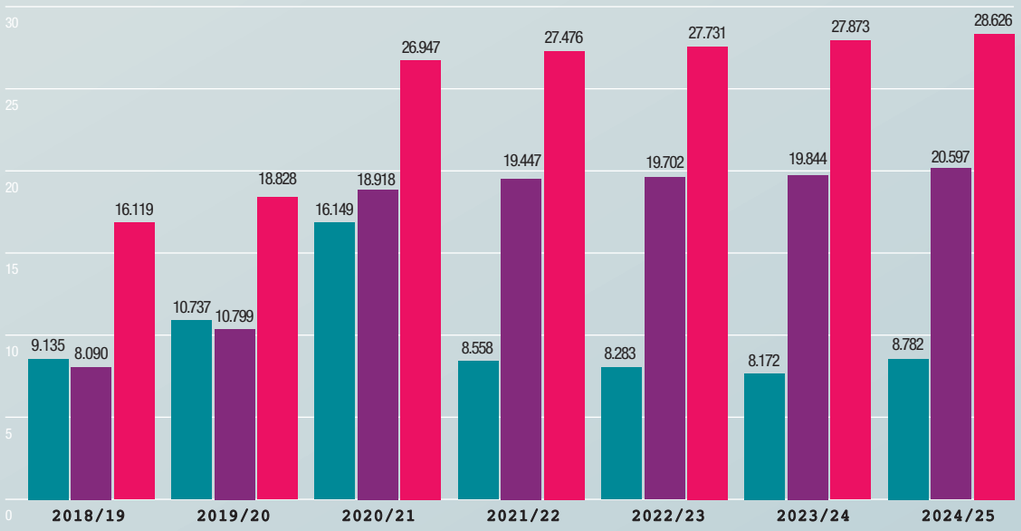
La fuoriuscita legata al pensionamento di personale medico dalle strutture del Ssn si prospetta in netto peggioramento nei prossimi anni per il superamento dello scalone previdenziale introdotto dalla riforma "Fornero" e rischia di subire un'ulteriore brusca accelerazione per l'approvazione nella Legge di Bilancio 2019 dei provvedimenti miranti al suo superamento, come la cosiddetta "quota 100" che prevede il pensionamento anticipato con 62 anni di età e 38 di contributi.

Attualmente i dirigenti medici escono dal sistema con una età media di 65 anni. Nel 2018 è iniziata la quiescenza dei nati nel 1953. La curva dei pensionamenti raggiungerà il suo culmine tra il 2018 e il 2022 con uscite valutabili intorno a 6mila/7mila ogni anno. Siamo di fronte, infatti, ad una popolazione professionale particolarmente invec-

> *Quanto impatterà quest'esodo di medici ospedalieri, legato non solo al pensionamento ma anche ad uscite precoci verso il privato, sulle diverse specialità?*

Figura 1. **Stima dei laureati attesi, domande per il concorso di specializzazione ed imbuto formativo**

Studio Anaao 2018: Matteo D'Arienzo, Fabio Ragazzo, Domenico Montemurro, Costantino Troise, Carlo Palermo



chiata per il blocco del turnover: già nel 2015 ben il 67% dei medici dipendenti aveva più di 50 anni (Figura 1). Dallo studio della curva demografica (Figura 2) si evince come l'emorragia di medici raggiungerà la cifra di circa 52mila unità entro il 2025. L'arco di tempo considerato nel presente studio (2018/2025) è tale da sterilizzare gli effetti della "quota 100" sul numero globale delle uscite, rimanendo il nuovo criterio pensionistico in vigore per tre anni. Inevitabile, invece, l'effetto di accelerazione delle uscite che si concentreranno soprattutto tra il 2019 e il 2022. È evidente, quindi, che non basteranno i giovani medici a sostituire i pensionamenti, per colpa dell'errata programmazione degli specialisti perpetrata negli anni passati, ma soprattutto crollerà la qualità generale del sistema perché la velocità dei processi presenti e, soprattutto, futuri non concederà il tempo necessario per il trasferimento di competenze dai medici più anziani a quelli con meno esperienza sulle spalle. Si tratta, infatti, di esperienze, di conoscenze pratiche e di sofisticate capacità tecniche che richiedono tempo e un periodo di osmosi tra diverse generazioni professionali per essere trasferite correttamente.

STIMA DELLA CARENZA DI SPECIALISTI PER SINGOLA SPECIALITÀ. PROIEZIONE AL 2025.

