

# d!

## d!rigenza medica

- 7 **Italia senza ospedali e personale**  
I dati degli annuari statistici
- 8 **Lavoro**  
Riflessioni sulla scomparsa  
della ginecologa di Trento
- 10 **Anaaio Giovani**  
Il futuro pensionistico  
dei giovani medici
- 12 **Dirigenza Sanitaria**  
La questione delle  
professioni nelle Arpa

Il mensile dell'Anaa Assomed

**ANAAO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

**10.000.000**  
**ORE DI STRAORDINARIO**  
**REGALATE ALLE AZIENDE**

**5.000.000**  
**GIORNATE DI FERIE**  
**ARRETRATE**

**Sondaggio Anaaio Assomed**

# I diritti calpestati dei medici e dirigenti sanitari



## Pat Carra per l'Anaa Assomed



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](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://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. 320.7411937  
0331.074259

**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 luglio 2021



## I risultati del sondaggio Anaa Assomed

# Ogni anno oltre 10 mln di ore di straordinario “regalate” alle aziende, e 5 mln le giornate di ferie arretrate per medici e dirigenti sanitari

### INTRODUZIONE

**Siamo sempre meno e sempre più stanchi, affrontiamo un carico di lavoro che sembra crescere continuamente giorno dopo giorno. La presa in carico di malati con bisogni assistenziali sempre più complessi è affidata a un numero di medici in costante riduzione e di età media sempre più elevata. Spesso siamo costretti a gestire da soli dei casi che in un tempo non molto lontano impegnavano un'intera equipe. Troppo spesso la legislazione in materia di orario di lavoro non viene rispettata e all'impegno richiesto non corrisponde un adeguato riconoscimento**

La pandemia Covid-19 ha contribuito a slantizzare i mali e le criticità del SSN che in alcuni momenti hanno sfiorato il punto di non ritorno e solo un estremo sacrificio del personale del SSN ha permesso di evitare una caporetto della sanità. Ma oltre che professionisti della salute non possiamo dimenticare di essere donne e uomini, mariti e mogli, figli e nipoti di una società civile; abbiamo anche noi tutto il diritto di lavorare qualitativamente e quantitativamente in maniera equilibrata e sana per offrire un servizio indispensabile alla società: la salvaguardia e la cura della salute.

A fronte di un durissimo impegno quotidiano, rischiamo conseguenze fisiche e psicologiche a lungo termine acuite ulteriormente dalla persistente mancanza di riposo. Conciliare vita privata e lavoro spesso è impossibile, a volte è difficile anche solo allontanarsi dall'ospedale a causa di turni sempre più lunghi e di reperibilità frequenti e di

lunga durata. Anche le ferie vengono concesse più raramente e in periodi obbligati che non sempre permettono di goderle con la famiglia o con gli amici. Persino la pausa pranzo può diventare un'utopia così come fare sport o avere un hobby. Siamo sempre più stanchi e insoddisfatti.

### ANALISI DEI DATI

La survey è costituita da 20 quesiti comprendenti un'indagine demografica e relativa alla disciplina di appartenenza (area medica, chirurgica, area dei servizi, età anagrafica, sesso, regione di provenienza) e domande di carattere specifico mirate a esplorare l'effettivo numero delle ore di servizio prestate (numero di guardie prefestive/festive, turni di reperibilità attiva/passiva) e la reale applicazione delle nuove normative e limitazioni all'orario di lavoro previste dall'ultimo CCNL.

Sono stati raccolti anche dati utili a determinare la percezione soggettiva in

*Il sondaggio è a cura di:*

**COSTANTINO TROISE**  
Presidente Nazionale Anaa Assomed

**UMBERTO ANGESCHI**  
Anaa Giovani Lazio

**VINCENZO COSENTINI**  
Anaa Giovani Veneto

**SILVIA PORRECA**  
Anaa Giovani Puglia

**GEMMA FILICE**  
Anaa Giovani Calabria

**PIERINO DI SILVERIO**  
Responsabile Nazionale Anaa Giovani

**MATTEO D'ARIENZO**  
Delegato Anaa Assomed in Cosmed

merito al carico di lavoro sostenuto, l'impatto dello stress lavorativo sulla vita personale con una menzione specifica relativa alla recente pandemia da Covid-19 su una popolazione eterogenea di circa 2.290 medici.

### OBIETTIVI DELL'INDAGINE

Le 20 domande hanno esplorato due domini distinti:

- la corretta applicazione della nuova normativa del CCNL in merito all'orario di servizio, numero di guardie e pronta disponibilità (attiva/passiva), recupero ed eventuale retribuzione parziale/completa) delle ore straordinarie nell'ultimo biennio (2019-2020), rispetto dei giorni di ferie continuativi (festività incluse/escluse), numero di giorni di ferie arretrate;
- la percezione del livello di stress psico-fisico del dirigente medico in merito al carico di lavoro realmente sostenuto, l'influenza del numero di ore lavorate sulla vita personale, l'impatto della recente pandemia da COVID-19 sul numero di ore lavorate.

Vediamo nel dettaglio i risultati dell'indagine.

### DATI ANAGRAFICI GENERALI

Il 17.3% dei responders ha un'età anagrafica <40 anni, il 28.2% tra i 40-50



## I diritti calpestati dei medici e dirigenti sanitari

anni, il 33.2% tra i 50-60 anni, il 21.3% >60 anni.

La distribuzione geografica è piuttosto varia, con il 42% che lavora presso un ente di comparto delle regioni del Nord, il 44.2% nel Centro-Italia, e il 13.8% presso un ente del Sud.

Il 49.4% presta servizio in una UOC dell'Area Medica (n. 1131), il 21% presso una disciplina dell'area chirurgica (n. 481), il 14.1% nell'Area dei Servizi (n. 323), il 15.5% è Dirigente Sanitario (n. 355).

### DATI ANAGRAFICI PER AREE

**AREA MEDICA** - Nell'ambito dell'area medica (n. 1131 risposte), il 59.2% degli intervistati è di sesso femminile. Il 37.8% dei dirigenti lavora presso un'area critica. Il 72.5% del campione ha un'anzianità di servizio maggiore di 5 anni.

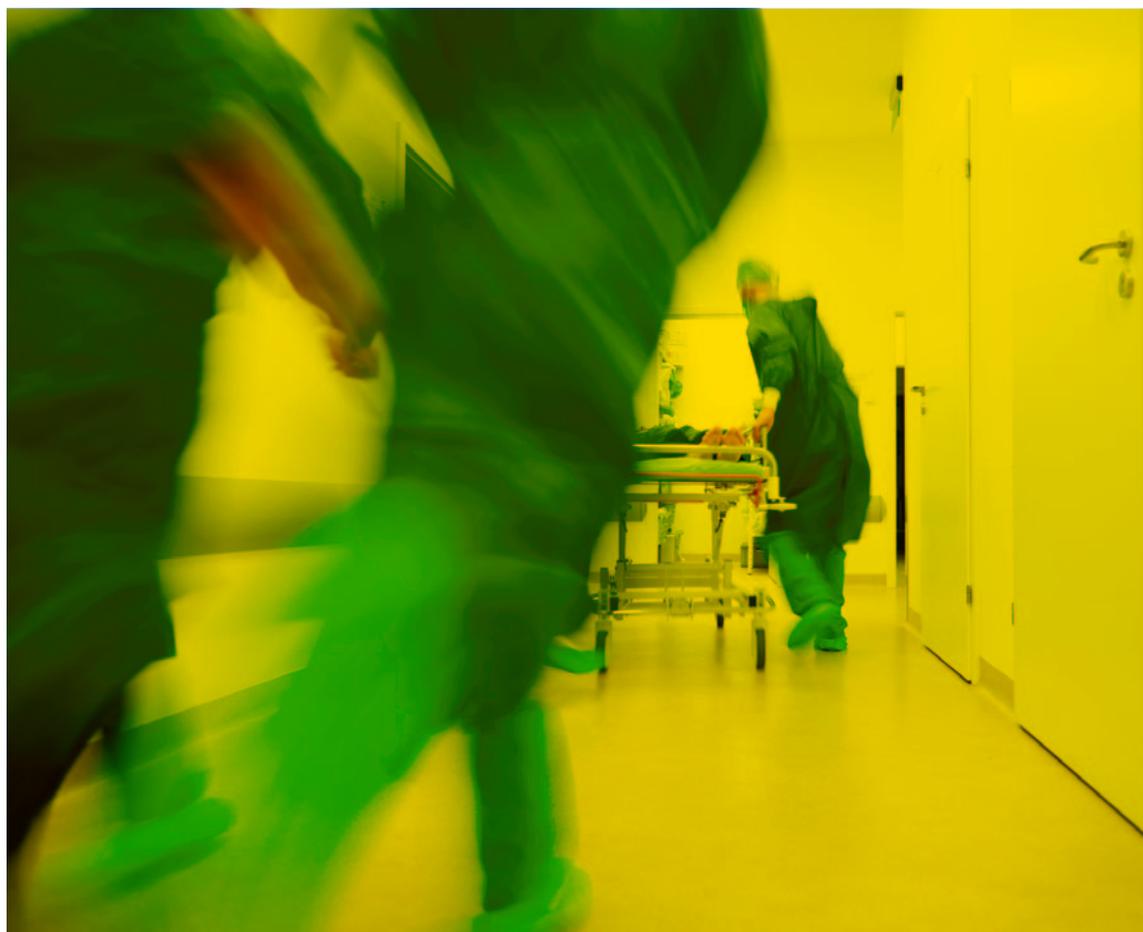
**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Nell'ambito delle discipline chirurgiche (n. 481 risposte), il 36.8% degli intervistati è di sesso femminile. Il 28.1% dei dirigenti lavora presso una delle aree di emergenza. Il 68.8% del campione ha un'anzianità di servizio maggiore di 5 anni.

**AREA DEI SERVIZI** - Nell'ambito dell'area dei servizi (n. 323 risposte), il 63.5% degli intervistati è di sesso femminile. Il 26.6% dei dirigenti lavora presso una delle aree di emergenza. Il 71.8% del campione ha un'anzianità di servizio maggiore di 5 anni.

**DIRIGENZA SANITARIA** - Nell'ambito della dirigenza sanitaria (n. 355 risposte), il 69.3% degli intervistati è di sesso femminile. Il 7.3% dei dirigenti lavora presso una delle aree di emergenza. L'81.4% del campione ha un'anzianità di servizio maggiore di 5 anni.

### FERIE ARRETRATE

**AREA MEDICA** - Alla data del 31 maggio 2021, il 28.6% degli intervistati ha meno di 30 giorni di ferie arretrate, il 29.4% tra 30-50 giorni, il 19.6% tra 50-80 giorni, il 12.9% tra 80-120 giorni, il 9.5% più di 120 giorni. Il 15% degli intervistati ha dichiarato di non usufruire dei 15 giorni di ferie continuative, il 45.8% di usufruirne incluse le giornate festive, il 39.2% di usufruirne ma



### Intervistati area medica

Donne

59,2%

Area critica

37,8%

Anzianità di servizio >5 anni

72,5%

escluse le giornate festive.

Si può calcolare prudenzialmente in circa 5 milioni le giornate di ferie accumulate negli anni e ancora non godute da parte dei medici e dirigenti sanitari del SSN per le difficoltà nell'organizzazione dei servizi a causa del calo progressivo delle dotazioni organiche iniziato dal 2009 (Tabella 1).