Ma quanto impatterà quest'esodo di medici ospedalieri, legato non solo al pensionamento ma anche ad uscite precoci verso il privato, sulle diverse specialità? Abbiamo calcolato un dato, incrociando la proiezione del numero di specialisti che, a programmazione invariata, potrebbero uscire dalle scuole universitarie nei prossimi otto anni, con una previsione dei possibili pensionamenti di specialisti attivi nel Ssn al 2025. Abbiamo stimato che solo il 75% degli specialisti formati scelga di lavorare per il Ssn (fonte: rapporto Fiaso 2018).

Proiettando al 2025 il numero di specialisti che potrebbero essere formati dalle scuole Miur, considerato il numero totale di medici specialisti attivi nel Ssn (n°=105.310) e stimando i pensionamenti dal 2018 al 2025 in 52.500 unità (circa il 50% dell'attuale popolazione attiva), il risultato è una carenza di circa 16.500 specialisti.

Le osservazioni sopra esposte, consentono di mettere a confronto, per le principali specialità, i flussi pensionistici nel SS nei prossimi 8 anni (fonte: CAT 2016), con le capacità formative post laurea nello stesso periodo di riferimento (Tabella 1 e Figura 4). Da questa analisi si evince che la gran parte delle discipline analizzate andranno in deficit di specialisti, rischiando di impoverire la qualità dei servizi offerti dal Ssn, ma per alcune di esse la carenza rispetto al numero di specialisti formati, sarà maggiore, andando a costituire una vera e propria emergenza già nel breve termine.

In Figura 4 abbiamo indicato le dieci specialità mediche più carenti a livello nazionale nel 2025 secondo le nostre proiezioni. Il dato è stato ottenuto incrociando la stima di nuovi specialisti 2018-2025 entrati nelle scuole di specializzazione negli anni 2014-2021 ad invarianza di programmazione futura rispetto ai posti disponibili nell'anno accademico 2017/18 (6934 tra contratti nazionali e regionali), con le uscite previste nello stesso periodo. Abbiamo incluso nel numero di pediatri mancante anche i pediatri di libera scelta (Fonte dei dati sugli specialisti e sui Pls: Cat 2016).

Va comunque sottolineato come le ricadute delle stime da noi riportate siano da considerare alla luce dei fatti pregressi. Infatti, gli organici dei reparti ospedalieri e dei servizi territoriali, negli anni precedenti al 2018 considerato per il nostro censimento, hanno già sofferto il mancato turnover conseguente al vincolo nazionale della spesa per il personale a partire dal 2007. Pertanto, le nuove carenze andranno ad incidere su una condizione organizzativa fortemente degradata.

UNA LEGGE DI BILANCIO 2019 DELUDENTE.

L'Anaao Assomed ha più volte sollecitato l'attuale Governo, come quello precedente, a porre dei correttivi per far fronte a questa emergenza, stimolando un vivace dibattito.

Un primo risultato è stato ottenuto nella Legge di Bilancio per il 2019 con la previsione della partecipazione degli specializzandi dell'ultimo anno a concorsi per dirigenti medici del Ssn. L'iniziativa è condivisibile, in quanto permetterebbe di anticipare l'entrata nel mondo del lavoro rendendo più rapido il già macchinoso sistema concorsuale previsto per garantire il turnover nei reparti ospedalieri. Poiché gli organici sono carenti in molti settori nevralgici degli ospedali, ogni ritardo di sostituzione dei medici posti in pensione determina carichi di lavoro incrementali diffi-

Figura 2. **Distribuzione percentuale per classi di età dei medici dipendenti del SSN nel 2015**

Studio Anaao 2016; Matteo D'Arienzo, Fabio Ragazzo, Domenico Montemurro, Costantino Troise, Carlo Palermo

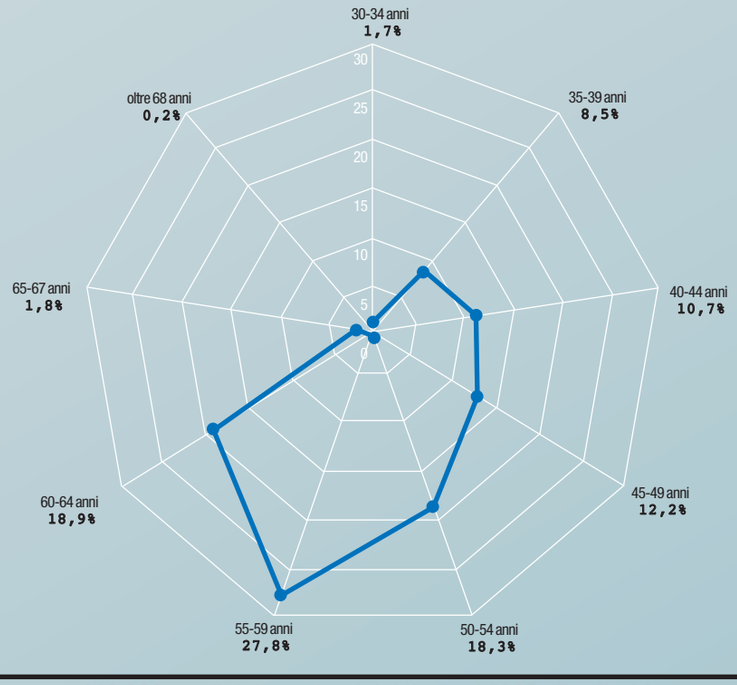
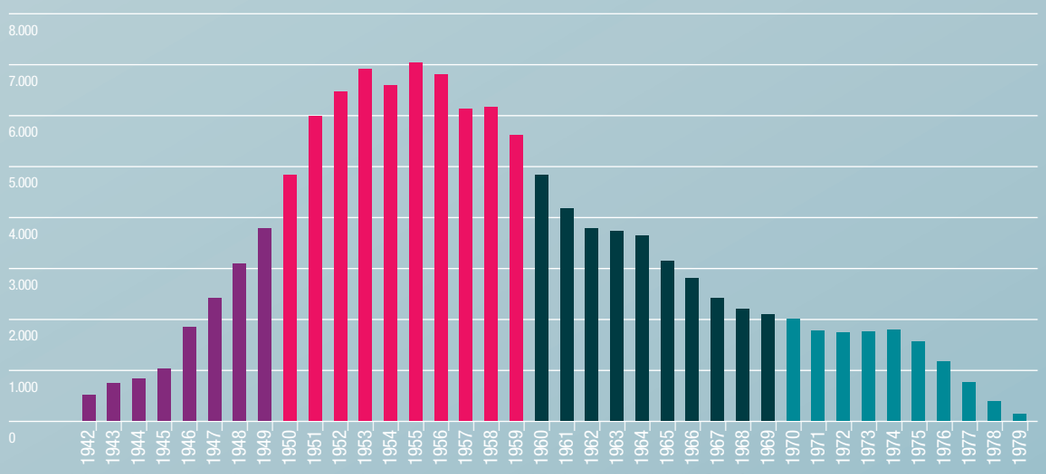


Figura 3. **118.000 medici dipendenti del Ssn nel 2008, distribuiti per anno di nascita.**

Enrico Reginato, Carlo Palermo; Sole 24 Ore Sanità: n° 36, 2011



La previsione del numero di pensionamenti dal 2018 al 2025 dei Dirigenti Medici del Ssn è stata stimata considerando che nel 2018 abbiano acquisito il diritto alla quiescenza i nati nel 1953.

> *Regioni e Aziende, dal 2007 ad oggi, hanno risparmiato tagliando sul personale, il Bancomat che è stato ferocemente sfruttato per raggiungere l'equilibrio di bilancio*

cili da sostenere per le équipe mediche coinvolte, con un conseguente aumento del rischio clinico per operatori e pazienti legato ad un peggioramento della sicurezza delle cure. Sarebbe comunque auspicabile una previsione più esplicita di assunzione in servizio a tempo determinato degli specializzandi, anche prima del conseguimento del titolo. Ma, soprattutto, manca nella legge appena approvata dal Parlamento una decisa svolta nelle politiche assunzionali che superi l'anacronistico blocco introdotto con la Legge Finanziaria 2006. Anche l'incremento previsto del numero dei contratti di formazione, circa 900 a partire dal 2019, è largamente insufficiente per ridurre il deficit di specialisti che ci attende nell'immediato futuro.

> *Manca nella legge appena approvata dal Parlamento una decisa svolta nelle politiche assunzionali che superi l'anacronistico blocco introdotto con la Legge Finanziaria 2006*

CONCLUSIONI.