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Alla data del 31 maggio 2021, il 25.4% degli intervistati aveva meno di 30 giorni di ferie arretrate, il 26.4% tra 30-50 giorni, il 16.4% tra 50-80 giorni, il 17% tra 80-120 giorni, il 14.8% più di 120 giorni. Il 15.2% degli intervistati ha dichiarato di non usufruire dei 15 giorni di ferie continuative, il 45.5% di usufruirne incluse le giornate festive, il 39.3% di usufruirne escluse le giornate festive.

**AREA DEI SERVIZI** - Alla data del 31 maggio 2021, il 36.8% degli intervistati aveva meno di 30 giorni di ferie arretrate, il 30% tra 30-50 giorni, il 19.2% tra 50-80 giorni, il 7.4% tra 80-120 giorni, il 6.5% più di 120 giorni. Il 15.8% degli intervistati ha dichiarato di non usufruire dei 15 giorni di ferie continuative, il 44% di usufruirne incluse le giornate festive, il 40.2% di usufruirne escluse le giornate festive.

**DIRIGENZA SANITARIA** - Alla data del 31 maggio 2021, il 46.8% degli intervistati aveva meno di 30 giorni di ferie arretrate, il 22% tra 30-50 giorni, il 16.9% tra 50-80 giorni, il 7.9% tra 80-

120 giorni, il 6.5% più di 120 giorni. Il 12.7% degli intervistati ha dichiarato di non usufruire dei 15 giorni di ferie continuative, il 36.9% di usufruirne incluse le giornate festive, il 50.4% di usufruirne escluse le giornate festive.

### ORE DI LAVORO IN ECCEDEZZA

**AREA MEDICA** - Relativamente alle ore di servizio in eccedenza non recuperate per l'anno 2019, il 6.6% ha dichiarato di non avere un carico orario in eccedenza in quanto neoassunto, il 23.2% meno di 50, il 23.5% tra 50-100, il 19.6% tra 100-200, il 10.1% tra 200-300, il 17.1% oltre 300.

Relativamente alle ore di servizio in eccedenza non recuperate per l'anno 2020, il 2.7% ha dichiarato di non avere un carico orario in eccedenza in quanto neoassunto, il 26.2% meno di 50, il 20.3% tra 50-100, il 33.2% tra 100-200, il 17.6% oltre 300. Si evidenzia un netto incremento degli orari svolti in eccedenza nel 2020 a causa della pandemia (Tabella 2).

Un dato allarmante quanto preoccupante che pone in evidenza il sacrificio fisico e anche economico dei medici e del personale sanitario. Proiettando, infatti, tali dati in una visione macro, ammonta a circa 300 milioni di euro il valore derivante dalle oltre 10 milioni di ore "regalate" ogni anno all'azienda da parte dei medici e dirigenti sanitari dipendenti del SSN.

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Relativamente alle ore di servizio in eccedenza non recuperate per l'anno 2019, il 6.7% ha dichiarato di non avere un carico orario in eccedenza in quanto neoassunto, il 26.2% meno di 50, il 22.5% tra 50-100, il 16.2% tra 100-200, il 9.1% tra 200-300, il 19.3% oltre 300. Relativamente alle ore di servizio in eccedenza non recuperate per l'anno 2020, il 4.2% ha dichiarato di non avere un carico orario in eccedenza in quanto neoassunto, il 30.8% meno di 50, il 21% tra 50-100, il 27% tra 100-200, il 17% oltre 300.

**AREA DEI SERVIZI** - Relativamente alle ore di servizio in eccedenza non recuperate per l'anno 2019, il 5.3% ha dichiarato di non avere un carico orario in eccedenza in quanto neoassunto, il 30.7% meno di 50, il 20.4% tra 50-100, il 21.4% tra 100-200, il 10.8% tra 200-300, l'11.5% oltre 300. Relativamente alle ore di servizio in eccedenza non recuperate per l'anno 2020, l'1.9% ha dichiarato di non avere un carico orario in eccedenza in quanto neoassunto, il 30.7% meno di 50, il 18.9% tra 50-100, il 33.7% tra 100-200, il 14.9% oltre 300.

**DIRIGENZA SANITARIA** - Relativamente alle ore di servizio in eccedenza non recuperate per l'anno 2019, il 4.2% ha dichiarato di non avere un carico orario in eccedenza in quanto neoassunto, il 31.5% meno di 50, il 22.5% tra 50-100, il 20.8% tra 100-200, il 9.3% tra 200-300, il 11.5% oltre 300. Relativamente alle ore di servizio in eccedenza non recuperate per l'anno 2020, il 1.7% ha dichiarato di non avere un carico orario in eccedenza in quanto neoassunto, il 27.3% meno di 50, il 23.1% tra 50-100, il 31% tra 100-200, il 16.9% oltre 300.

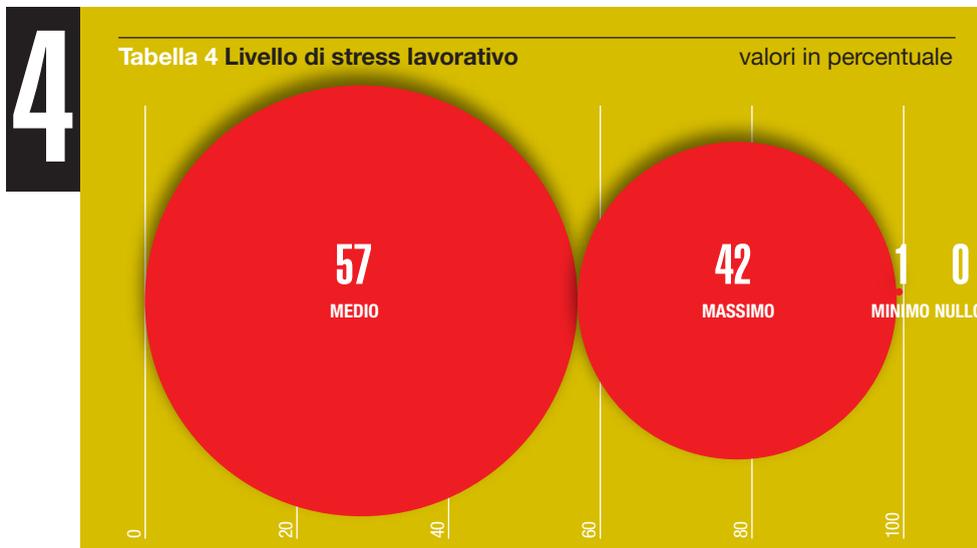
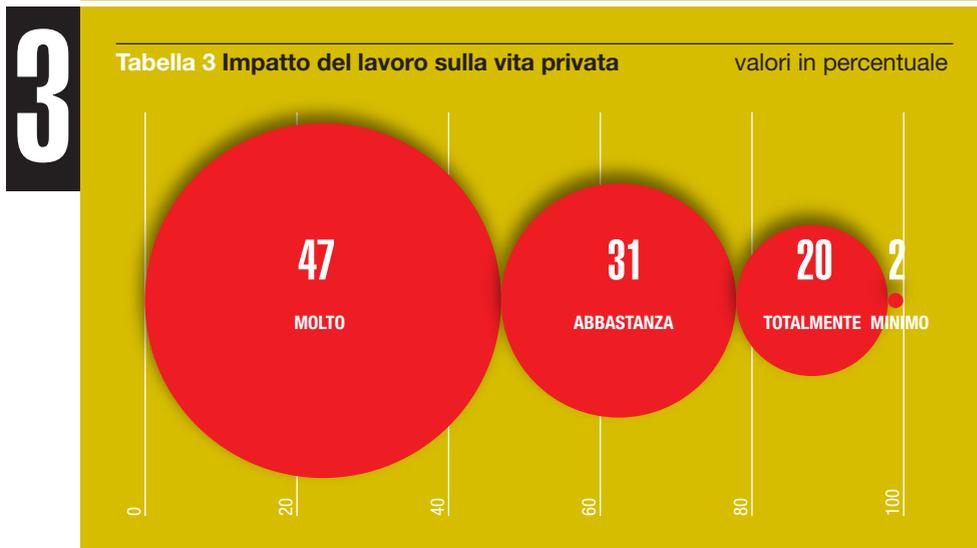
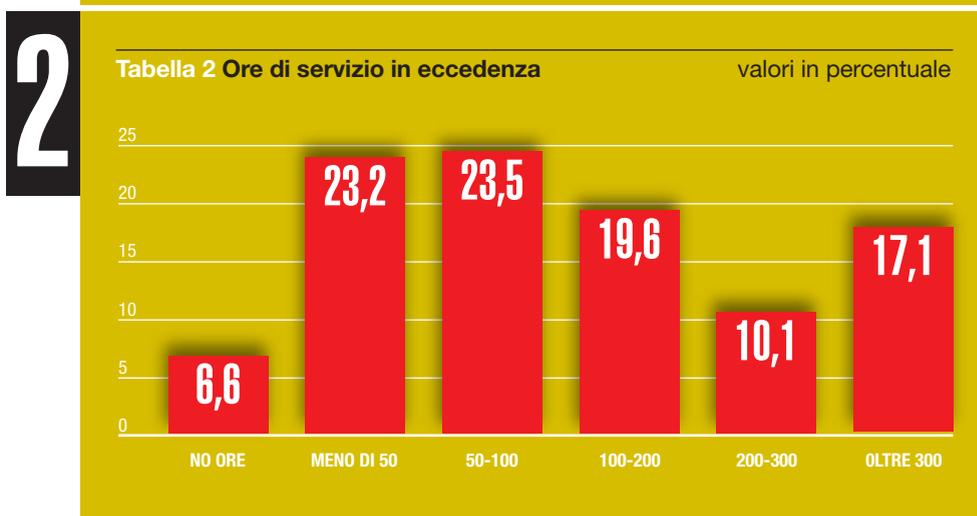
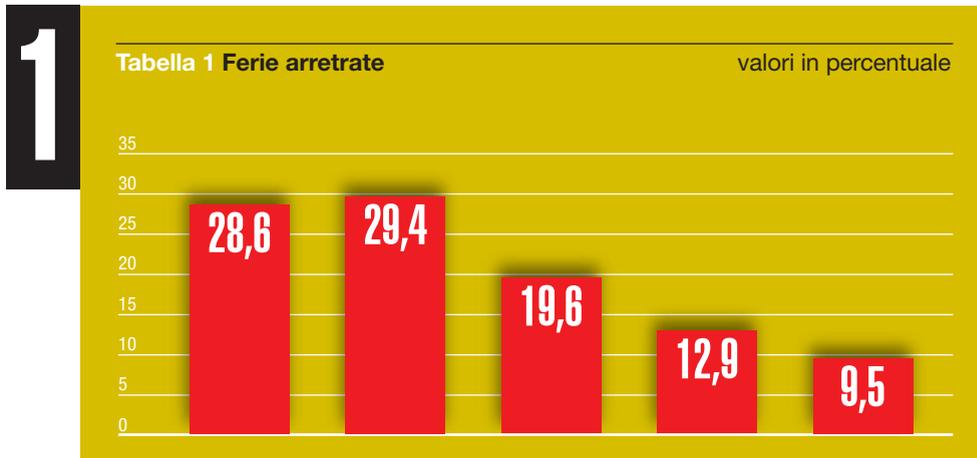
**ORE IN ECCEDEZZA PAGATE**

**AREA MEDICA** - Il 64.2% degli intervistati ha dichiarato che le ore svolte oltre il debito orario dovuto non vengono pagate, il 18.4% ha dichiarato una parziale retribuzione delle ore eccedenti, il 5% ha dichiarato la completa liquidazione delle ore di servizio in eccesso, mentre il 12.5% ha dichiarato di non avere ore eccedenti.

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Il 66.9% degli intervistati ha dichiarato che le ore aggiuntive non vengono pagate, il 18.9% ha dichiarato una parziale retribuzione delle ore eccedenti, il 3.7% ha dichiarato una completa liquidazione delle ore di servizio in eccesso mentre il 10.4% ha dichiarato di non avere ore eccedenti.

**AREA DEI SERVIZI** - Il 66.6% degli intervistati ha dichiarato che le ore aggiuntive non vengono pagate, il 14.6% ha dichiarato una parziale retribuzione delle ore eccedenti, il 3.7% ha dichiarato una completa liquidazione delle ore di servizio in eccesso mentre il 10.4% ha dichiarato di non avere ore eccedenti.

**DIRIGENZA SANITARIA** - Il 66.6% degli intervistati ha dichiarato che le ore aggiuntive non vengono pagate, il 14.6% ha dichiarato una parziale retribuzione delle ore eccedenti, il 3.7% ha dichiarato una completa liquidazione delle ore di servizio in eccesso mentre il 10.4% ha dichiarato di non avere ore eccedenti.



# I risultati del sondaggio Anaa Assomed

“ Il 66.6% degli intervistati ha dichiarato che le ore aggiuntive non vengono pagate, il 14.6% ha dichiarato una parziale retribuzione delle ore eccedenti, il 5.3% ha dichiarato una completa liquidazione delle ore di servizio in eccesso

ne delle ore eccedenti, il 5.3% ha dichiarato una completa liquidazione delle ore di servizio in eccesso mentre il 13.6% ha dichiarato di non avere ore eccedenti.

**DIRIGENZA SANITARIA** - In merito al pagamento delle ore aggiuntive, il 64.2% degli intervistati ha dichiarato che le ore aggiuntive non vengono pagate, il 9.9% ha dichiarato una parziale retribuzione delle ore eccedenti, il 4.8% ha dichiarato una completa liquidazione delle ore di servizio in eccesso mentre il 21.1% ha dichiarato di non avere ore eccedenti.

## NUMERO DI GUARDIE AL MESE

**AREA MEDICA** - Per quanto riguarda il numero di guardie notturne mensili svolte 29.6% degli interessati ha dichiarato di non svolgere turni di guardia attiva, il 36.3% tra 1-3 turni, il 23% tra 4-5 turni, l'8.8% tra 6-8, il 2.2% oltre 8.

Relativamente al numero di guardie festive svolte in un mese (esclusi i prefestivi), il 18.9% ha dichiarato di non svolgere turni di servizio festivi, il 50.7% tra 1-2 turni, il 30.4% più di 2.

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Per quanto concerne il numero di guardie notturne mensili svolte, il 32.4% degli interessati ha dichiarato di non svolgere turni di guardia attiva, il 27% tra 1-3 turni, il 27.4% tra 4-5 turni, il 10% tra 6-8, il 3.1% oltre 8. Relativamente al numero di guardie festive svolte in un mese (esclusi i prefestivi), il 15% ha dichiarato di non svolgere turni di servizio festivi, il 50.3% tra 1-2 turni, il 34.7% più di 2.

**AREA DEI SERVIZI** - Per quanto concerne il numero di guardie notturne mensili svolte, il 57% degli interessati ha dichiarato di non svolgere turni di guardia attiva, il 13.6% tra 1-3 turni, il 17.3% tra 4-5 turni, il 9.9% tra 6-8, il 2.2% oltre 8. Relativamente al numero di guardie festive svolte in un mese (esclusi i prefestivi), il 42.4% ha dichiarato di non svolgere turni di servizio festivi, il 42.7% tra 1-2 turni, il 14.9% più di 2.

**DIRIGENZA SANITARIA** - Per quanto concerne il numero di guardie notturne mensili svolte, il 74.1% degli interessati ha dichiarato di non svolgere turni di guardia attiva, il 12.4% tra 1-3 turni, il 9.3% tra 4-5 turni, il 3.4% tra 6-8,

l'0.8% oltre 8.

Relativamente al numero di guardie festive svolte in un mese (esclusi i prefestivi), il 62.8% ha dichiarato di non svolgere turni di servizio festivi, il 30.4% tra 1-2 turni, il 6.8% più di 2.

## NUMERO DI PRONTE DISPONIBILITÀ AL MESE

**AREA MEDICA** - Relativamente ai turni di pronta disponibilità (passiva cioè non lavorata), il 19.1% ha dichiarato di svolgere meno di tre turni, il 17.8% tra 3-5 turni, il 14.5% tra 5-10, il 3.7% oltre 10. Il 44.9% ha dichiarato di non svolgere turni di pronta reperibilità in quanto non previsti nella propria UOC. In merito ai turni di pronta disponibilità (attiva, cioè lavorata), il 34.8% ha dichiarato di svolgere meno di tre turni al mese, il 12.6% tra 3-5, il 6.5% tra 5-10, il 2% oltre 10. Il 43.9% ha dichiarato di non svolgere turni di pronta disponibilità attiva in quanto non previsti nel proprio dipartimento di appartenenza.

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Il 13.9% ha dichiarato di svolgere meno di tre turni di pronta disponibilità passiva, il 23.5% tra 3-5 turni, il 28.9% tra 5-10, il 15.6% oltre 10. Il 18.1% ha dichiarato di non svolgere turni di pronta reperibilità in quanto non è prevista. Il 26.8% ha dichiarato di svolgere meno di tre turni al mese di pronta disponibilità attiva, il 31.2% tra 3-5, il 20.4% tra 5-10, il 7.9% oltre 10. Il 13.7% ha dichiarato di non svolgere turni di pronta disponibilità attiva in quanto non previsti dalla propria UOC.

**AREA DEI SERVIZI** - Relativamente ai turni di pronta disponibilità (passiva), il 16.7% ha dichiarato di svolgere meno di tre turni, il 16.7% tra 3-5 turni, il 13.9% tra 5-10, il 6.2% oltre 10. Il 46.4% ha dichiarato di non svolgere turni di pronta reperibilità in quanto non è prevista.

In merito ai turni di pronta disponibilità (attiva), il 26.9% ha dichiarato di svolgere meno di tre turni al mese, il 13.3% tra 3-5, il 14.2% tra 5-10, il 3.1% oltre 10. Il 42.4% ha dichiarato di non svolgere turni di pronta disponibilità attiva in quanto non previsti dalla propria UOC.

**DIRIGENZA SANITARIA** - Relativamente ai turni di pronta disponibilità (passiva), il 13.5% ha dichiarato di svolgere meno di tre turni, il 10.1% tra 3-5



**Numero di guardie notturne mensili in area medica**

**Non svolge turni di guardia attiva**

**26,9%**

**Tra 1-3 turni**

**36,3%**

**Tra 4-5 turni**

**23%**

**Tra 6-8 turni**

**8,8%**

**Più di 8**

**2,2%**

turni, l'8.7% tra 5-10, il 2.8% oltre 10. Il 64.8% ha dichiarato di non svolgere turni di pronta reperibilità in quanto non è prevista.

In merito ai turni di pronta disponibilità (attiva), il 21.7% ha dichiarato di svolgere meno di tre turni al mese, l'8.7% tra 3-5, il 5.6% tra 5-10, lo 0.8% oltre 10. Il 63.1% ha dichiarato di non svolgere turni di pronta disponibilità attiva in quanto non previsti dalla propria UOC.

## RISPETTO DELLA NORMATIVA SULL'ORARIO DI LAVORO

**AREA MEDICA** - Il 16.2% ha dichiarato un'assenza di applicazione delle vigenti normative sull'orario, il 50.5% degli intervistati ha descritto un'applicazione parziale, il 33.3% una regolare applicazione della normativa sull'orario di servizio.

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Il 29.1% ha dichiarato un'assenza di applicazione delle regolari normative sull'orario, il 50.3% degli intervistati ha descritto un'applicazione parziale, il 20.6% una regolare applicazione delle leggi sull'orario di lavoro.

**AREA DEI SERVIZI** - Il 16.7% ha dichiarato l'assenza di applicazione del-



le regolari normative sull'orario, il 53.6% degli intervistati ha riferito un'applicazione parziale, il 29.7% una regolare applicazione delle leggi sull'orario di lavoro.

**DIRIGENZA SANITARIA** - Quanto al rispetto dell'orario di lavoro il 12.1% ha dichiarato un'assenza di applicazione delle regolari normative sull'orario, il 43.1% degli intervistati ha descritto un'applicazione parziale, il 44.8% una regolare applicazione delle leggi sull'orario di lavoro.

### IMPATTO DEI CARICHI DI LAVORO SULLA VITA PRIVATA

**AREA MEDICA** - Relativamente all'impatto del carico di lavoro sulla propria vita quotidiana, è *minimo* per il 2.1% degli intervistati, *abbastanza* per il 30.9%, *molto* per il 47.1%, *totalmente* per il 19.8%. Solo lo 0.1% ha dichiarato una diminuzione dell'impatto del lavoro sulla vita quotidiana (Tabella 3).

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Relativamente all'impatto del carico di lavoro sulla propria vita quotidiana, il 2.3% degli intervistati descrive un minimo impatto, il 29.5% ha dichiarato "abbastanza", il 42.8% ha dichiarato "molto", il 24.9% ha riportato la dizione "total-

mente". Solo l'0.4% ha riportato l'assenza di impatto sulla propria vita quotidiana.

**AREA DEI SERVIZI** - Relativamente all'impatto del carico di lavoro sulla propria vita quotidiana, il 5% degli intervistati descrive un minimo impatto sulla propria vita quotidiana, il 30.3% ha dichiarato "abbastanza", il 46.4% ha dichiarato "molto", il 18.3% ha riportato la dizione "totalmente".

**DIRIGENZA SANITARIA** - Relativamente all'impatto del carico di lavoro sulla propria vita quotidiana, il 5.9% degli intervistati descrive un minimo impatto sulla propria vita quotidiana, il 36.9% ha dichiarato "abbastanza", il 42.8% ha dichiarato "molto", il 14.1% ha riportato la dizione "totalmente". Solo l'0.3% ha riportato una diminuzione dello stress nella propria vita quotidiana.

### IMPATTO DELLA PANDEMIA SU ATTIVITÀ LAVORATIVA

**AREA MEDICA** - Il 2.1% degli intervistati ha descritto un minimo impatto sulla propria vita quotidiana, il 30.9% ha dichiarato "abbastanza", il 47.1% ha dichiarato "molto", il 19.8% ha riportato la dizione "totalmente". Solo l'0.1% ha riportato una diminuzione dell'impatto sulla propria vita quotidiana.

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Il 18.7% degli intervistati ha dichiarato l'assenza di impatto, il 33.1% degli intervistati ha riportato un impatto parziale, il 44.7% un impatto totale. Soltanto il 3.5% degli intervistati ha riportato l'assenza di impatto sulla propria vita quotidiana.

**AREA DEI SERVIZI** - In merito all'impatto della recente pandemia da Covid-19 sulla propria attività lavorativa, il 12.1% degli intervistati ha dichiarato l'assenza di impatto, il 34.7% degli intervistati ha riportato un impatto parziale, il 52.3% un impatto totale. Soltanto lo 0.9% degli intervistati ha riportato l'assenza di impatto sulla propria vita quotidiana.

**DIRIGENZA SANITARIA** - In merito all'impatto della recente pandemia da Covid-19 sulla propria attività lavorativa, il 17.2% degli intervistati ha dichiarato l'assenza di impatto, il 31.3% degli intervistati ha riportato un impatto parziale, il 51.3% un impatto totale. Soltanto lo 0.3% degli intervistati ha riportato una diminuzione dell'impatto dello stress sulla propria vita quotidiana.

### LIVELLO DI STRESS LAVORATIVO

**AREA MEDICA** - Relativamente allo stress lavorativo, su una scala da nullo a massimo, lo 0.1% ha descritto un livello di stress nullo, l'1.4% un livello di

[segue a pagina 16](#)



**I diritti calpestati  
dei medici  
e dirigenti sanitari**

## Conclusioni

**L'analisi finale della survey** offre uno spaccato ben definito di una situazione lavorativa e di un disagio noto ormai da anni nei dirigenti medici e dell'area sanitaria ma che impatta sempre di più nella sfera sociale e privata del professionista. A ciò si aggiunge la perdita di potere di acquisto, uno stipendio sempre più eroso dalle tasse, un livello di burocrazia che brucia energie fisiche e mentali in un lavoro che dovrebbe essere rivolto molto più alla cura della salute del paziente che al mero controllo di un'esenzione o alla chiusura di una cartella clinica.

**La pandemia ha lentamente** e costantemente esaurito le energie residue di una classe medica stanca, delusa, oberata da carichi di lavoro già superiore alla norma e intensificati dall'emergenza, soprattutto una classe dirigente che necessita di rinnovamento culturale oltre che anagrafico.

**Sono milioni** le ore "regalate" all'azienda e non retribuite e o recuperate, e sono milioni gli euro risparmiati dalle aziende grazie al lavoro di tanti medici che, nonostante tutto continuano a fornire un contributo essenziale, sostanziale e determinante per la cura del paziente.

**Pur riconoscendo** due importanti interventi degli ultimi governi - uno economico, con l'aumento dell'indennità di esclusività di rapporto nella legge di bilancio 2021 e l'altro normativo, con il recente aumento dei contratti di formazione post laurea - resta ancora molto da fare.

**L'Anaao Assomed chiede** a Governo e Istituzioni l'impegno concreto per garantire alla sanità pubblica la forza lavoro di cui ha bisogno e per scongiurare il rischio di un'altra pericolosa epidemia: la fuga dagli ospedali.

**Gli strumenti ci sono:**

- il contratto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari per costruire le regole condivise e i confini dell'organizzazione del lavoro;
- assunzioni stabili, rimuovendo il limite al tetto di spesa per il personale del Ssn (-1,4% rispetto a quello del 2004) e i limiti della legge Madia per la stabilizzazione dei precari e la formazione dei fondi per la retribuzione accessoria;
- interventi economici per eliminare o almeno ridurre il differenziale dello stipendio tra i medici e dirigenti sanitari italiani ed europei che oggi arriva a 40 mila euro.

# Onaosi: inizia la nuova consigiatura 2021-2026

Con l'insediamento di tutti gli organi statutari e la nomina del Presidente Amedeo Bianco e la conferma del Vice Presidente Aldo Grasselli, ha inizio la nuova consigiatura della Fondazione Onaosi che rimarrà in carica fino al 2026

L'impegno sin da oggi dovrà essere quello di realizzare gli obiettivi unitariamente assunti nel programma elettorale dando risposte concrete alle necessità dei contribuenti, obbligatori e volontari, garantendo un'amministrazione trasparente, efficace ed efficiente, favorendo l'allargamento della platea degli Iscritti anche in un'ottica di recupero delle perdite dell'ultimo decennio, attuando nuovi interventi in favore delle condizioni di disagio e fragilità, potenziando la comunicazione e l'accesso ai servizi.

Un patrimonio storico dei medici, dei veterinari e dei farmacisti italiani, frutto del loro lavoro e del loro spirito di solidarietà, merita di essere preservato e rinforzato in vista delle sfide dei prossimi anni. Siamo certi che il nuovo Presidente e il nuovo CdA saranno all'altezza del compito che si sono assunti. Un saluto e un ringraziamento, infine, al Presidente Serafino Zucchelli, al CdA e al Comitato di Indirizzo uscenti, il cui impegno permette oggi alla Fondazione Onaosi di mirare a nuovi traguardi.



**L'Anaa augura buon lavoro al nuovo Consiglio di Amministrazione che avrà il compito di potenziare un Ente che si sta radicando sempre più presso i contribuenti**



## Buon lavoro al neo presidente Bianco e alla sua squadra

### GLI ELETTI

Amedeo Bianco ha lavorato come medico internista dal 1976 al 2011 all'Ospedale Mauriziano Umberto I. Autore di 60 tra pubblicazioni su riviste scientifiche e abstract in convegni nazionali e internazionali, è stato dal 2000 al 2014 presidente dell'Ordine dei medici di Torino e per tre mandati è stato presidente della Federazione nazionale dell'Ordine dei medici. Nella 17a legislatura (2013-2018) è stato inoltre eletto senatore nelle liste del Partito democratico.



*Amedeo Bianco  
neo presidente  
Fondazione Onaosi*

Oltre al presidente Amedeo Bianco, è stato riconfermato vicepresidente Aldo Grasselli. Nel CDA di ONAOSI sono stati eletti anche i seguenti consiglieri: Sebastiano Cavalli, Pierluigi Nicola De Paolis, Roberta Di Turi, Giuseppe Giordano, Paolo Giovenali, Carlo Palermo, Alessandro Vergallo. È stata altresì confermata la componente elettiva del collegio sindacale: Piero Alberto Busnach, Francesco Mautone, Oreste Patacchini.

## In 10 anni

# CHIUSI 173 OSPEDALI RIDOTTE 46 MILA UNITÀ

In 10 anni sono stati chiusi 173 ospedali, e il personale del Ssn si è ridotto di 46 mila unità. L'analisi è stata effettuata confrontando gli Annuari statistici del Ssn del Ministero della Salute relativi agli anni 2019 e 2010 che fotografano il mutamento di pelle che in 10 anni ha visto la nostra sanità sempre meno pubblica, con meno strutture ospedaliere e personale e a cui non è seguito un potenziamento adeguato del territorio sia in termini lavoratori che di servizi

LUCIANO  
FASSARI

In quest'ultimo anno di pandemia molto si è detto sul disinvestimento nella nostra sanità nell'ultimo decennio. E ora con la pubblicazione del nuovo annuario statistico del Ssn del Ministero della Salute relativo al 2019 (l'anno che ha preceduto la pandemia) è possibile valutare com'è cambiato in un decennio il volto del Servizio sanitario nazionale e in che condizioni è arrivato di fronte al Covid.

E così andando a confrontare il medesimo rapporto relativo al 2010 emerge con la limpidezza dei numeri la dieta forzata cui i vari Governi che si sono succeduti nello scorso decennio hanno sottoposto il Ssn che in 10 anni si è ritrovato con 173 ospedali in meno, meno personale (oltre 46 mila tra dipendenti e medici convenzionati) e un'assistenza territoriale al palo con solo pochi e insufficienti progressi nell'Assistenza domiciliare integrata.

**Iniziamo dagli ospedali.** In 10 anni ne sono stati chiusi 173, ben il 15%. Nel

2010 tra pubblici e privati erano 1.165 mentre nel 2019 sono scesi a 992, con un taglio più marcato per quelli pubblici.

In calo anche le strutture per l'assistenza specialistica ambulatoriale: erano 9.635 nel 2010 e sono scese a 8.798 dieci anni dopo. Ancora più marcato il taglio dell'assistenza Territoriale Residenziale che a fronte delle 9.635 strutture presenti nel 2010 ne conta 7.683 nel 2019. In controtendenza invece l'assistenza territoriale semi residenziale che invece vede crescere le strutture: erano 2.644 nel 2010 e sono 3.207 nel 2019. Stesso dicasi per la Riabilitativa che da 971 strutture è passata a 1.141. Stabili invece i numeri per l'altra assistenza territoriale.

Ma ciò che più fa effetto è che i tagli hanno riguardato il settore pubblico che nel 2019 annovera il 41,3% delle strutture totali contro il 46,4% di 10 anni prima.

**Meno ospedali quindi ma anche**

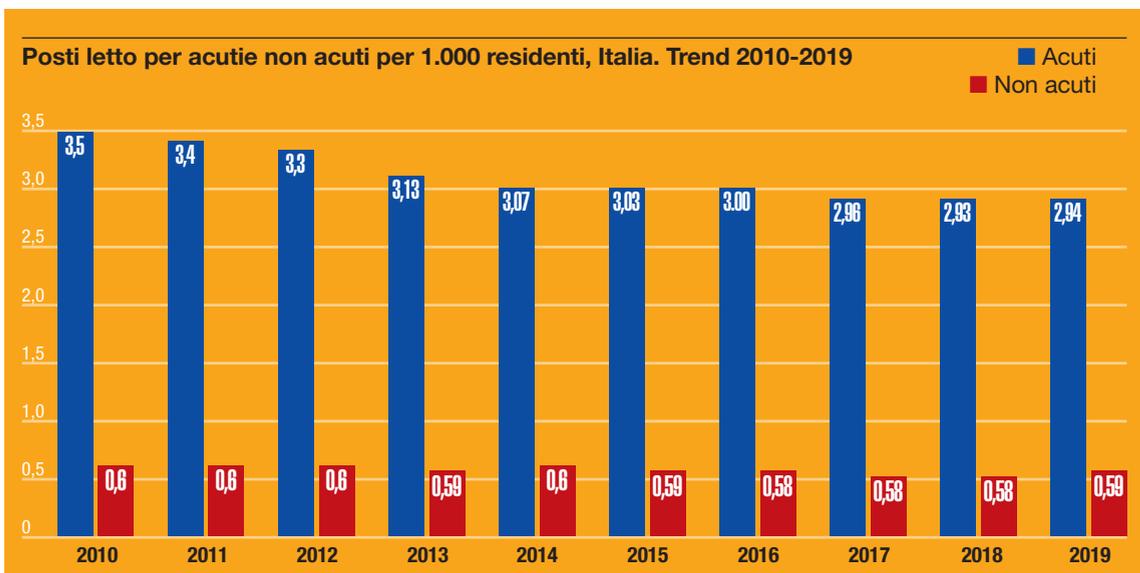
**meno posti letto:** in 10 anni tra pubblico e privato sono stati tagliati 43.471 letti tra degenze ordinarie, day hospital e day surgery. In discesa anche il numero dei Consultori: ne sono stati chiusi 1 su 10 (erano 2.550 nel 2010 contro i 2.277 del 2019). Sono cresciuti invece i Centri di Salute mentale (erano 1.464 dieci anni e fa sono diventati 1.671 nel 2019).

**Ma l'emorragia del Ssn pubblico non è solo strutturale. Altra nota dolente è il personale sanitario:** in 10 anni si registrano 42.380 unità in meno (-6,5%). Nello specifico 5.132 medici in meno (erano 107.448 nel 2010 e nel 2019 sono scesi a 102.316) e 7.374 infermieri in meno (erano 263.803 nel 2010 e nel 2019 sono scesi a 256.429).

**Meno dipendenti pubblici ma anche meno medici convenzionati.** I medici di famiglia dai 45.878 che erano nel 2010 sono diventati 42.428 nel 2019 (-3.450). In calo anche i pediatri (-310 in 10 anni per un totale nel 2019 di 7.408 unità). In frenata anche i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) che dai 12.104 che erano nel 2010 sono diventati 11.512 nel 2019 (-592).

Come abbiamo visto gli anni '10 del nuovo secolo hanno cambiato il volto del nostro Servizio sanitario che è sempre meno pubblico, ha meno strutture ospedaliere e personale a cui non è seguito un potenziamento adeguato del territorio sia in termini di uomini e donne che di servizi.

Unico dato parzialmente in controtendenza è l'Assistenza domiciliare integrata (Adi): nel 2019 sono stati assistiti 1.047.223 pazienti contro i 597.151 anche se le ore erogate per paziente sono passate dalle 22 del 2010 alle appena 18 del 2019. E in ogni caso il numero di assistiti è ancora molto inferiore a quello registrato nei principali Paesi dell'Ue, motivo per il quale anche nell'ultimo Pnrr è stato predisposto un finanziamento ad hoc per il potenziamento dell'Adi.



## La scomparsa della giovane ginecologa di Trento

# Lo specchio di un'organizzazione del lavoro cieca, sorda e disumana

**Superate le doverose informative su tutti i media nei primi giorni, siamo nella classica attesa “che la giustizia faccia il suo corso”. Un silenzio preoccupante è caduto sulla vicenda, sulla quale è corretto, per chi osserva dall'esterno, non ipotizzare o avventare giudizi**

**Capita che** da più di un mese sia scomparsa una giovane ginecologa, con un messaggio di sofferenza sul e per il lavoro. Capita che la sua condizione lavorativa fosse comune ad altre/i colleghe/i, che avevano reagito lasciando il posto di lavoro.

Capita che la situazione fosse nota, per essere stata denunciata sia all'interno che all'esterno della struttura in cui accadeva. Che ne fossero al corrente cioè, per via diretta e/o informale, amministrazioni, sindacati, società scientifiche. Che questa situazione fosse una potenziale bomba a orologeria per il benessere lavorativo e la rispettabilità di quanto la comunità di lavoratrici e lavoratori aveva negli anni costruito nel territorio.

Da addette/i ai lavori questo silenzio, o meglio, questo ammutolimento, (a parte la meritoria nota della Presidente AO-GOI), ci appare simile a quando accade il famigerato “errore medico”. In cui, con un automatismo che chi lavora in ospedale conosce bene, da un momento all'altro, colleghe/i che hanno condiviso notti e stress alle coronarie per uno stesso obiettivo, diventano potenziali nemici nella ricerca del “colpevole”. Si pesano le parole, si pensa “istintivamente” all'avvocato per poter ri-

flettere sullo scenario, si ha perfino paura di parlarne in casa, dove chi non c'era non può capire, e chi non fa lo stesso lavoro troppo superficialmente rimprovera di non aver previsto, o prevenuto. Christophe Dejourns, nel suo libro *Si può scegliere. Soffrire al lavoro non è una fatalità* (Moretti & Vitali, 2021) descrive lo svilimento del lavoro medico in Francia. Ecco quanto gli operatori del reparto rianimazione di un ospedale, su richiesta del capo servizio, preoccupato dal turnover impressionante del personale, raccontano ai ricercatori: “Prima...si era fieri di lavorare qui. Era il miglior servizio di tutta la regione. L'equipe era solidale, coinvolta. Oggi, al contrario, ognuno fa il suo lavoro nel suo angolo, non c'è coesione... Il personale sanitario non assiste più alle riunioni di staff da un anno...I curanti constatano che le informazioni non passano, o sono deformate: niente a che vedere tra il messaggio originale e il risultato”. Dejourns osserva: “Il personale di cura soffre, privato della possibilità di rendere condivisibili e comunicabili questioni etiche come i rischi psichici legati al lavoro...Se questa sofferenza è esplosa nella organizzazione del lavoro contemporaneo, è anzitutto a causa della individualizzazione e della soli-



**SANDRA MORANO**  
Coordinatrice  
Area Formazione  
Femminile Anaa  
Assomed  
Ginecologa  
Università  
di Genova

tudine indotte dai metodi di gestione”. E continua: “Ma quando non è più possibile mobilitare le difese collettive che cosa succede? Quando il soggetto esegue dei compiti che deplora, quando dà la sua collaborazione a un sistema considerato ingiusto e contrario ai suoi valori, il soggetto fa esperienza del tradimento di sé.. È a questo punto che l'identità corre il rischio di essere scardinata. La crisi psicopatologica che ne deriva può prendere differenti forme fino al suicidio”.

**Il caso della giovane ginecologa**, per caratteristiche e tempistica, appare paradigmatico di una organizzazione del lavoro da anni cieca, sorda e disumana. Non che il Trentino sia improvvisamente il peggio, o che le altre regioni eccellano. Non ci riferiamo a specifici individui, ma agli effetti che questa organizzazione del lavoro ha prodotto nel tempo sui singoli. Le circa 20 persone che nel breve periodo di un paio di anni hanno rinunciato a lavorare in quella struttura sono un “cluster” dei circa tremila medici che in Italia nel 2019 sono transitati dall'ospedale pubblico al privato, a dimostrazione di un trend che per la prima volta dal secolo scorso dichiara il servizio pubblico insopportabile e, addirittura, “liberatorio” il sistema privato.

**Recentemente** (*La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne*, Mo-



Il Presidio Ospedaliero Santa Chiara di Trento

**Mentre ufficialmente** non trapelano notizie su Sara, sono altre le cose che non riusciamo ancora a credere. Che una sofferenza come quella che Dejours ascrive all'organizzazione del lavoro presenti esiti finora mai riscontrati negli ultimi decenni, stridendo amaramente con il conclamato protagonismo femminile in sanità, con la superiorità delle donne e tutta la voglia di contare. Con la motivazione che ti fa accettare un posto a centinaia di chilometri lontano da casa (sarebbe successo se avesse lavorato nella sua città?), con il diritto-dovere, proprio perché donna, di non mollare. Che sia possibile, infine, che un episodio di tale portata venga allo scoperto solo a distanza di mesi, in epoca di internet, e che, infine, non si sia ancora sentita la voce delle donne, così attive in questi giorni su temi come diritti civili e parità di genere.

**Intanto c'è una famiglia**, parenti e amici cui non era stata prospettata, tra i rischi della professione medica, una sofferenza sul lavoro così pernicioso. E c'è la comunità delle tante giovani mediche, e studentesse, e specializzande in Ginecologia e Ostetricia (oggi al primo posto nelle scelte di specialità) attratte dalla cura di altre donne, a cui non si potrà raccontare, negli incontri di orientamento, di fragilità psicofisiche. Ci chiediamo viceversa: ci sono state riflessioni ad alta voce da parte dei vertici sanitari/aziendali/amministratori, oltre ai classici amoveatur (v. gioco delle tre carte) per i dirigenti più in vista? C'è stato ascolto (e relative scuse) verso i lavoratori così umiliati? Ci saranno prese di posizione da parte della Federazione delle aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO)? Perché non si tratta di un episodio isolato, ma di una seriale "normalità" iscritta nel management sanitario standard di tipo monocratico e nella sagra del regionalismo dopo la modifica del Titolo V.

**Quello di Sara** non è un "cold case", ma la metafora di un sistema politico-organizzativo che, come Crono, mangia i suoi figli.

**Quella di Sara** è, infine, una storia che parla alle donne. A tutte le donne, soprattutto a quelle tante impegnate nel lavoro di cura e a chi occupa tutti i giorni pagine social all'insegna della parità di genere, della leadership femminile, della promozione delle donne nella scienza, della proposizione di modelli professionali "vincenti" alle più giovani. Questa esperienza insegna che dovrebbe essere ancora valido il motto dei sindacati americani del secolo scorso (Il torto fatto a uno è un torto fatto a tutti) e, ancora, la prima lezione del femminismo, la solidarietà.

**Alcuni anni fa** ci fu un caso simile riguardante una collega ginecologa di Genova. Un grande giornale nazionale pubblicò in prima pagina la sua storia: dopo una vita spesa a occuparsi della cura delle donne era rimasta da anni sola con la sua coerenza a rispettare, dal primo all'ultimo articolo, una legge dello stato perché tutti i colleghi erano diventati obiettori. Oramai vicina a depressione fu costretta a operare, come dice Dejours, un tradimento di sé e dei suoi valori. Ricevette sostegno dalle colleghe, e da loro fu appoggiata con varie iniziative, che arrivarono fino al presidente FNOMCeO.

**Un'altra storia**, un'altra epoca, forse. La conferma che all'inarrestabile avanzata delle donne in sanità, che hanno già ereditato il governo della salute, ancora rimangono vecchi e nuovi conti con vecchi e nuovi diritti, con la sorellanza e il significato del lavoro di cura. Che forse siamo ancora in tempo a trasmettere alle giovani (e meno giovani) colleghe di Sara.



retti&Vitali, 2021) abbiamo esaminato la disfatta del governo del SSN alla luce dell'esperienza pandemica, denunciando la necessità di un reale cambio di paradigma, per donne e uomini che tale lavoro hanno scelto, o sceglieranno.

Certo, la collega di Trento non è la prima donna, o il primo uomo, ad aver subito pressioni o mobbing, che si registrano, ahimè, a tutte le latitudini. Ma facciamo comunque fatica, nel 2021, come comuni cittadine/i, a immaginare la solitudine e il vuoto nella vita di relazione di una giovane ginecologa "con tutta la vita davanti", come si dice. Facciamo fatica a immaginare come doveva essere andare tutti i giorni e le notti al lavoro, coordinarsi con i/le colleghi /e nel reparto, il piccolo mondo in cui si passa la maggior parte dell'esistenza.

*Sara Pedri è una medica ginecologa di 31 anni, scomparsa il 4 marzo, in Val di Non, in Trentino.*

*La sua auto è stata trovata e all'interno dell'auto c'erano la borsa e il cellulare.*

## Previdenza

# Il silenzio-assenso nella previdenza complementare traccia la strada per il futuro pensionistico dei giovani medici?

**Nel contesto odierno dell'incubo Covid, un aspetto del quale poco si parla ma che merita molta attenzione, soprattutto dai giovani i quali si affacciano al mondo del lavoro in sanità, è rappresentato dal riuscire a garantire, un domani, una pensione che sia il più proporzionale possibile a un tenore di vita adeguato alle proprie attese e ad un'aspettativa di vita sempre più lunga**

Per i giovani medici, da sempre, è molto diluita l'idea di pensare e programmare la propria pensione, con termini quali sistema contributivo puro, previdenza complementare e riscatto di laurea che, ai più, sono misconosciuti.

Come spesso accade in una narrazione, risulta ancor più importante in questo complesso e intrigato argomento, fare un passo indietro, temporalmente lungo, per cercare di comprendere i punti salienti di una storia complessa, quale è quella delle pensioni calcolate con metodo contributivo e quelle complementari.

Nel 1993, con il decreto legislativo 124 del 21 aprile viene data una prima sistemazione organica alla disciplina della previdenza complementare e si cominciano a considerare i trattamenti pensionistici erogati dai fondi come trattamenti 'complementari' del sistema obbligatorio pubblico; ma è nel 1995, con la Riforma Dini (legge 335 del 8 agosto), che si interviene con decisione sulla previdenza complementare con la rimozione di alcuni ostacoli che ne impediscono l'avvio.

La legge dell'8 agosto 1995 non vede solo lo sblocco della previdenza complementare, ma scrive una pagina epocale nel calcolo delle pensioni poiché con la riforma Dini venne introdotto nel sistema previdenziale italiano un nuo-



**VINCENZO COSENTINI**  
Coordinatore regionale Anaao Giovani Veneto



**MATTEO D'ARIENZA**  
Consiglio direttivo COSMED - Anaao Assomed Emilia Romagna

vo meccanismo di calcolo delle pensioni al fine di garantire la sostenibilità della spesa pensionistica e riequilibrare i rapporti fra le varie generazioni con l'ottica di introdurre criteri orientati all'equità finanziaria tra contributi versati e prestazioni riscosse. Con la riforma Dini, infatti, è entrato in vigore per il calcolo della pensione un sistema di tipo *contributivo*, ossia fondato sul totale dei contributi versati dal lavoratore nel corso della propria vita lavorativa (rivalutati nel corso del tempo). È questa la riforma che ha spaccato il mondo dei lavoratori italiani, creando un'epoca previdenziale pre e post 1996. La riforma Fornero del 1 gennaio 2012 ha ribadito il cambio di passo epocale del meccanismo di calcolo delle pensioni, abbandonando per sempre il metodo pensionistico *retributivo*, secondo cui la pensione veniva calcolata sulla media dei redditi degli ultimi 10 anni di lavoro per i dipendenti e degli ultimi 15 anni per gli autonomi nella misura del 2% di questa media per ogni anno di contribuzione.

Alla luce di una pensione che si alleggerisce sempre di più con il metodo contributivo, si deve far strada nelle nostre coscienze la necessità di fare i conti in tasca, valutando se possa convenire investire oggi su una pensione futura che possa integrare quella suddetta, spettante di diritto come lavoratori dipen-

denti. È in questo contesto che merita attenzione i fondi pensione negoziali, fondi senza scopo di lucro, regolati dal D.Lgs. 252/2005 e dai contratti di lavoro nazionali, la cui natura garantisce ai suoi aderenti che le attività siano eseguite nell'esclusivo interesse degli iscritti. I fondi pensione negoziali oramai da anni crescono in termini di iscritti ma anche di patrimonio e tendono a battere costantemente la rivalutazione legale del TFR, infatti dal 2005 a tutto il 2020 hanno realizzato mediamente un rendimento del 4.54% medio annuo a fronte di una rivalutazione legale del TFR del 2.63% medio annuo. Quindi investire nel fondo pensione, mettendo anche il proprio TFR nel fondo stesso, fa fare al lavoratore un affare, facendogli costruire una pensione complementare di tutto rispetto. Il Fondo Perseo-Sirio rappresenta un punto di riferimento fra i fondi negoziali, rappresentando il secondo miglior fondo pensione negoziale su 33 presenti. Ha raggiunto una massa gestita di 240 milioni di euro, con due comparti di investimento, uno garantito con restituzione del capitale che ha raggiunto i 5 anni di vita ed ha realizzato quasi il 7% e l'altro, bilanciato, che ha due anni di vita (dal febbraio 2019) ed ha realizzato il 7.76%.

I fondi pensioni negoziali costano di meno dei fondi pensione commerciali



cosiddetti “aperti” (istituiti da banche, imprese di assicurazione, società di intermediazione mobiliare), e anche per questo realizzano rendimenti superiori ai loro “concorrenti”, ma soprattutto battono la rivalutazione legale del TFR. Per tale motivo ci sono sempre più iscritti ai fondi e di conseguenza cresce sempre di più il patrimonio gestito. Se si aderisce al fondo complementare Perseo Sirio, si può scegliere di versare solo la contribuzione obbligatoria ovvero l'1% della retribuzione, oppure aggiungere una contribuzione aggiuntiva a propria scelta; l'amministrazione dell'azienda sanitaria di appartenenza provvederà, dal canto suo, a versare automaticamente al fondo pensione un al-

tro 1% a suo carico. Un'ulteriore convenienza da parte del lavoratore deriva dal fatto che tutti i suoi versamenti al fondo pensione sono deducibili IRPEF fino a 5164,57 euro annui. Molti colleghi si fanno prendere dalla paura di vincolare una massa economica di tutto rispetto per un obiettivo a lunghissimo termine. In realtà è possibile, trascorsi 8 anni di iscrizione al Fondo, richiedere un'anticipazione, fino al 100% della posizione individuale maturata esclusi i contributi figurativi del TFR, per far fronte a spese sanitarie di particolare gravità, che possono riguardare anche il coniuge ed i figli, per l'acquisto della prima casa di abitazione, per il lavoratore o per i suoi

figli, o per le spese di ristrutturazione della prima casa.

Recentemente è stata sottoscritta l'Ipotesi di accordo che regola e snellisce le modalità di adesione al Fondo Perseo-Sirio, anche mediante il silenzio-assenso. L'accordo si applica al personale assunto, dopo il 1° gennaio 2019, nelle amministrazioni pubbliche destinate del Fondo Perseo-Sirio, il fondo di previdenza complementare negoziale cui possono aderire i lavoratori dei ministeri, delle regioni, delle autonomie Locali, della sanità, degli enti pubblici non economici, dell'ENAC, del CNEL, delle università, degli enti di ricerca, delle agenzie fiscali. L'ipotesi di accordo firmata in ARAN prevede che il lavoratore, al momento dell'assunzione, riceva una dettagliata informativa dalla propria amministrazione sull'esistenza del Fondo, sulla possibilità di iscriversi e sul silenzio-assenso. Nei sei mesi successivi, il lavoratore può iscriversi espressamente o dichiarare che non vuole iscriversi (in tale ultimo caso, come è ovvio, non scatta alcun silenzio-assenso).

Se non fa né l'una, né l'altra cosa allo scadere dei sei mesi, egli è iscritto. A questo punto, riceve una seconda informativa da parte del Fondo, che dovrà informarlo dell'avvenuta iscrizione e ricordargli che, entro un mese, potrà esercitare il diritto di recesso. Solo dopo che è trascorso questo ulteriore periodo, senza che sia stata manifestata alcuna volontà, l'iscrizione si perfeziona. In pratica sono necessari circa 7 mesi per aderire al fondo pensione.

Con questi atti il lavoratore ottiene, crescente con il crescere della durata dei suoi versamenti, un risparmio a condizioni vantaggiose e, in aggiunta, la disponibilità di una rendita con la quale integrare la pensione pubblica.

In conclusione è auspicabile che la nuova generazione che si affaccia nel mondo del lavoro nel campo sanitario affronti in maniera oculata e con spirito di proiezione a lungo termine sia l'aspetto dell'eventuale riscatto degli anni di laurea che quella, ancor più impattante sul futuro, di gettare le basi oggi per una pensione complementare che possa essere un utile e corposo rafforzamento dell'assegno pensionistico INPS.

# La questione sanità-ambiente e le professioni sanitarie nelle Arpa

Si tratta ormai di una questione che sempre più evidenzia l'urgenza di un intervento legislativo di riordino della materia, soprattutto in relazione a contenuti e scadenze del PNRR.

La crisi ambientale ha assunto proporzioni drammatiche, e le decisioni che i singoli Paesi dovrebbero assumere con urgenza per agire contro l'inquinamento e il degrado ambientale saranno ormai tardive, salvo si vada subito verso accordi internazionali di assoluta incisività ed efficacia.



Alberto Spanò  
Responsabile  
Nazionale  
Dirigenza  
Sanitaria Anaao  
Assomed

L'Italia sconta gli effetti di un referendum nefasto che ha separato dai primi anni duemila gli Enti di Tutela Ambientale da quelli di Tutela della Salute. Da allora sono state costituite le cosiddette Agenzie per la prevenzione ambientale (ARPA) che hanno operato in modo totalmente eterogeneo, totalmente distinto dai Dipartimenti di Prevenzione del SSN, in cui anche la progressiva organizzazione, comunque più efficace, dei Laboratori di Igiene e Profilassi, è stata smantellata totalmente, andando a costruire Enti di tipo meramente amministrativo, sempre più poveri di professionalità deputate alla tutela ambientale, depauperati anche di tecnologie avanzate e di competenze mirate ai bisogni effettivi.

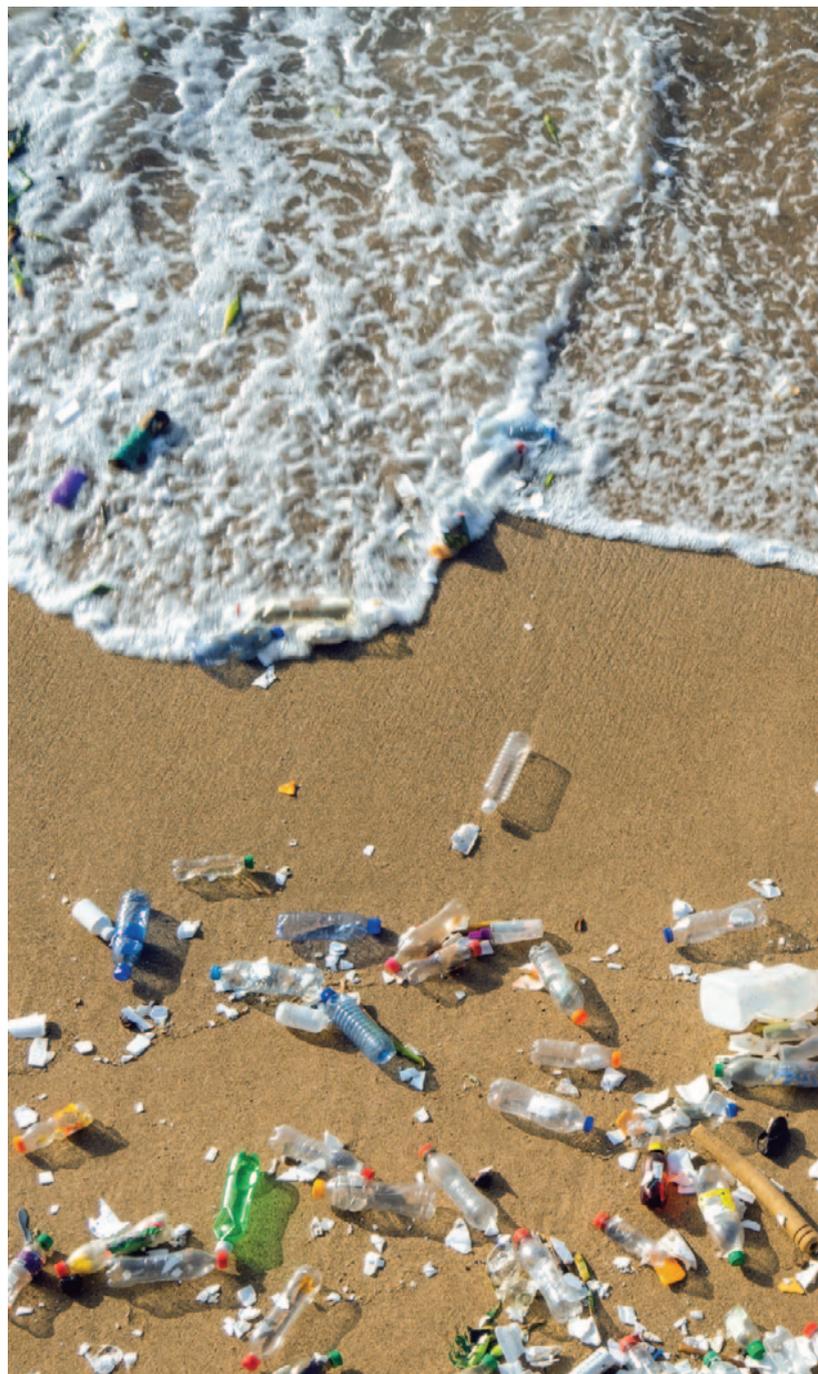
Abbiamo assistito alla creazione di piccoli feudi della politica regionale, affidati per lo più a soggetti inadeguati come competenze, con un modello gestionale che, se possibile, ha esasperato i limiti dello stesso modello delle Aziende sanitarie tanto criticato.

In questo scenario drammatico, per il quale è auspicabile un cambiamento radicale che riproponga un modello di rete unica per la Tutela dell'Ambiente e della Salute, fornito di risorse, capacità e competenze oggi carenti, si è svi-

luppata per anni una vera e propria "guerra" professionale tra le figure presenti nelle Agenzie, derivante sia dall'incompetenza degli amministratori, ma anche da fattori di rango più basso, quali le guerre corporative e contrattuali tra figure professionali che avrebbero dovuto operare in un contesto integrato.

In altre parole la "nouvelle vague" degli amministratori delle agenzie ha da subito recepito le istanze di qualche professionista non sanitario, non destinatario della cosiddetta indennità di esclusività di rapporto, tese a scatenare la guerra contro i sanitari, "rei" di averla invece attribuita. Una guerra che è divenuta per loro ragione di vita ed in forza di tale patologica "inimicizia contrattuale" si è andati verso lo sfacelo.

Nonostante le Agenzie siano finanziate dal Fondo Sanitario Nazionale, nonostante siano da sempre collocate nel comparto contrattuale della sanità, questi soggetti hanno improvvisamente scoperto che la posizione di dirigente con incarico professionale è incompatibile con l'organizzazione e che in essa è prevedibile solo la figura del dirigente gestionale, per cui l'intera dotazione di dirigenti sanitari preesistenti andava smantellata, sostituendola con la medesima figura ma collocate nel comparto, in modo da essere certi che l'indennità di esclusività non spettasse e che i dirigenti degli altri ruoli, rimasti tali, potessero finalmente godere di una retribuzione più elevata.





**È comprensibile** che al lettore questa analisi prospetti una situazione patologica, anche se in realtà ci troviamo di fronte a una situazione di palese, ingiustificata e deliberata illegalità, portata avanti per motivazioni pseudo corporative.

In forza di questa situazione le professioni tipiche per le attività di tutela ambientale, ovvero biologi, chimici e fisici, sono state progressivamente soppresse nella posizione giuridica e contrattuale spettante e sostituite con le medesime figure, però sotto inquadrate, in posizione di collaboratore tecnico del comparto e ciò ha riguardato un numero di persone molto elevato, pari a qualche migliaio.

Accanto a ciò i medici igienisti, del lavoro e gli epidemiologi, sono stati let-



teralmente soppressi, al punto che oggi, nell'intero Paese, se ne contano sei-sette e di anzianità molto elevata.

Certamente il tentativo di sotto inquadrate i medici, oggettivamente più complesso, non si è verificato e ciò a dimostrazione della malafede di chi operava le scelte.

**Oggi quindi le ARPA** hanno organici devastati, carenti per competenze e professionalità, popolate di figure della dirigenza sanitaria sotto inquadrate, nel più totale "disordine" nell'espressione delle competenze professionali.

Più volte questa massa di operatori sotto inquadrate ha espresso recentemente, e in modo corale, il proprio dissenso rispetto a tale situazione, ma le ARPA vanno imperterrite avanti nella loro strada.

Oltre a ciò è iniziata un'operazione di utilizzo di alcuni parlamentari compiacenti che si sono prestati a presentare più volte emendamenti illegittimi, incostituzionali e invasivi della sfera contrattuale, tendenti a far divenire norma legislativa la situazione aberrante creata negli anni nelle agenzie.

**Per fortuna** il Parlamento e i Ministri coinvolti hanno bocciato tali ipotesi, ma ciò non pare aver intaccato la vo-



lontà aggressiva del gruppetto di amministratori più aggressivo.

Ciò che talvolta viene da domandarsi e se dietro questo complesso quadro di azioni degradanti ci sia una regia unica ed in tal senso un approfondimento parrebbe utile.

Per fortuna però il Consiglio di Stato è intervenuto sulla materia in modo estremamente incisivo e chiaro con ben due conseguenti e distinte sentenze di TAR regionali, contro le quali le Agenzie avevano ricorso.

**Ciò che ora pare legittimo** chiedersi è se, dopo queste Sentenze estremamente chiare che hanno dichiarato obbligatoria la collocazione delle categorie sanitarie coinvolte nella dirigenza del ruolo sanitario, le amministrazioni delle Agenzie e la stessa ISPRA, purtroppo coinvolta dagli stessi nel contenzioso, vorranno cambiare strategia, eliminare la componente esclusivamente dedicata alla guerra corporativa e contrattuale, e sedersi a un tavolo di confronto con le parti sociali finalizzato a cambiare l'assetto legislativo e ricomporre il Sistema Sanità-Ambiente, e restituire dignità alle componenti professionali sanitarie, compresi i medici.

Consiglio di Stato  
Sentenze 5167 e 5195 del 2021

## Biologi e chimici delle Arpa inquadrati nell'area dirigenziale

**Il Consiglio di Stato conferma le sentenze del Tar che avevano accolto i ricorsi Anaa**

Con due sentenze (5167 e 5195), il Consiglio di Stato, su ricorsi Anaa, ha respinto rispettivamente il ricorso dell'Arpa Basilicata volta ad ottenere la riforma della sentenza del TAR Basilicata che aveva annullato il bando di concorso indetto dalla predetta ARPAB per la copertura di un posto di biologo inquadrato nella categoria D del comparto ed il ricorso dell'ARPA delle Marche volto ad ottenere la riforma della sentenza del Tar Marche che aveva annullato il bando di concorso indetto dalla predetta ARPAM per la copertura di n. 2 posti di chimico inquadrati nella categoria D del comparto.

In entrambi i casi, il massimo organo di giustizia amministrativa ha confermato le sentenze di primo grado e chiarito che le Arpa avevano illegittimamente incluso il profilo professionale di "biologo" e di "chimico" nella categoria D del comparto, violando manifestamente le disposizioni contrattuali e la normativa vigente che inquadra il "biologo" ed il "chimico" nell'area dirigenziale.

L'inquadramento dei biologi e dei chimici tra le professioni tecniche e non fra quelle sanitarie, ha affermato il Consiglio di Stato, si scontra con il quadro normativo, sia di fonte legislativa e regolamentare sia di contrattazione collettiva che vede appunto i profili sanitari di biologi, chimici e fisici nell'Area dirigenziale del CCNL Sanità, per cui ogni inquadramento di detto personale effettuato fuori dall'area dirigenziale è manifestamente illegittimo.

Nello specifico la modifica del ruolo da sanitario a tecnico si scontra con il dato normativo, sia di fonte legislativa e regolamentare sia di contrattazione collettiva e con la sua evoluzione:

i) gli artt. 16 e 37 del d.P.R. n. 138 del 1969 hanno previsto, nell'ambito dei servizi sanitari, la presenza di Biologi, Chimici e Fisici, definiti "personale laureato dei ruoli speciali della carriera direttiva addetto alle attività sanitarie",

inquadrate nei livelli retributivi XI, X e IX;

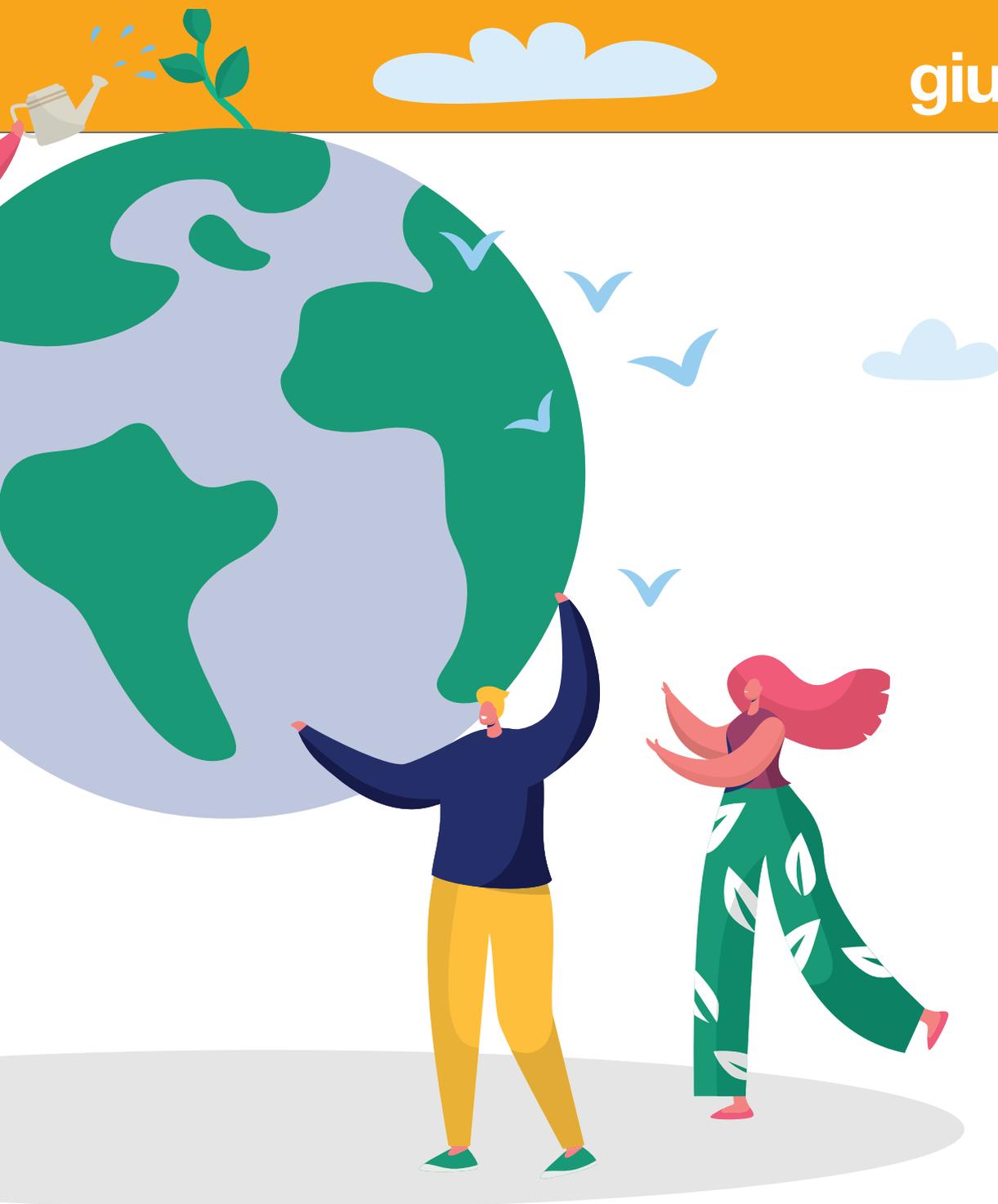
ii) per effetto della riforma operata dal d.lgs. n. 502 del 1992, gli artt. 16 e 37 sono stati abrogati dall'art. 4, comma 10; sicché l'art. 15 (intitolato "Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie") ha disposto che la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali, demandando alla contrattazione collettiva la regolamentazione in dettaglio;

iii) a questa nuova dirigenza si applicano le norme del d.lgs. n. 29 del 1993 e s.s.m.i. specificamente l'art. 26, che ha disposto l'inquadramento nella qualifica di dirigente del personale dei ruoli professionali, tecnico ed amministrativo già appartenente ai tre livelli retributivi sopra indicati;

iv) coerentemente, per l'accesso a tali figure professionali, gli artt. 15 e 18 del d.lgs. n. 502 del 1992 hanno previsto



I testi delle sentenze sono disponibili su [www.anaao.it](http://www.anaao.it)



un concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato dai d.P.R. n. 483 e n. 484 del 1997;

v) il d.lgs. n. 165 del 2001, all'art. 6 fa salve le "particolari disposizioni dettate dalla normativa di settore" per gli enti del SSN.

Per quanto concerne la contrattazione collettiva, sia l'art. 10 del Contratto collettivo nazionale quadro che ha definito i comparti di contrattazione per il quadriennio 2006-2009, sia l'art. 6 del Contratto collettivo nazionale quadro, che ha definito i comparti di contrattazione per il quadriennio 2016-2018, hanno accomunato il personale delle Aziende Sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere al personale delle ARPA nell'ambito del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale (poi Comparto della Sanità).

Lo stesso articolo 50 del CCNL 20.9.2001 non ha mai costituito come affermato dal massimo organo di giustizia amministrativa, lo strumento normativo per affermare la fuoriuscita del-

la categoria professionale dei biologi chimici fisici dall'inquadramento giuridico ed economico nell'ambito della Contrattazione del Comparto Sanità né i margini di autonomia e di specialità riconosciuti alle ARPA possono far sì che esse derogino alle norme di principio dettate dalla legislazione statale (fra cui anche quella sulla riforma sanitaria).

Secondo il Consiglio di Stato, infatti, il richiamo fatto dalle Agenzie all'applicazione dell'art. 50, comma 2, del CCNL del 20 settembre 2001 del personale del Comparto integrativo del CCNL del 7 aprile 1999, nel legittimare – secondo la loro interpretazione – l'inquadramento proposto coi bandi impugnati, costituirebbe invece l'escamotage per collocare come collaboratore tecnico professionale quei professionisti che appartengono alla dirigenza sanitaria in forza della riforma introdotta dal d.lgs. n. 502/1992 e "non è utilmente invocabile in senso derogatorio, in quanto chiaramente riferibile a profili di natura 'tec-

nico-professionale', laddove, come dianzi esposto, la figura del chimico (biologo, fisico) afferisce, per una precisa volontà ordinamentale, al differente novero delle professioni di natura 'sanitaria', trattata dalla normativa sopra citata".

A nulla sono valse le argomentazioni sulla "specialità" delle ARPA rispetto alle altre aziende ed enti del SSN poiché la disciplina sui dirigenti delle professioni sanitarie si applica in maniera uguale a tutte queste strutture. Tantomeno i margini di autonomia e di specialità riconosciuti alle ARPA possono far sì che esse derogino alle norme di principio dettate dalla legislazione statale (fra cui anche quella sulla riforma sanitaria). Il Consiglio di Stato infatti nel rigettare le argomentazioni avanzate da Arpa e Assoarpa in particolare sull'interpretazione dell'articolo 50 del CCNL 20.9.2001, richiamano ad un "disallineamento del quadro normativo generale a seguito dell'istituzione delle Arpa e del loro scorporo dal SSN, che se da una parte le pone in una posizione di autonomia e di specialità per le funzioni (uno ambientali l'altro sanitarie), tuttavia non deroga assolutamente ai principi dettati dalla legislazione nazionale sulla disciplina del personale che resta omogenea", ribadendo il principio della posizione dirigenziale dei Biologi Chimici e Fisici.

Tale impostazione è peraltro confermata dalla legge 11 gennaio 2018 n. 3 che ha espressamente annoverato i biologi (chimici, fisici) fra le professioni sanitarie, confermando l'esistenza di un inquadramento a livello della legislazione primaria che non può essere disatteso né dalla contrattazione collettiva né tanto meno da atti amministrativi.

Le Arpa non possono, con propri provvedimenti amministrativi, istituire un profilo per laureati in tutte le discipline, allorché per alcune figure professionali (medico, farmacista, biologo, chimico, fisico), sia prevista da fonti primarie e secondarie esclusivamente l'appartenenza a categorie dirigenziali, per il cui accesso, sono peraltro richiesti più pregnanti requisiti, primo fra tutti, quello della specializzazione. Appello rigettato. Spese compensate.

“  
A nulla sono valse le argomentazioni sulla "specialità" delle ARPA rispetto alle altre aziende ed enti del SSN poiché la disciplina sui dirigenti delle professioni sanitarie si applica in maniera uguale a tutte queste strutture

stress minimo, il 56.7% un livello di stress medio, il 41.8% un livello di stress massimo. In merito all'impatto della recente pandemia da Covid-19 sulla propria attività lavorativa, il 10% degli intervistati ha dichiarato l'assenza di impatto, il 25.6% degli intervistati ha riportato un impatto parziale, il 63.2% un impatto totale. Soltanto l'1.1% degli intervistati ha riportato una diminuzione dell'impatto del carico di lavoro sulla propria vita quotidiana (Tabella 4).

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - Relativamente allo stress lavorativo, su una scala da nullo a massimo, il 2.9% ha descritto un livello di stress nullo, l'1.4%, il 55.3% un livello di stress medio, il 41.8% un livello di stress massimo.

**AREA DEI SERVIZI** - Relativamente allo stress lavorativo, su una scala da nullo a massimo, il 4.6% ha descritto un livello di stress minimo, il 57.6% un livello di stress medio, il 37.8% un livello di stress massimo.

**DIRIGENZA SANITARIA** - Relativamente allo stress lavorativo, su una scala da nullo a massimo, il 4.2% ha descritto un livello di stress minimo, il 61.7% un livello di stress medio, il 34.1% un livello di stress massimo.

### LIMITAZIONI CONTRATTUALI

**AREA MEDICA** - In merito al numero dei dirigenti medici che presso la propria UOC usufruiscono di limitazioni contrattuali, il 28.4% ha dichiarato che nessuno dei dirigenti medici all'interno dell'area di interesse ne usufruisce. Il 23.3% ha dichiarato un numero inferiore al 10%, il 30.7% tra il 10-25%, il 13.2% tra il 25-50%, il 4.4% una quota maggiore del 50%.

**DISCIPLINE CHIRURGICHE** - In merito al numero dei dirigenti medici che presso la UOC usufruiscono di limitazioni contrattuali, il 29.3% ha dichiarato che non sussistono per nessuno della propria UOC. Il 28.7% ha dichiarato un numero inferiore al 10%, il 30.6% tra il 10-25%, l'8.3% tra il 25-50%, il 3.1% una quota maggiore del 50%.

**AREA DEI SERVIZI** - In merito al numero dei dirigenti medici che presso la UOC usufruiscono di limitazioni contrattuali, il 42.4% ha dichiarato che non sussistono per nessuno della propria UOC. Il 18.6% ha dichiarato un numero inferiore al 10%, il 24.8% tra il 10-25%, il 10.8% tra il 25-50%, il 3.4% una quota maggiore del 50%.

**DIRIGENZA SANITARIA** - In merito al numero dei dirigenti medici che presso la UOC usufruiscono di limitazioni contrattuali, il 57.5% ha dichiarato che non sussistono per nessuno della propria UOC. Il 17.2% ha dichiarato un numero inferiore al 10%, il 15.5% tra il 10-25%, il 7.9% tra il 25-50%, il 2% una quota maggiore del 50%.

Il saluto a Mimmo Ronga

# Il modo di essere del Pensiero Anaa

Non arrendersi, accettare il pensiero degli altri, ma elaborare una sintesi personale, l'ammiccamento e poi il diniego, non sono solo mimica, ma espressione del pensiero che, elaborato e studiato, anche se spontaneo erano caratteristiche di Mimmo Ronga, e che diveniva il modo di essere del Pensiero Anaa



MIMMO RONGA

Il ricordo di Mimmo non deve essere conservato come in un sacrario, ma diventare riferimento dinamico dell'azione sindacale, in special modo per le giovani generazioni.

Nulla si toglie ai padri fondatori dell'Anaa e ai tanti associati e dirigenti, ma Mimmo Ronga in particolare modo per la sua razionale caparbieta tipica di un Sindacalista, che si è espressa principalmente in occasione del riconoscimento del non condizionamento del genere alla donazione di sangue, rappresenta un vissuto esemplare sia per i coetanei che per le giovani generazioni, affinché venga mantenuta nell'azione sindacale sempre la barra dritta dell'etica professionale nell'ottica della Centralità della cura.

In noi uomini non sempre "forma e sostanza" viaggiano insieme e di rado si riesce a riconoscere, in vita, chi ha queste virtù.

Noi abbiamo avuto la fortuna di conoscere, di ascoltare, di condividere un grande medico, amico e sindacalista che in sé sintetizzava queste virtù: il dott. Domenico (Mimmo) Ronga.

Il suo pensiero, anche se articolato era sapientemente espresso per essere sintetizzato e divenire, non solo comprensibile, ma riferimento ideale per le lotte sindacali e la condivisione degli obiettivi.

Il suo essere tornato, così presto, alla "Casa del Padre" di cui mai in tutti i gesti quotidiani dimenticava, era la Centralità nella sua Vita, ci lascia sgomenti, ma anche felici di averlo avuto fra noi e di averne riconosciuto in vita il suo grande spessore etico, morale ed umano.

Arrivederci grande Uomo da parte della tua famiglia adottiva Anaa.

Bruno Chignoli, Presidente  
Consiglio Regionale Anaa Campania

# La Sanità che vogliamo

**Edito da Moretti&Vitali**

Collana "Pensiero  
e pratiche di trasformazione"

**Le cure  
orientate  
dalle donne**



# Il contratto che vogliamo



**Le richieste  
dell'Anaa  
per il Ccnl  
2019-2021**

Scarica  
la versione  
integrale  
pubblicata su  
**Iniziativa  
Ospedaliera**



**ANAAO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