Le condizioni di lavoro nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali stanno rapidamente degradando. Il blocco del turnover, introdotto con la Legge n. 296 del 2006, ha determinato, ad oggi, una carenza nelle dotazioni organiche di circa 10 mila medici. I piani di lavoro, i turni di guardia e di reperibilità vengono coperti con crescenti difficoltà e una volta occupate le varie caselle si incrociano le dita sperando che nessuno si ammali buttando all'aria il complicato *puzzle* che bisogna comporre ogni mese. Quindici milioni di ore di straordinario non pagate, numero di turni notturni e festivi pro-capite in crescita, fine settimana quasi sempre occupati tra guardie e reperibilità, difficoltà a poter godere perfino delle ferie maturate rappresentano gli elementi su cui si fonda oggi la sostenibilità organizzativa ed economica degli ospedali italiani.

Regioni e Aziende, dal 2007 ad oggi, hanno risparmiato tagliando sul personale, il Bancomat che è stato ferocemente sfruttato per raggiungere l'equilibrio di bilancio. Non si tratta solo di turnover ma anche di gravidanze o di assenze per malattie prolungate mai sostituite. Il risparmio per le aziende relativamente al mancato turnover dei medici e dirigenti sanitari per il solo 2018 è valutabile intorno al miliardo di euro, mentre gli straordinari non retribuiti rappresentano un regalo di 500 milioni che ogni anno viene dai medici e dirigenti sanitari elargito alle aziende. Ormai la situazione è pesante ed i numeri del presente lavoro indicano che la prospettiva rischia di avvitarsi verso

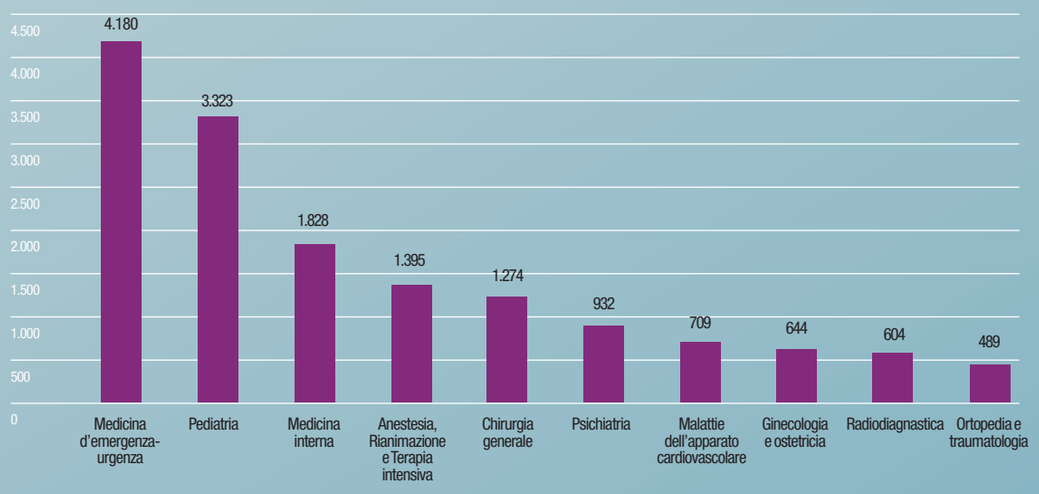
il dramma, arrivando addirittura alla difficoltà di reperire specialisti pur in presenza di uno sblocco del turnover, in mancanza di interventi che determinino rapidamente un cambiamento. Le soluzioni sono state indicate in due punti qualificanti del cosiddetto "Contratto di Governo". Si afferma, infatti, che "Il problema dei tempi di attesa è susseguente anche alla **diffusa carenza di medici specialisti**, infermieri e personale sanitario. È dunque indispensabile assumere il personale medico e sanitario necessario, anche per dare attuazione all'articolo 14 della legge n. 161/2014". Si ribadisce, inoltre, che "I **posti per la formazione specialistica dei medici dovrebbero essere determinati dalle reali necessità assistenziali** e tenendo conto anche dei pensionamenti, assicurando quindi un'armonizzazione tra posti nei corsi di laurea e posti nel corso di specializzazione". È necessario, pertanto, non solo sbloccare il turnover ma incrementare anche il finanziamento per le assunzione ed attivare i diversi miliardi di risparmi effettuati dalle Regioni nell'ultimo decennio. Per quanto attiene la formazione post laurea, oltre ad incrementare ad almeno 9500/10.000 i contratti annuali, è arrivato il momento di una riforma globale passando ad un contratto di formazione/lavoro da svolgere fin dal primo anno in una rete di ospedali di insegnamento in modo da mettere a disposizione degli specializzandi l'immensa casistica e il patrimonio culturale e professionale del SSN. L'attuale sistema formativo, nella parte specialistica post lauream, se confrontato con quello degli altri Paesi Europei, appare obsoleto ed espressione di un arroccamento dell'Università che, pur di non perderne l'egemonia, è disposta a barattare la qualità formativa e la performance dell'intera programmazione di medici specialisti. Occorre apportare una modifica sostanziale all'impianto legislativo del D.lgs. 368/99 in cui risulti evidente una compartecipazione equa tra Università e Ospedali del Ssn el percorso formativo e nel controllo della qualità dello stesso. Certamente "Una riforma difficile da fare ma impossibile da non fare", come disse Giovanni Berlinguer riferendosi alla istituzione 40 anni fa del Ssn.

Figura 3. **Specialità principali del Ssn: pensionamenti dei medici specialisti operanti nel Ssn confrontati con i contratti di formazione Miur ad invarianza di programmazione (proiezione a otto anni, 2018÷2025).**

specializzazioni mediche	Numero di Specialisti formati dal 2018 al 2025*	Numero di Nuovi Specialisti SSN 2018-2025	Specialisti attivi SSN anno 2016 (CAT 2016)	Stima pensionamenti 2018-2025	Stima ammanco Specialisti al 2025
Anatomia Patologica	621	466	1323	673	-208
Anestesia, Rianimazione e Terapia int./dolore	5701	4276	11145	5671	-1395
Cardiochirurgia	398	299	732	372	-74
Chirurgia generale	2904	2178	6785	3452	-1274
Chirurgia pediatrica	123	92	349	178	-86
Ematologia	759	569	1396	710	-141
Farmacologia e tossicologia clinica	184	138	533	271	-133
Ginecologia e ostetricia	2437	1828	4858	2472	-644
Igiene e medicina preventiva	1448	1086	2876	1463	-377
Malattie dell'apparato cardiovascolare	2606	1954	5234	2663	-709
Malattie dell'apparato respiratorio	805	603	1442	734	-130
Malattie infettive e tropicali	713	535	1342	683	-148
Medicina d'emergenza-urgenza	1962	1471	11107	5652	-4180
Medicina interna	2705	2029	7580	3857	-1828
Microbiologia e virologia	130	98	338	172	-74
Nefrologia	989	741	2119	1078	-337
Neurochirurgia	498	374	850	433	-59
Neurologia	1295	971	2281	1161	-189
Oftalmologia	1004	753	1816	924	-171
Ortopedia e traumatologia	2100	1575	4055	2063	-489
Otorinolaringoiatria	897	672	1707	869	-196
Patologia clinica e Biochimica clinica	575	431	1551	789	-358
Pediatria	3740	2805	12042	6127	-3323
Psichiatria	1954	1466	4712	2398	-932
Radiodiagnostica	3311	2483	6067	3087	-604
Statistica sanitaria e biometria	15	11	386	196	-185
Urologia	966	724	1786	909	-185

* : calcolo su stima numero di borse di specialità 2014-2021

Figura 4. **Le dieci specialità mediche più carenti a livello nazionale nel 2025 Con pensionamenti attesi in base alla legge Fornero del 2011.**
Il numero di pediatri mancante include anche i pediatri di libera scelta (Pls).
Fonti dei dati sugli specialisti e sui Pls: CAT 2016; Ministero Salute 2010.



ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Servizi Anaao Assomed

A DISPOSIZIONE DEGLI ISCRITTI UN AVVOCATO PER LA CONSULENZA E DIFESA STRAGIUDIZIALE

06 4245741
lunedi mercoledi venerdi

spedisci il tuo quesito a
servizi@anaao.it

La tua polizza è in scadenza e non sai che fare?

iscriviti all'Anaao!

La migliore polizza assicurativa ce l'abbiamo noi.

Solo per te la migliore Polizza Colpa Grave sul mercato

Per un anno a 195€

Scopri di più

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2019

La presente scheda ha valore indicativo e non impegna il broker o l'assicuratore, per il quale valgono le condizioni contrattuali presenti nel fascicolo informativo, che possono essere scaricate collegandosi al sito **www.anaao.it**

Per maggiori informazioni i nostri uffici sono a tua disposizione.

Contattaci al numero 026694767 oppure puoi scrivere a segr.naz.milano@anaao.it

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI