

o!

d!rigenza medica

7 Emergenza-Urgenza

Le scorciatoie illecite per reclutare medici nel sistema sanitario pubblico

10 Progetto Anaa

Verso una Sanità Orientata dalle Donne: una proposta rivolta alle donne in Medicina

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

LPI E LISTE D'ATTESA

LA VERITÀ DEI NUMERI

I dati sulla libera professione intramoenia recentemente pubblicati nella Relazione del Ministero della Salute al Parlamento

Pat Carra per l'Anaa Assomed



Guarda tutte le vignette nel video Anaa Web TV



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

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

d!rigenza medica

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

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

Stampa

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di marzo 2019

Medici in fuga: l'allarme e l'abitudine

Ci si abitua a tutto. Un antico modo di dire che oggi è diventato un dato di fatto. Ci si abitua alle lamentele, alle proteste, finanche agli insulti e alla violenza. Sta succedendo questo anche all'allarme lanciato dai medici sulla carenza di personale? Sembra proprio di sì.

Per trovare il primo alert bisogna risalire al 2010, quando l'Anaa sul suo mensile pubblicava, facile Cassandra, uno dei primi studi sulla decimazione della popolazione medica per il futuro prossimo. Erano ancora gli anni di poco internet e pochi social, ma nonostante questo, la potenza dei numeri riuscì a superare il muro del silenzio.

Sono trascorsi quasi 10 anni e quel patrimonio di numeri, aggiornato di continuo dall'Associazione, si è materializzato e il segno meno per i medici è diventato una realtà sotto gli occhi di tutti, addetti ai lavori e non. Lo dimostra la rassegna stampa del mattino che raccoglie i molti SOS lanciati da più parti. E non passa giorno che giornali, trasmissioni tv, telegiornali e radio con i loro autorevoli editorialisti non si facciano megafono delle difficoltà di questa professione tra carenza di personale, le pessime condizioni in cui i medici e tutto il personale sono costretti a lavorare, le sirene del privato che per ovvie ragioni attirano giovani e meno giovani, tra le aggressioni sempre più frequenti e i pensionamenti visti ormai solo come fine pena.

Ebbene, nonostante il timbro acuto di questo allarme e la frequenza con cui viene lanciato, la sua eco non sembra arrivare a destinazione. Anzi, laddove si intravede una possibile soluzione, ecco subito qualche "manina" che interviene per cancellare prontamente l'illusione. È accaduto con il decreto semplificazioni che avrebbe dovuto rappresentare una boccata d'ossigeno per le assunzioni, da tempo invocate. E invece, nulla di fatto. Nessuno ci ascolta, ha detto Carlo Palermo in una recente intervista. È vero.

Ci si abitua a tutto. Anche agli allarmi che forse dopo un po' non si sentono più.

È questa la sconfitta più grande del cambiamento, diventato solo un mantra stucchevole per chi sperava che cambiare significasse migliorare, evolversi. Uguale destino attende la sanità pubblica, difesa solo a parole da quanti sono forse troppo distratti da un progetto diverso per il nostro sistema sanitario, con ogni probabilità già scritto.

Ma non è certo la sconfitta dei tanti, tantissimi medici che pur nelle difficoltà, continuano a lavorare con fatica e abnegazione per garantire la nostra salute. E che, ci auguriamo, continueranno ad alzare la voce, sperando che l'eco arrivi a destinazione.

SP



Intramoenia



Palermo: “Usare incassi intramoenia di Stato e Regioni per finanziare nuove assunzioni”

I dati sulla libera professione intramoenia (LPI) dei medici dipendenti del SSN, recentemente pubblicati (Relazione del Ministero della Salute al Parlamento, 2019) e riferiti al 2016, hanno il grande merito di fare piazza pulita delle tante leggende metropolitane messe artatamente in giro al solo scopo di impedire a medici dotati di elevate conoscenze professionali e sofisticate capacità tecniche di stare su un mercato, quello della spesa “out of pocket” in campo sanitario, che evidentemente qualcuno vuole riservare solo al privato, “puro” o “sociale” esso sia.

L'analisi della serie storica dei ricavi complessivi della LPI, conferma sostanzialmente il trend in diminuzione a decorrere dal 2010. I ricavi per questa tipologia di prestazioni passano da 1,264 miliardi di € del 2010 a 1,120 miliardi del 2016 (variazione 2016 su 2010 pari a -12%) corrispondenti ad una spesa pro-capite, calcolata sulla popolazione residente, di 21 €/anno per il 2010 e di 18,5 nel 2016.



CARLO PALERMO
Segretario
Nazionale Anaao
Assomed

È evidente come la crisi economica che ha attanagliato dal 2009 il nostro Paese abbia progressivamente eroso il mercato della LPI. Solo nel 2016, con il miglioramento delle condizioni economiche del Paese, si è avuta una lievissima inversione di tendenza (+ 2 milioni di introiti rispetto al 2015). Anche la gestione approssimativa del settore da parte delle aziende sanitarie con incrementi ingiustificati dei costi sostenuti, gli oneri aggiuntivi previsti dalla Legge Balduzzi, la tassazione Irpef elevata, l'Irap scaricata sul cittadino e perfino, come se tutto ciò non bastasse, la tassazione imposta da alcune regioni per recuperare quota parte del mancato gettito derivante dalla non reintroduzione dei ticket sulla specialistica, alla fine rappresentano un mix che rischia di portare fuori mercato la LPI rendendola non competitiva rispetto all'offerta del privato orientata sempre di più verso il *low cost*.

Eppure stiamo parlando di un settore che in tutta evidenza rappresenta un va-

lore aggiunto per le aziende sanitarie. Queste, infatti, traggono dalla LPI una apprezzabile fonte di finanziamento in un'epoca di vacche magre. La quota incassata dalle aziende è passata da 164 milioni di € nel 2010 a 239 milioni nel 2016 (+32%). Sulla quota rimanente, 881 milioni di €, versata dalle aziende ai professionisti con ritardi che spesso superano i 6 mesi, lo Stato incassa per la tassazione Irpef circa 380 milioni di €. In sintesi questo canale di entrate alimenta i flussi di cassa aziendali con denaro fresco, contribuisce all'ammortamento degli investimenti effettuati attraverso un maggiore utilizzo delle strutture e delle tecnologie, anche con orari prolungati serali, determina possibili utili aziendali e rappresenta un'attività a imposizione fiscale certa. Ci si aspetterebbe una agevolazione della LPI attraverso processi di sburocrazia, di riduzione dei costi generali e vantaggi fiscali come la *flat tax* concessa ai privati. Così non è, e così non sarà. E molti medici ospedalieri oggi incominciano a preferire il rapporto di lavoro non esclusivo per la ridotta imposizione fiscale sui proventi annuali fino a 65.000 € (15% invece del 43% di chi lavora in esclusiva per il SSN), che arriva a compensare ampiamente la rinuncia all'indennità di esclusività, oramai svilita nei suoi valori economici fermi all'anno 2000.

Passiamo ora alla *vexata questio* del presunto rapporto negativo tra LPI e liste di attese. I ricoveri in regime di libe-

ra professione sono stati nel 2016 circa 27.600 a fronte di 8.285.000 in regime ordinario o di day hospital. Pertanto, in libera professione è stato effettuato lo 0,33% di tutti i ricoveri in strutture pubbliche nel 2016. Per quanti sforzi mentali uno possa fare non si capisce come un numero così piccolo possa influenzare le importanti attese presenti nel nostro sistema sanitario, per esempio in tutta la chirurgia di bassa complessità o per l'impianto di protesi in campo ortopedico. Siamo sicuri che il rilevante taglio delle risorse destinate al finanziamento del SSN dal 2009 al 2016, oltre 30 miliardi secondo le Regioni e sostanzialmente confermati dalla Corte dei Conti, non incidano sui diritti dei cittadini? Il taglio del personale (- 8.000 medici e - 50.000 infermieri dal 2009 al 2016, senza contare gravidanze e malattie di lunga durata non sostituite) non degrada l'organizzazione dei servizi e non prolunga le liste d'attesa? La non corrispondenza tra bisogni crescenti dei cittadini e flussi finanziari centrali si traduce nelle singole aziende sanitarie in fatti molto concreti: oltre al blocco del turn over, abbiamo le limitazioni degli acquisti di beni e servizi (farmaci, protesi, device, kit diagnostici, kit chirurgici...), l'obsolescenza delle tecnologie mediche, il degrado delle strutture, i ridotti investimenti in formazione del personale. Nessuno ha mai sentito parlare di taglio delle sedute operatorie a fine anno per mantenere in equilibrio i bilanci aziendali riducendo le spese? E la falcidia dei posti letto (-71.000 negli ultimi 15 anni)? Quanto pesa tutto ciò sui tempi d'attesa? Meno del diritto a effettuare la libera professione?

Se passiamo all'analisi dei DRG più richiesti, ai primi posti troviamo il parto cesareo (3268 ricoveri in LPI) e il parto per via vaginale (1352 ricoveri in LPI) e ancora una volta mi riesce arduo comprendere come si possano determinare attese con queste particolari prestazioni. L'unica attesa percepibile in tali contesti è quella dei genitori, fratellini e nonni per il nuovo arrivo. Sul versante delle attività ambulatoriali, il rapporto tra regime libero professionale e istituzionale è dell'8% con oltre 60 milioni di prestazioni in regime istituzionale a fronte di circa 5 milioni in libera professione per le 34 tipologie oggetto di monitoraggio, tra visite e indagini diagnostiche. La visita LPI più richiesta è quella ginecologica con 541.369 prestazioni. Anche in questo caso è la scelta della donna per un professionista di fiducia che porta a preferire il regime libero professionale con percentuali superiori alla media (27% del totale delle prestazioni). Seguono la visita cardiologica (15%) e la visita ortopedica

“
Perché non utilizzare quanto Stato e Regioni incassano ogni anno dalla LPI per finanziare un ampio e duraturo programma di riduzione delle attese attraverso un incremento delle assunzioni e dell'utilizzo orario degli ambulatori specialistici, delle attrezzature tecnologiche e delle sale operatorie?

Ricavi 2010

1,264 mld

spesa pro-capite

21 Euro/anno

Ricavi 2016

1,120 mld

spesa pro-capite

18,5 Euro/anno

(12%). Le leggi vigenti garantiscono il diritto dei medici a esercitare una professione liberale e il diritto del cittadino a scegliersi un medico di propria fiducia in un periodo critico della propria vita. Il SSN offre i servizi, la singola prestazione chirurgica o diagnostica, ma non può sempre garantire quale medico la eseguirà, per ovvi motivi organizzativi, resi ancora più critici dal sistematico de-finanziamento del SSN che ha caratterizzato questi anni di crisi economica. La libera professione permette questa scelta e sono le donne che in particolare accedono a questo canale. Questi diritti soggettivi sono sanciti da leggi, contratti, regolamenti e sentenze della Corte costituzionale (sentenza n. 371 del 2008) e non possono essere stracciati con una semplice "intesa" Stato/Regione come è stato fatto con il recente Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019/2021. Senza nemmeno preoccuparsi di riportare l'eventuale prolungamento dei tempi istituzionali massimi alla dotazione organica in essere, riferendosi in modo assolutamente aspecifico e volutamente ambiguo a volumi di attività.

I dati illustrati dimostrano ancora una volta come l'attività istituzionale sia ampiamente prevalente su quella libero-professionale con rapporti molto lontani dai limiti massimi (LPI = 100% dei volumi prestazionali istituzionali di équipe) indicati dalle leggi e dai contratti. La LPI, piuttosto, contribuisce a contenere il fenomeno delle liste d'attesa permettendo l'accesso a un canale sostenuto dal lavoro aggiuntivo dei professionisti, spesso a costi calmierati e a imposizione fiscale certa. Non solo, la LPI rappresenta per le aziende sanitarie una delle possibilità per acquisire con il proprio personale prestazioni aggiuntive a

quelle istituzionali, anche in regime di ricovero, intercettando e introitando denaro che altrimenti andrebbe ad alimentare il settore privato e offrendo agli utenti la possibilità di accedere a prestazioni diagnostiche e terapeutiche sicure e di qualità, poiché garantite dal SSN.

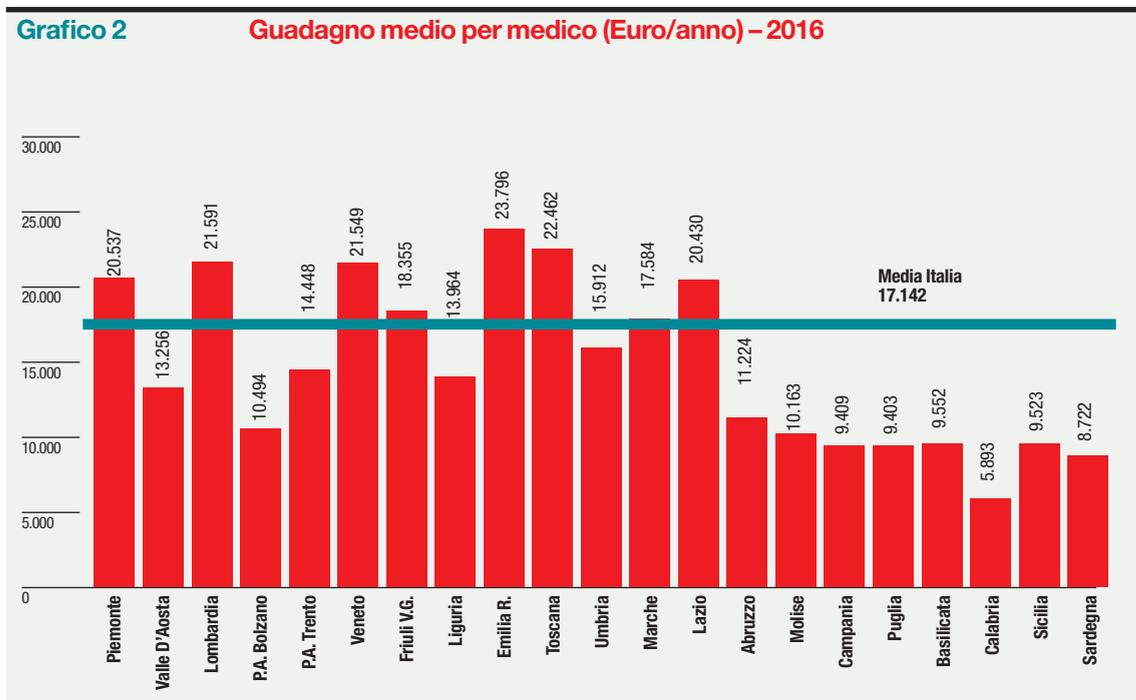
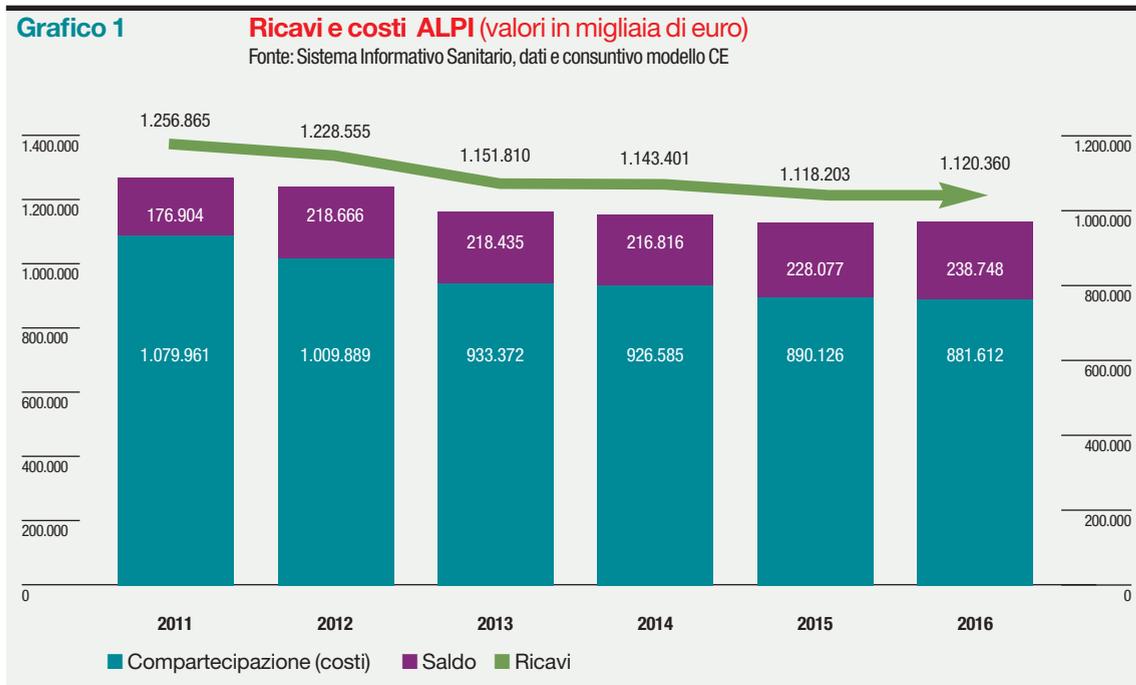
Non contesto che la percezione dei cittadini che attendono mesi, se non anni, per accedere ad una prestazione sanitaria, in diverse realtà del nostro Paese, possa essere quella di un diritto negato, ma occorre rimuovere i fattori determinanti le attese e non spingere per l'abolizione della LPI. Rimango convinto che i determinanti maggiori dei tempi d'attesa vadano ricercati nel pesante sotto finanziamento del SSN, nei ritardi del sistema di organizzazione ed erogazione delle prestazioni in regime istituzionale e nei cambiamenti demografici, epidemiologici e sociologici dei nostri tempi che spingono la domanda di prestazioni sanitarie.

Infine una proposta concreta. Perché non utilizzare quanto Stato e Regioni incassano ogni anno dalla LPI, oltre 600 milioni di €, e quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019, 350 milioni di €, per finanziare un ampio e duraturo programma di riduzione delle attese attraverso un incremento delle assunzioni e dell'utilizzo orario degli ambulatori specialistici, delle attrezzature tecnologiche e delle sale operatorie? Lo strumento contrattuale è quello della libera professione in favore dell'azienda. La defiscalizzazione della remunerazione dei professionisti, come già fatto per il settore privato, incentiverebbe questa forma di produttività aggiuntiva portando, oltre che alla riduzione dei tempi di attesa, ad un recupero della fuga di pazienti e risorse economiche verso il privato.

La relazione al Parlamento

Salgono dopo anni di calo, seppur di poco, i ricavi totali che raggiungono quota 1,120 miliardi (+2 mln), ma continua a scendere il numero di medici che fa intramoenia. Ma un medico emiliano guadagna quattro volte più di uno calabrese. Cresce anche il ricorso al Cup. E ancora, la visita ginecologica si conferma la più richiesta. Non solo, in 8 Regioni su 21 erano ancora presenti studi privati non collegati in rete o convenzioni con strutture private non accreditate, modalità di esercizio non più contemplate dalla normativa.

Sono questi alcuni dei dati che emergono dall'ultima Relazione al Parlamento del Ministero della Salute sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria nel 2016 trasmessa al Parlamento nelle scorse settimane. Crescono i ricavi per le aziende. Dal punto di vista dei guadagni, tornano a salire gli incassi complessivi che nel 2016 hanno raggiunto 1,120 miliardi contro 1,118 miliardi del 2015. Ai medici sono andati 881 milioni (nel 2015 erano 890) mentre alle aziende sono rimasti 238 milioni (228 nel 2015) a confermare un trend di crescita (nel 2011 i ricavi per le aziende erano di 176 mln).



Stabili i compensi dei medici ma con forti variabilità. Mediamente, le stime del compenso annuo del professionista che eroga prestazioni Alpi si attestano sui circa 17.142 euro, valore sostanzialmente stabile negli anni. Ma con un'oscillazione importante e con un gap ampissimo tra Nord e Sud del Paese: in Emilia Romagna il guadagno è di 23.796 euro l'anno ma non arriva a 6mila euro in Calabria. A livello nazionale, la parte dei ricavi per l'attività di intramoenia proveniente dall'area delle prestazioni specialistiche si attesta nel 2016 al 70% circa, in netta crescita rispetto al dato 2015 (68%) ed in generale rispetto al dato degli anni precedenti.

La spesa pro capite. Approfondendo l'analisi per tipologia di ricavi, relativamente all'area delle prestazioni

specialistiche e sempre con riferimento all'anno 2016, valori di spesa pro-capite superiori alla media nazionale, che si attesta su 18,5 euro, si registrano in Emilia-Romagna (29,9 euro/anno), Toscana (28,9 euro) e Piemonte (25,5 euro). Fanalino di coda, ancora una volta è la Calabria con appena 5,3 euro, tallonata dalla Pa Bolzano (5,4 euro) e dalla Sicilia (7,2 euro).

Ecco i principali risultati dell'analisi degli adempimenti regionali: vediamo qual è la fotografia scattata al livello regionale 17 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) hanno provveduto ad emanare/aggiornare le linee guida regionali, rimanendo sostanzialmente

stabili rispetto ai risultati della rilevazione 2015. In 13 Regioni/Province Autonome (Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Piemonte, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) tutte le Aziende hanno dichiarato di aver attivato l'infrastruttura di rete. In 6 Regioni/Province Autonome (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Veneto, P.A. Bolzano e P.A. Trento) tutte le Aziende garantiscono ai dirigenti medici spazi idonei e sufficienti per esercitare la libera professione, mentre negli altri contesti la maggior parte delle Aziende ha fatto ricorso all'attivazione del programma sperimentale. 10 Regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Puglia, Piemonte, Sardegna, Sicilia) hanno autorizzato l'attivazione del programma sperimentale con una diminuzione del numero delle Regioni da 12 nel 2015 a 10 nel 2016.

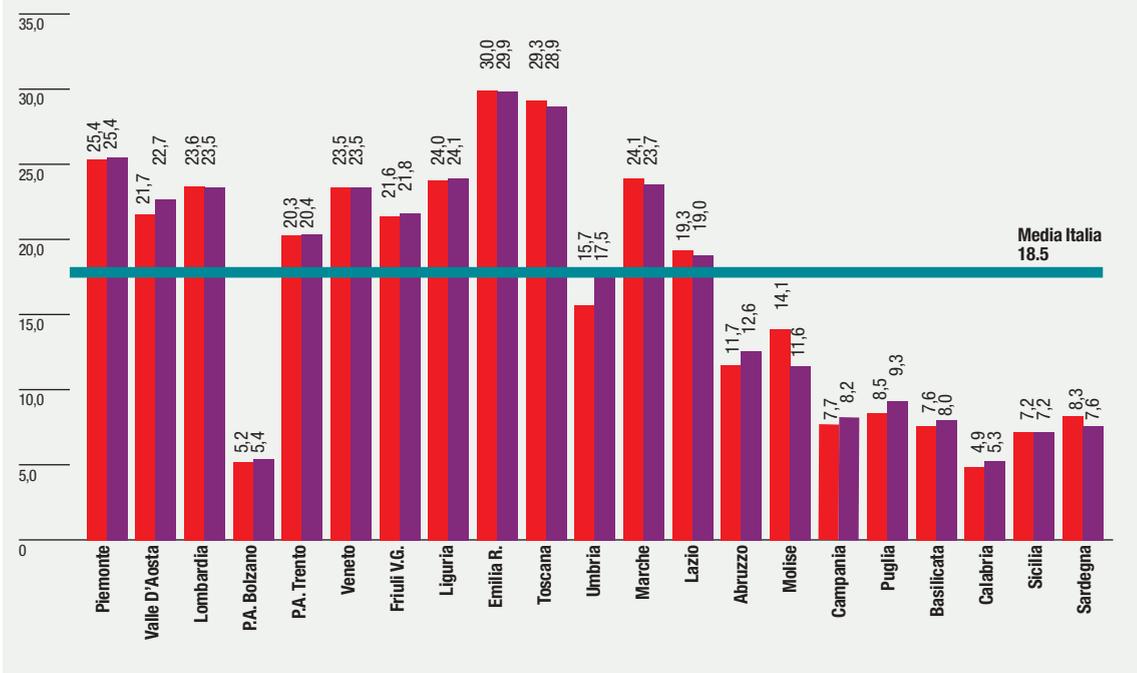
Continua il calo del numero dei medici che fanno intramoenia. In media, nel Ssn il 47,3% dei dirigenti medici, a tempo determinato e a tempo indeterminato con rapporto esclusivo, esercita la libera professione intramuraria. Nel corso degli ultimi quattro anni, il numero complessivo di Dirigenti medici che esercita l'Alpi è diminuito sia in termini assoluti sia in termini percentuali (rispetto al totale dei dirigenti dipendenti di Aziende del Ssn). In particolare, il numero di medici che esercitano l'Alpi è passato da 59mila unità del 2012, pari al 48% del totale 30 medici, a 51.430 unità nel 2016 (il 43,3% del totale Dirigenti medici del Ssn), con un decremento di 7.570 unità (-13% punti percentuali). Nel 2016, in media, nel Ssn, il 47,3% dei Dirigenti medici, a tempo determinato e a tempo indeterminato con rapporto esclusivo, esercita la libera professione intramuraria (pari al 43,5% del totale Dirigenti

Dalla relazione emerge un'estrema variabilità del fenomeno tra le Regioni, sia in termini generali di esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, sia in termini specifici di tipologia di svolgimento della stessa con punte che superano quota 56% nelle Marche (63%), in Liguria (59%), nel Lazio (57%) e in Provincia Autonoma di Trento (60%). Viceversa, il rapporto tra medici che esercitano l'Alpi

Grafico 3

Spesa pro-capite per prestazioni in Intramoenia (Euro/anno) – 2015 vs 2016

Fonte: Sistema Informativo Sanitario. Spesa calcolata su popolazione residente al 1° gennaio, fonte Istat



sul totale dei medici in esclusività, tocca valori minimi in Regioni come la Sardegna (28%), la Sicilia (34%), la Calabria (35%), l'Umbria (36%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (16%).

Utilizzo del Cup. A livello nazionale, si osserva la crescita costante del numero di prenotazioni effettuate attraverso il sistema Cup (84% ad aprile e 85% ad ottobre 2015, 87% ad aprile e 89% ad ottobre 2016). Come già emerso nel 2015, anche nel 2016 sono 10 le Regioni (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Marche, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) che utilizzano quasi esclusivamente l'agenda gestita dal Cup. In costante incremento la percentuale di utilizzo dell'agenda gestita dal Cup nella Regione Campania (25% ad aprile e 46% ad ottobre 2015, 56% ad aprile e 60% ad ottobre 2016). Un progresso che sottolinea il sempre più diffuso utilizzo del sistema: ad eccezione della Regione Molise, infatti, tutte le restanti Regioni/PA utilizzano nel 2016 l'agenda gestita dal sistema Cup per più del 60% delle prenotazioni.

Infine, a livello nazionale, si riscontra il permanere della presenza di tempi di attesa per le prestazioni in Alpi molto bassi e tendenzialmente prossimi a zero (la maggior parte di prenotazioni ricade nella categoria di attesa tra 0 ed i 10 giorni).

In testa alla classifica delle prestazioni erogate in intramoenia si conferma la visita ginecologica.

Anche nel 2016 la visita ginecologica è la prestazione ambulatoriale più erogata in Alpi, seguita dalla visita cardiologica e da quella ortopedica. Per l'attività istituzionale invece, le prestazioni più erogate sono l'elettrocardiogramma, la visita oculistica, la visita ortopedica e la visita cardiologica.

Quasi l'80% dei medici esercita l'Alpi esclusivamente all'interno degli spazi aziendali. In media circa il 79,5% dei Dirigenti medici esercita l'Alpi esclusivamente all'interno degli spazi aziendali (inclusi gli spazi in locazione che, ai fini della rilevazione, erano da considerarsi propriamente spazi aziendali), il 12,4% circa al di fuori della struttura ed il 8,1% svolge attività libero professionale sia all'interno che all'esterno delle mura aziendali (ad esempio attività in regime ambulatoriale svolta presso il proprio studio professionale ed attività in regime di

“**Dalla relazione emerge un'estrema variabilità del fenomeno tra le Regioni, sia in termini generali di esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, sia in termini specifici di tipologia di svolgimento della stessa**”

ricovero svolta all'interno degli spazi aziendali). La quota di medici che esercita la libera professione esclusivamente all'interno degli spazi aziendali è progressivamente cresciuta negli ultimi quattro anni (da 59,4% dell'anno 2012 a 79,5% dell'anno 2016) e, di contro, la percentuale di intramoenia esercitata “esclusivamente” o “anche” al di fuori delle mura si è praticamente dimezzata passando dal 40,6% (Alpi esterno e Alpi interno ed esterno), del 2012, al 20,5% nel 2016.

In sintesi, nel 2016 si evidenzia ancora una significativa criticità per quel che concerne l'esercizio della libera professione al di fuori delle mura aziendali tanto che, alla fine dell'anno in 8 Regioni su 21 erano ancora presenti studi privati non collegati in rete o convenzioni con strutture private non accreditate, modalità di esercizio non più contemplate dalla normativa.

L'intramoenia allargata. Per quanto riguarda il ricorso all'intramoenia allargata, con le rilevazioni del 2016 si confermano nove Regioni/PA (Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Marche, PA di Bolzano, PA di Trento, Toscana, Valle D'Aosta e Veneto) che

non si avvalgono più dell'attività in intramoenia allargata. In alcune Regioni (Lombardia, Molise e Sardegna) si osserva una tendenza alla diminuzione del ricorso all'attività in intramoenia allargata per il monitoraggio di ottobre 2016, dove la percentuale di utilizzo risulta essere inferiore di qualche punto percentuale rispetto a quella rilevata nell'aprile 2016. È possibile notare come il ricorso all'intramoenia allargata stia negli anni diminuendo in maniera costante (dal 16% di aprile 2014, al 14 di ottobre 2015, fino al 13% di ottobre 2016). Permangono comunque delle differenze nel ricorso all'allargata nelle diverse regioni.

Aumentano gli universitari che esercitano l'Alpi. Dal 2015 al 2016, a fronte di un contingente pressoché costante di professori e ricercatori pari a circa 6.300 universitari operanti presso le strutture del Ssn, aumenta di 304 unità il numero di coloro che esercitano l'Alpi (da 3.837 del 2015 a 4.141 del 2016). Ne consegue che, rispetto al totale, la quota di universitari che esercita la libera professione intramuraria sale dal 60,9% del 2015 al 65,4% del 2016.

Tabella

Medici che esercitano ALPI

	2012	2013	2014	2015	2016
MEDICI CHE ESERCITANO ALPI	59.000	55.500	53.000	51.950	51.430
% MEDICI ALPI SU TOTALE MEDICI	48,0	46,14	4,2	43,8	43,3
% MEDICI ALPI SU MEDICI RAPPRESCLUSIVO	52,1	49,8	48,7	47,8	47,3

Rilevazione Aran sulle deleghe sindacali

Anaao Assomed Sempre in testa per la dirigenza

L'Anaao Assomed si conferma di gran lunga il principale sindacato della dirigenza medica e sanitaria con un numero di iscritti più che doppio rispetto alla seconda sigla e con un incremento della percentuale sulle deleghe totali (24,41%) e del peso in termini di rappresentatività (26,54%)

La buona notizia arriva dai dati Aran, pubblicati sul sito dell'Agenzia, che certificano le deleghe sindacali a dicembre 2017.

“Si tratta per il nostro Sindacato – commenta il Segretario Nazionale Carlo Palermo – di una conferma importante, considerando il calo dell'occupazione della dirigenza medica e sanitaria particolarmente marcato per il rigido blocco del turnover di questi anni, che ne rinforza il ruolo di principale organizzazione sindacale della dirigenza del Servizio sanitario nazionale, ruolo da sempre rivestito. L'Associazione risponde con l'impegno e la forza dei numeri alla necessità dei medici e dirigenti sanitari di un sindacato in grado di farsi interprete del ruolo e dell'identità professionale ed anche di farsi protagonista della proposta di nuove offerte di rappresentanza della categoria, per evitare che le difficoltà del pianeta salute, ed i tentativi di soluzione, vengano scaricati sui cittadini e sul lavoro professionale.

La Cosmed si conferma la principale confederazione della dirigenza pubblica

Dalla certificazione Aran sulla rappresentatività al 31 dicembre 2017, valida per la contrattazione 2019-2021, la Cosmed si conferma di gran lunga la principale Confederazione della dirigenza pubblica. Le sigle aderenti alla Cosmed (Anaao-Assomed, Aaroi-Emac, Fvm, Fedirets, Anmi Assomed-Sivemp Fpm, Aiic) incrementano nel complesso il numero degli iscritti e tutte le sigle aderenti aumentano la percentuale di rappresentatività.

Le deleghe complessive delle sigle aderenti Cosmed salgono a 34.785 (884 in più rispetto al 2015), nonostante i sindacalizzati della dirigenza si siano ridotti di circa 6.300 unità.

Complessivamente su 92.479 dirigenti sindacalizzati, Cosmed rappresenta oggi il 37,56% (nel 2015 il 34,25%). Se poi si escludono le sigle non rappresentative e non aggregate a Confederazioni, la percentuale sale al 43,45%. Il tutto in un contesto difficile con una riduzione degli organici della Dirigenza che non ha inciso sul tasso di sindacalizzazione.

Le deleghe complessive
delle sigle aderenti Cosmed

34.785

Rispetto al 2015

+884

Rappresenza Cosmed dei
dirigenti sindacalizzati

37,56%

Nel 2015

34,25%

EMERGENZA URGENZA



Quando la coperta è sempre troppo corta le misure per ottemperare a esigenze organizzative rischiano di incorrere in soluzioni estreme che rispondono solo parzialmente alle reali necessità e all'effettiva qualità dei servizi da garantire

Le scorciatoie illegittime per reclutare medici nel sistema sanitario pubblico

È il caso delle dilaganti soluzioni “tamponate” messe in atto negli ospedali e nelle aziende sanitarie per fronteggiare, barando, la cronica e ingravescente carenza di medici specialisti, soprattutto per il Pronto Soccorso, reclutando medici con contratti atipici, ormai denominati “medici in affitto”. Specchietti per le allodole, soprattutto, piuttosto che reali manovre risolutive, col rischio inevitabile di ricadere in problemi giuridici con responsabilità su più livelli, ma soprattutto senza offrire garanzie per un'effettiva copertura del rischio clinico in una struttura pubblica, anzi aggravandolo. Il Dicastero della Salute annuncia controlli almeno in Trentino-Alto Adige in base a quanto riportato dal quotidiano “Alto Adige” il 26 gennaio scorso, ma Anaa Assomed ha già denunciato in più occasioni tali illegittimità, sia alle Direzioni generali delle Aziende ed Enti del Ssn che sulla stampa.



MIRKO SCHIPILLITI
Commissione Nazionale Emergenza-Anaa Assomed

Sono quattro gli artifizii principali di cui continuano ad abusare ospedali e aziende sanitarie per reclutare medici aggirando i vincoli normativi:

1. Cooperative di servizi

L'esempio più eclatante è il ricorso a medici – sia specialisti che non specialisti – offerti da cooperative di servizi. Con sentenza 1571/2018 il Consiglio di Stato ha tuttavia dichiarato illegittimi i contratti che hanno in realtà “ad oggetto una somministrazione di personale - attività, quest'ultima, ex lege riservata alle Agenzie per il Lavoro iscritte nell'apposito Albo presso il ministero del Lavoro”. Per di più, come hanno evidenziato i legali di Anaa, “la Corte di Cassazione è intervenuta a dettagliare in modo ancor più specifico gli indici sintomatici della non genuinità di un affidamento formalmente qualificato come ‘appalto’, ma in realtà dissimulante una somministrazione di personale” volta a integrare di fatto quello

dipendente, dissimulando contratti di somministrazione di manodopera, la cui stipula è peraltro consentita solo ad apposite agenzie di somministrazione lavoro iscritte in apposito albo. Ma c'è dell'altro. Questo tipo di reclutamento sfugge completamente a un normale sistema di lavoro dedicato espressamente alla tutela della salute, poiché: a) non è prevista alcuna verifica preliminare su chi verrà chiamato a lavorare, salvo, forse, eventuali visioni di curriculum; b) non può esistere alcun controllo sull'effettiva “lucidità” di tali medici, spesso divisi fra più ospedali e servizi risultando impossibile una garanzia sui riposi secondo normativa europea (medici che per esempio finiscono il turno notturno e passano a lavorare in altra sede o che superano sistematicamente il monte orario massimale settimanale normalmente previsto per un dipendente); c) la responsabilità di équipe viene indebitamente condizionata dalla presenza di medici “di passaggio” con



EMERGENZA URGENZA

rapporto occasionale di lavoro; d) è di fatto una delega al privato ripagato con soldi pubblici per la gestione di un servizio pubblico. Nell'ottobre scorso Anaao ha formalmente diffidato tutte le Aziende ed Enti del Ssn contro questa prassi illecita.

2. Contratti “flessibili” e danno erariale conseguente.

Non brilla per nulla nemmeno la scelta di bypassare le disposizioni normative assumendo medici con contratti “flessibili”, in particolare Co.Co.Co. o libero-professionali con partita Iva. L'art. 7, co. 5-bis, del D.Lgs. 165/2001 aggiornato al DL 75/2017, dispone che “è fatto divieto alle amministrazioni pubbliche di stipulare contratti di collaborazione che si concretano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione siano organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro. I contratti posti in essere in violazione del presente comma sono nulli e determinano responsabilità erariale”.

Non solo, poiché il successivo comma 6 precisa che il ricorso a tali contratti di collaborazione “per lo svolgimento di funzioni ordinarie o l'utilizzo dei soggetti incaricati ai sensi del medesimo comma come lavoratori subordinati è causa di responsabilità amministrativa per il dirigente che ha stipulato i contratti”. Anche tali soluzioni – peraltro a risparmio per aziende e ospedali – mascherano infatti veri e propri rapporti di dipendenza, e non possono essere utilizzate per le attività ordinarie. La Corte dei Conti, Sezione regionale di controllo per la Basilicata ha ribadito il principio della cosiddetta “autosufficienza” dell'organizzazione degli enti che devono svolgere funzioni e servizi di loro competenza solo mediante il personale in servizio con conseguente illegittimità dei contratti che violano tali presupposti (deliberazione del 12 giugno 2008, n. 23). Il ricorso a rapporti autonomi coordinati è quindi precluso, perché “l'utilizzo di queste ultime non risulta conforme alla logica sottostante alla legge finanziaria 2008, che è quella di limitare l'instaurazione di rapporti di lavoro parasubordinato e/o flessibile per l'esercizio di attività amministrative ordinarie” (Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Lombardia, deliberazione del 4 marzo 2008, n. 37).



“**L'applicazione del concetto di “esperto” in ambito ospedaliero e in particolare nell'Emergenza-Urgenza deve rispettare standard di qualità elevati e ben definiti. Può considerarsi “esperto” e “altamente qualificato” un medico neolaureato arruolato in un Pronto Soccorso?**”

Si tratta quindi anche di danno erariale. È inoltre evidente che anche per questi “medici in affitto” non è assolutamente possibile essere certi del rispetto della normativa europea sui riposi o che di fatto non incidano negativamente sulla responsabilità di equipe.

3. D.Lgs 165/2001, art. 7 co. 6.

Ritorna l'abusato art. 7 co. 6 del DL 165/2001, secondo cui “per specifiche esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio, le amministrazioni pubbliche possono conferire esclusivamente incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria”. Oltre a introdurre il termine di “esperti” e di “comprovata specializzazione”, nei presupposti di legittimità la norma ribadisce ulteriormente che la prestazione deve essere “altamente qualificata” (art. 7, co. 6, c). Come abbiamo già denunciato, gli enti sanitari si appoggiano in modo improprio e paradossale a questo articolo, poiché l'applicazione del concetto di “esperto” in ambito ospedaliero e in particolare nell'Emergenza-Urgenza deve rispettare standard di qualità elevati e ben definiti. Può considerarsi “esperto” e “altamente qualificato” un medico neolaureato arruo-

lato in un Pronto Soccorso? Andrebbe aggiunto che spesso si delega ulteriormente a questi medici la gestione dei cosiddetti codici “minori” (bianchi e verdi), secondo una visione fuorviante, poiché è proprio fra questi che si nascondono le insidie e i casi spesso più difficili da interpretare per il medico di Pronto Soccorso, nonché il maggior numero di sinistri. Il codice colore è solo una sorta di semaforo di priorità d'accesso, non un indice di appropriatezza di accesso al Pronto Soccorso. Servono veri medici “esperti”. Quindi, invece di reclutare “esperti” per attività non ordinarie, si arruolano finti esperti per attività ordinarie. L'interpretazione di questo articolo da parte delle amministrazioni sanitarie risulta così totalmente forzata e soggettiva, per non dire fantasiosa.

4. Pensionati

Il conferimento a medici in pensione di incarichi retribuiti per attività ospedaliera nella pubblica amministrazione è altresì illegittimo. Il D.Lgs 90/2014 come convertito con modificazioni nella L. 114 modificando l'art. 5 co. 9 della L. 135/2012 vieta infatti di assegnare incarichi di consulenza, o dirigenziali, “a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza”, come già



“

Il Ssn pubblico ospedaliero non sta continuando a reggersi di certo per mezzo di decisioni politiche e amministrative, ma solo grazie alla preparazione, la competenza e l'abnegazione della dirigenza medica e sanitaria

previsto dall'art. 5 co. 9 del D.Lgs 95/2012, che come poi appunto modificato, precisa ulteriormente che per i pensionati “*incarichi e collaborazioni sono consentiti esclusivamente a titolo gratuito e per una durata non superiore a un anno non prorogabile né rinnovabile presso ciascuna amministrazione*”. Non sono previste pertanto ulteriori deroghe. Tali principi sono stati ribaditi dalla Corte dei Conti Lombardia con deliberazione 180/2018, richiamando anche la deliberazione 35/2014/Prev della Corte dei Conti - Sezione Centrale di controllo di legittimità sugli atti del Governo e delle Amministrazioni dello Stato.

Negli ultimi anni i governi hanno tentato di sanare alcune di queste anomalie, con lo scopo di contribuire – anche se con ulteriori soluzioni “tampone” – a incrementare le stabilizzazioni di personale precario, anche in Pronto Soccorso:

Col Dpcm 6 marzo 2015, art. 6, co. 4 (“Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità”) e le successive indicazioni condivise dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, si disponeva la possibilità di accesso ai concorsi per la stabilizzazione presso i servizi di emergenza e urgenza delle Aziende sanitarie, anche senza specializzazione in medicina d'urgenza, purché con almeno cinque anni di prestazione continuativa antecedenti alla scadenza del bando di concorso, con termine ultimo per bandire le procedure al 31/12/2018. La norma era confusa, perché non sta-

biliva chiaramente a quali tipologie contrattuali fare riferimento; oltretutto, la Conferenza delle Regioni, precisava che fosse comunque necessaria una specializzazione, anche non equipollente.

Il D. Lgs 75/2017, art. 20, co. 2 (l'ormai famosa legge “Madaia”, per il “superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni”), con successive decisioni applicative della Conferenza delle Regioni del 15/2/2018, ha stabilito una finestra temporale entro cui includere il personale già reclutato con contratto di lavoro flessibile al fine di una sua stabilizzazione, pur sempre vincolato ai criteri di ammissione secondo la normativa vigente, ovvero con necessità di specializzazione. Si tratta di poter bandire concorsi riservati, ma in misura non superiore al 50% dei posti disponibili, per chi abbia lavorato con tali tipologie contrattuali per almeno tre anni, anche in sedi e periodi differenti, sempre con la medesima mansione, in un periodo di otto anni antecedente al 31/12/2017, già in contratto successivamente alla data di entrata in vigore della legge 124/2015 (data fissata al 28/08/2015) e con priorità di accesso per chi fosse stato in servizio alla data in vigore del D.Lgs 75 (22/06/2017).

Dopo la contestata Legge di bilancio 2019 appena varata, è stato bocciato per il DL semplificazioni l'emendamento che proponeva di ammettere ai concorsi per la stabilizzazione nei servizi di emergenza-urgenza anche chi non fosse in possesso di specializzazione, purché vi avesse già lavorato an-



che con contratti di lavoro flessibile per un periodo di almeno quattro anni negli ultimi dieci anni, con scadenza delle procedure concorsuali fissata al 31/12/2019. Una sanatoria temporanea, che seppure discutibile sotto alcuni aspetti avrebbe potuto quantomeno stabilizzare non poche situazioni lavorative fra le numerose criticità presenti nei Pronto Soccorsi.

Infine, sono doverose alcune considerazioni conclusive, sia a tutela dei pazienti che dei dirigenti medici e sanitari, anche in relazione alla necessità di ridurre al minimo il rischio clinico, di cui la politica pare non interessarsi abbastanza:

1. la legge tutela i cittadini e la loro salute, la sicurezza di tutti; gestire continuamente e in modo recidivo la salute attraverso deroghe illegittime, o di sanatoria in sanatoria, rappresenta sempre e comunque un costante grave pericolo;
2. di risposta, le Amministrazioni recitano sempre la solita litania: “dobbiamo garantire i servizi”. Rispondiamo molto semplicemente: e perché non riorganizzare i servizi non in base alle teoriche aspettative di progetti organizzativi privi di risorse adeguate, ma in base alle risorse stesse? Siete davvero sicuri che tutti i pazienti che si recano in un Pronto Soccorso ne abbiano veramente bisogno? Non sarebbero altri i servizi cui doverli affidare?;
3. medici non opportunamente formati non possono ritenersi esaurientemente competenti nella diagnosi differenziale e nella gestione delle criticità di vario ordine e grado in ambiente ospedaliero, specie nell'emergenza-urgenza. Ciò deve dissuadere ad arruolare chi non sia in possesso di una formazione ben strutturata.

Il Ssn pubblico ospedaliero non sta continuando a reggersi di certo per mezzo di decisioni politiche e amministrative, ma solo grazie alla preparazione, la competenza e l'abnegazione della dirigenza medica e sanitaria. Quanto potrà durare ancora?

Verso una Sanità Orientata dalle Donne: una proposta rivolta alle donne in Medicina

L'Anaao Assomed ha da tempo intravisto le prospettive dell'imminente sorpasso femminile in Sanità, insieme alla necessità di attrezzarsi per il futuro, costituendo, dopo il 24 Congresso Nazionale, l'Area Formazione Femminile. **Si è svolto il 7-8-9 febbraio a Milano** il primo laboratorio residenziale, un'esperienza di formazione a carattere intersettoriale, con modalità interattive mutuata dalla pedagogia medica

Hot topics alla luce della differenza

Il futuro della sanità, perennemente fuori dall'agenda politica, ed in sofferenza per l'assenza di politiche, si gioca oggi, mentre è in corso il più grande cambiamento demografico da quasi un secolo a questa parte: la femminilizzazione della Medicina.

Curiosamente, il momento della massima svalutazione del Ssn coincide con la più grande ondata di mano d'opera sanitaria femminile. Le donne scelgono la professione di cura come prima, e forse più congeniale, opzione, mentre gli uomini la stanno abbandonando perché meno prestigiosa, anche economicamente. Ma per la professione medica non passa solo da qui l'urgenza di un necessario recupero di autorevolezza. Recupero non facile né scontato, ma che toccherà gioco forza alle donne, in maggioranza nei prossimi anni, mettere in atto.



SANDRA MORANO
Coordinatrice
Area Formazione
Femminile Anaao
Assomed

Ecco alcuni hot topics, frutto del dibattito sulla crisi del ruolo medico e della sua svalutazione. Per ognuno di questi riportiamo quello che potrebbe essere, alla luce della differenza, il punto di vista delle donne, apparentemente assenti, in realtà occupate a tenere insieme tutto il mondo della cura, dalla corsia alla casa, dalle responsabilità agli affetti. Alla loro instancabilità, alla loro ostinazione, è rivolto l'invito a trasformare il protagonismo in quella autorità di cui tutti abbiamo bisogno.

Il lavoro 4.0.

Prima è arrivata la "statalizzazione" della professione, che l'ha inglobata nella funzione pubblica, poi l'organizzazione, affidata a tecnici prestatari dall'Economia, che ha guardato più ai conti che alla relazione, più ai numeri che alle persone. Dalla gestione aziendale allo spacchettamento di competenze, il passo è breve: una "temparizzazione" strisciante ha nei fatti già cambiato il la-

voro del medico, allargando pericolosamente il divario tra l'etica della cura ed il mercato di prestazioni ad altissima specializzazione. Il passaggio ad un rapporto "spot" col paziente, ampiamente diffuso, si prefigura come inevitabile snodo verso l'utilizzo dei robot nei reparti.

In questa trasformazione non c'è traccia della presenza e della voce femminile, che potrebbe viceversa contenere in sé inaspettate soluzioni alla crisi attuale.

Medici: una necessaria ridefinizione della identità professionale

"L'inestimabile lavoro di cura" (Anna Rosa Buttarelli) deve essere rivalutato - e poi riportato alla sua originaria autorità - in primis dagli stessi protagonisti. Che oggi hanno il compito di ripensare una professione appaltata all'attuale "commissariamento gestionale" con l'obiettivo di controllarne i perimetri, i tempi, la mission. Nessuna pro-

fessione meglio della nostra potrà mai lavorare verso l'incontro con la sofferenza, le emozioni, la vita e la morte. Dobbiamo ricordare a noi stessi che la relazione con l'altro è alla base delle nostre scelte perfino esistenziali, è il nostro capitale umano, sociale e professionale, un diritto e un privilegio non sostituibile, non rinunciabile né negoziabile. All'indomani di una lenta ma inesorabile trasfigurazione, è necessario ora recuperare il tempo perso a rivestire di panni industriali un lavoro che, pur nei più futuristici contesti scientifici, è fatto di arte, di soggettività, di empatia.

Ancora più importante recuperare un'analisi, condotta con lo sguardo delle donne, del loro prezioso contributo sia scientifico sia esperienziale, della diversa identità di cui sono portatrici nel passaggio dal protagonismo alla coerenza coi codici materni, con la procreazione, l'accoglienza e l'ascolto.





“

L'area Formazione Femminile è il progetto ambizioso di costruire una comunità in cui tutte le donne in Medicina si possano sentire accolte e possano lavorare insieme per una sanità orientata dalle donne

Quel che resta dei luoghi

La svolta epocale che si profila nei prossimi anni è già entrata nei luoghi della cura, nelle storiche strutture risalenti al secolo scorso o alla sua seconda metà, dove i lavoratori passano la maggior parte della propria vita, una volta sentendosi forse al sicuro, oggi a disagio e in pericolo. Costruite quasi sempre senza una visione *patient centered*, men che meno *clinician centered*, sono destinate a scomparire, o a decentrare la quotidianità/cronicità verso una vaga dimensione "territoriale". Allo stesso tempo già ospitano il pensiero e la realtà della robotica.

Cambiano i luoghi della cura, geometrie e architetture, dove le tecnologie avanzate, la tracciabilità logistica, la sostenibilità energetica, il supporto digitale e l'edilizia ospedaliera si organizzano in sinergia con l'attività dell'uomo per meglio soddisfare i bisogni di salute di società in continuo cambiamento. Ma come cambia la vita di chi ci lavora?

Chi cura e chi vive sul lavoro di cura

Il luogo della cura, qualunque sarà, non può prescindere da chi fa quel lavoro. Negli anni una vastissima gamma di specialisti provenienti dalle scienze ingegneristiche, economiche, sociali, della comunicazione, hanno costruito sul nostro lavoro sistemi paralleli che ci controllano e ci condizionano. Ognuno con lo scopo di insegnare ai medici il modo migliore di fare il medico, tutti alla ricerca di un posto al sole nel percorso che si dispiega dall'incontro col paziente alla sua dimissione, dal malessere al benessere. Forse dopo tanti anni di contaminazione manageriale per poter parlare ai pazienti e lavorare nelle corsie è l'ora di una sintesi hegeliana sugli esiti del commissariamento del nostro lavoro: abbiamo ancora bisogno di guida? *"Deve mantenere l'autorità sul lavoro chi il lavoro lo fa, non chi campa sul lavoro altrui. Chi svolge il lavoro conosce la qualità, il valore, le competenze e le esperienze che servono per svolgerlo al meglio"* (Anna Rosa Buttarelli). *La capacità di ripristinare dignità attorno a questo sistema va oltre la pur legittima richiesta di rispetto ed equità. Alle donne, che da sempre si prendono cura delle persone, delle relazioni, dell'ambiente, toccherà concorrere a ricostruire l'antica autorevolezza, tradurre le loro esperienze e peculiarità in proposte e strumenti in grado di cambiare il mondo.*

Sfiduciati. la nascita della cultura paura-rischio

La paura, e un irreversibile avvelenamento del rapporto tra curanti e curati, ha pervaso non solo le corsie ma anche la società. Da dove è partito questo circolo vizioso? Il dr. Google, chiamato spesso in causa, in realtà entra di striscio in questa crisi, che è soprattutto di comunicazione. Le aggressioni ai me-

dici, nervo scoperto di un sistema in rotta di collisione, sono percepite come un nostro problema e non come la caduta di un importante pezzo di tessuto sociale. Che ha finito per generare nella classe medica comportamenti e rivendicazioni "in difesa". Della dignità offuscata, e degli stessi luoghi di lavoro, delle non più incrollabili certezze, delle non più attraenti condizioni. Operatori che si sentono oramai come operai in una linea di produzione, a rischio di perdere la capacità professionale di discernere.

Ma il medico è forse l'unica figura ad essere fonte di invidia proprio perchè insostituibile, per il rapporto speciale e privilegiato con l'altro, nella compassione come nella guarigione. Occorre immaginare nuovi contenitori dei rapporti di lavoro rispettosi della differenza, prepararsi alla condivisione della scelta piuttosto che fidare nel Consenso Informato, coltivare la relazione e l'esercizio del dubbio, ritornare a convivere con l'incertezza e la fallibilità.

La formazione medica

Da anni autarchicamente uguale a se stessa, continua a sfornare medici pronti più per l'Europa che per il Ssn, a sua volta svuotato di appeal e indebolito dalle sirene della privatizzazione, nella folle corsa verso l'autodistruzione, che ha già rovinato quello di paesi come la UK. L'esposizione alle Humanities è oggi all'attenzione delle più prestigiose scuole di Medicina perché diminuiscono la frustrazione e il burn out nei curanti, influiscono sugli esiti e sulla qualità delle cure, nonché sui costi e sulla soddisfazione del paziente. *Abbiamo bisogno di coltivare le Humanities, così come di praticare percorsi di cura ed organizzativi non neutrali, di costruire prospettive di ricerca e pratiche women oriented.*



Legge 161/2014 Sogno o realtà? Lo stato dell'arte

L'entrata in vigore della legge europea 161/2014, che prevede il riposo di 11 ore tra un turno di lavoro e l'altro dovrebbe regolamentare i turni di lavoro del personale sanitario. Dovrebbe, perché in tutta Italia vi è stata una non omogenea applicazione delle disposizioni vigenti

Ripercorriamo insieme le tappe salienti della vicenda.

In primis l'Unione Europea con la Direttiva 93/104/Ce del 23 novembre 1993 (modificata dalla Direttiva 22 giugno 2000, n. 2000/34/Ce) ha disposto degli standard che uniformassero gli orari di lavoro di tutti i comparti economici.

Successivamente la Direttiva del 4 novembre 2003 n. 2003/88/Ce ha disciplinato alcuni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro in particolare turni di lavoro diurno e notturno, ferie, riposo.

L'attuazione delle direttive europee 93/104/Ce e 2000/34/Ce arriva in Italia con il D.lgs. 66/2003

Con la Legge 244 del 2007 (legge Finanziaria per il 2008) si apporta una modifica al D.lgs. 66/2003, stabilendo che "le disposizioni di cui all'articolo 7 dello stesso decreto legislativo (ovvero quelle sul riposo giornaliero - 11 ore di riposo consecutive ogni ventiquattro ore), non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori". E ancora il Legislatore nel 2008 (art. 41, co. 13, della L. 133/2008) aveva escluso l'applicazione per i dirigenti sanitari della normativa di legge sull'orario di lavoro contenuta nel D.lgs. n. 66/2003 attuativo delle Direttive europee direttive 93/104/Ce e 2000/34/Ce.

In particolare l'art. 41, comma 13 della legge citata prevede che al personale dirigenziale dell'area sanitaria, in ragione del ruolo professionale ricoperto, non vengano applicate le disposizioni degli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 2003, n. 66. La contrattazione collettiva ga-



MARCO DEPLANO
Responsabile
Anaaio Giovani
Sardegna

rantisce che il lavoro sia organizzato in sicurezza e con possibilità di garantire adeguati riposi.

Praticamente venivano disattese le disposizioni europee!

Tuttavia, la Corte di Giustizia Ce ha stabilito che la suddetta esclusione violava la disciplina comunitaria.

Pertanto, lo Stato italiano, con la Legge n. 161/2014, ha stabilito che a decorrere dal 25 novembre 2015 trovano applicazione anche per i dirigenti sanitari i limiti di legge all'orario di lavoro giornaliero e settimanale.

Il mancato rispetto delle disposizioni e dei limiti contenuti nel D.lgs. 66/2003 può determinare l'applicazione delle pesanti sanzioni amministrative a carico dell'Azienda, comminate dai competenti Uffici della Direzione Territoriale del lavoro.

In Italia però ancora oggi, a distanza di anni, tali disposizioni non vengono rispettate omogeneamente.

Perché? Non sono applicabili?

Il rispetto delle normative europee ha

imposto un radicale cambiamento dei turni di lavoro causando notevoli disagi da parte del personale interessato in primis e poi anche dei pazienti perché i servizi assistenziali sono stati sicuramente riorganizzati e purtroppo in molti casi anche sospesi.

L'equazione pochi medici e turni più lunghi e rigidi è un'equazione dal risultato catastrofico per la sanità italiana per altro già colpita in lungo e in largo dal blocco del turnover.

Tale risultato è stato anche messo in evidenza da un'importante ricerca effettuata dalla Fiaso in collaborazione con Cergas e l'Università Bocconi dove si riscontra una strettissima (ma non sempre ovvia) correlazione tra personale, turni di lavoro e servizi erogati. In Italia la presa di coscienza e ancor peggio la messa in pratica della legge in questione è stata confusa e frammentaria.

Di recente è stata pubblicata una classifica nella quale il Ssn è al 4° posto nel mondo in termini di efficienza. Efficienza vuol dire in questo caso rispar-

In questo momento vi è un numero di “camici grigi” (medici nel limbo tra la laurea e la specializzazione) inoccupati che non possono accedere al percorso di formazione specialistica per cui sarebbe auspicabile non l’abolizione del numero chiuso in facoltà ma l’eliminazione dei vincoli per entrare in scuola di specializzazione

mio. Ma a quale prezzo? Personale non adeguato numericamente, risparmio su strumentazione e medicinali.

Purtroppo vi sono molti fattori oltre il rispetto della legge, che negativizzano sia la qualità di vita dei lavoratori del Ssn e la qualità e quantità dei servizi offerti ai pazienti: blocco del turnover, riduzione degli incarichi di struttura, marcato invecchiamento degli organici aziendali. Inizialmente sono stati trovati stratagemmi di fortuna come effettuare turni di 12 ore diurne e notturni di 11, integrando l’orario con prestazioni aggiuntive, inversione di inizio turno e suddivisione per i turni di pronta disponibilità. Per la Sanità Italiana non è sufficiente la sola e mera razionalizzazione di numeri e spese ma è assolutamente necessaria l’adozione di strategie di analisi e intervento non solo strutturali e strumentali ma soprattutto umane. È necessario salvaguardare la funzionalità degli operatori tenendo conto del progressivo invecchiamento del personale in servizio aziendale con l’innalzamento dell’età pensionabile.

È doveroso integrare alla perfezione il rapporto tra sfera privata e lavorativa salvaguardando le esigenze familiari ma anche quelle dell’ambiente di lavoro. Sarebbe basilare valorizzare la specificità del lavoro femminile in sanità. Sarebbe auspicabile migliorare il rapporto operatore/paziente in termini di empowerment e miglior partecipazione alle cure, maggior efficacia terapeutica e riduzione dei contenziosi medico legali magari incrementando e migliorando la comunicazione Aziende sanitarie e mass media.

Si è definito il concetto di Salute Organizzativa come la capacità di un’azienda sanitaria di essere non solo efficace e produttiva ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un livello di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora.

Promozione della salute organizzativa in questi tempi di crisi significa analizzare, gestire e realizzare norme di good practice aziendali atte a migliorare qualità di lavoro, dei servizi erogati evitando malesseri da entrambe le parti, eliminando criticità correggibili.

Lavorare in serenità e sicurezza è fon-



“**Un medico ospedaliero su due supera i limiti di orario previsti dalla legge, fino a 5 notti al mese nel meridione**”

“**Ogni giorno la cronaca mette in evidenza tali aspetti che non sono altro che il manifestarsi di un disagio e malessere psicologici sia di chi lavora sia di chi si rivolge alle aziende sanitarie**”

damentale considerando che l’individuo trascorre a lavoro la maggior parte della sua giornata e se vi sono condizioni di lavoro ottimali la rendita e il profitto saranno maggiori.

Infatti si è notato che nelle aziende dove le condizioni di lavoro sono aumentati il tasso di assenteismo legato a malattia, la demotivazione, il mancato impegno e carenza di fiducia mentre diminuisce la propositività al miglioramento, la qualità dei servizi e le lamentele dei cittadini.

Quotidianamente la cronaca mette in evidenza tali aspetti che non sono altro che il manifestarsi di un disagio e malessere psicologici sia di chi lavora sia di chi si rivolge alle aziende sanitarie.

La riduzione della qualità di vita lavorativa diventa anche onerosa per le aziende sanitarie in quanto sono in primis i lavoratori che contribuiscono attivamente all’organizzazione e al successo dell’azienda.

Non essendo rispettate ovunque le normative europee vigenti in merito ai turni di lavoro e il mancato adeguamento degli stipendi dei dirigenti sta causando un depauperamento delle risorse umane nel Ssn in quanto i medici scelgono di poter gestire il proprio lavoro con adeguate retribuzioni.

Questo aggrava ulteriormente la già precaria situazione del Ssn in quanto spesso e volentieri i medici non vengono sostituiti e chi rimane non viene di certo gratificato... anzi!

Chi rimane spesso deve subire orari di lavoro ai limiti della schizofrenia, con ore in plus non pagate, impossibilità a fruire non solo delle ferie ma anche dei fisiologici riposi.

Ovviamente diventa anche pressoché impossibile potersi aggiornare, formazione professionale obbligatoria per altro. Non sono parole dure buttate a caso perché quotidianamente assistiamo a queste situazioni limite.

Recentemente è balzato alla cronaca il fatto in cui un’azienda sanitaria siciliana ha dovuto risarcire gli eredi di due medici morti a causa del troppo lavoro usurante in impieghi usuranti.

La Corte di Cassazione ha riconosciuto che turni successivi usuranti in ospedali dove vi è carenza organica possono uccidere operatore sanitario e la colpa ri-

cade sul datore di lavoro anche se la parte offesa non presenta ufficiale lamentela. Oppure nel Lazio ben 18 chirurghi hanno presentato denuncia al Tribunale del lavoro per l’inadempienza dei turni di lavoro. Di accadimenti come questi sono centinaia sulla carta stampata immaginiamoci quanti sono realtà. Probabilmente quella conosciuta è la punta dell’iceberg.

Anche l’Anaao ha effettuato uno studio in merito a questa problematica su un campione di mille medici.

Un medico ospedaliero su due supera i limiti di orario previsti dalla legge, fino a 5 notti al mese nel meridione.

I tassi di occupazione dei posti letto elevatissimo con dimissioni spesso affrettate (6 medici su 10) e uno scarso coordinamento ospedale/territorio. Inoltre in molte regioni italiane è stato fatto un processo di riorganizzazione delle aziende sanitarie locali con una centralizzazione dei servizi, chiusura posti letti e addirittura commissariamento con unico comune denominatore che è il risparmio, specie sul personale che si ritrova quotidianamente a sostenere incarichi di lavoro maggiori con minori risorse. L’unica soluzione che permette a lungo termine di garantire prestazioni efficienti e personale adeguatamente riposato per poter lavorare in sicurezza è senza dubbio quella di assumere personale sbloccando il turnover.

Sicuramente saranno necessarie risorse economiche aggiuntive ma a lungo termine si avrà una sanità più efficiente e dunque meno spendiosa.

In questo momento vi è un numero di “camici grigi” (medici nel limbo tra la laurea e la specializzazione) inoccupati che non possono accedere al percorso di formazione specialistica per cui sarebbe auspicabile non l’abolizione del numero chiuso in facoltà ma l’eliminazione dei vincoli per entrare in scuola di specializzazione.

Inoltre incentivi ai medici già operativi affinché non abbandonino il pubblico impiego per andare nel privato.

È auspicabile in tal senso che il Governo prenda provvedimenti urgenti al fine di arginare questo problema che è strettamente collegato ad altri gravi carenze organico-organizzative affinché il SSN torni a nuova vita.

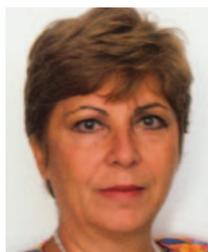
La bioinformatica nell'era della medicina traslazionale e personalizzata

Le tecnologie di sequenziamento ad alte prestazioni (Next Generation Sequencing, NGS) sono ormai diventate di uso comune nella ricerca biomedica, ma trovano sempre più spazio nella diagnostica, contribuendo fortemente alla realizzazione della medicina traslazionale e gettando le basi per la futura medicina "personalizzata".

Tra le varie applicazioni del NGS occupano un posto di rilievo il sequenziamento dell'intero genoma umano, l'analisi dell'espressione genica in cellule umane esposte a determinati stimoli, l'analisi metagenomica per identificare la componente microbiologica (microbioma) e virologica (viroma) di vari ecosistemi, nonché di diversi distretti corporei. Ovviamente, questo non sarebbe possibile senza il continuo progredire delle tecniche di sequenziamento NGS, il quale ha portato a una riduzione dei costi, sia in termini di tempo che di denaro. Infatti, se nel 2001 il primo sequenziamento del genoma umano ha richiesto una spesa di circa 3 miliardi di dollari e un decennio per l'analisi dei dati, oggi i sequenziatori NGS presenti in commercio e i computer ad alte prestazioni (HPC) portano questi numeri a meno di 1000 Euro e un solo giorno per l'analisi dei dati. Tuttavia, lo sviluppo tecnologico in questo senso sembra essere inarrestabile, visto l'elevato numero di dispositivi sempre più performanti che vengono immessi sul mercato. Negli ultimi 25 anni ha fatto il suo ingresso tra le scienze della vita una nuova disciplina che unisce la biologia molecolare con la matematica, la statistica e l'informatica, ovvero la **bioinformatica**. Il focus di questa disciplina è l'analisi della mole enorme di dati prodotti da sequenziamento massivo, dell'ordine delle decine di gigabyte per singolo campione, e si concentra sullo sviluppo e l'applicazione di software specializzati nell'acquisire, gestire, analizzare e/o visualizzare questi *big data* biologici. Ad oggi il suo ruolo nella medicina è considerato complementare (se non equivalente) alla biostatistica, in cui l'utilizzo di software specializzati, linguaggi di programmazione e computer ad alte prestazioni la fanno da padrone.



FRANCESCO MESSINA



MARIA ROSARIA CAPOBIANCHI
Laboratorio di Virologia, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" IRCCS, Roma

I metodi sviluppati in ambito bioinformatico giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo delle biotecnologie ed è per questo motivo che in molti Paesi si assiste ad ingenti piani d'investimento in questa direzione. Già alla fine degli anni Settanta si cominciava a parlare di organizzare ed immagazzinare dati biologici, ma serviva uno sforzo informatico per sfruttarne le potenzialità. La banca dati dell'EMBL (European Molecular Biology Laboratory) nasce nel 1980, mentre nel 1986 viene fondato negli Stati Uniti il National Center for Biotechnology Information (NCBI), depositario della banca dati GenBank, parte integrante del NIH e destinatario di investimenti volti al suo mantenimento. Nel 1996 si assiste alla creazione dell'EBI (European Bioinformatics Institute di Hinxton, Cambridge) che è oggi tra i punti di riferimento più importanti della bioinformatica mondiale. L'EBI è destinatario di ingenti finanziamenti da parte della Commissione europea, dai Governi dei 21 Stati membri dell'EMBL e dai più prestigiosi centri di ricerca europei. In Italia il numero di strutture sanitarie che affrontano sfide relative ai big data biologici per scopi diagnostici e di ricerca, sta aumentando rapidamente.

Dal momento che il contributo della bioinformatica alla medicina sta diventando così rilevante, sorge la necessità di definirne gli ambiti e i contenuti, così come il percorso formativo di questa disciplina. Il termine "bioinformatico" è spesso usato per descrivere qualcuno che lavora in vari ambiti della biologia o medicina utilizzando degli strumenti informatici, ma originariamente questo termine descriveva lo studioso della complessità dei sistemi biologici attraverso strumenti informatici. Gli obiettivi generali della bioinformatica possono essere generalmente classificati in tre ambiti: sviluppo di nuovi algoritmi analitici, usando linguaggi di programmazione, modelli matematici e simulazioni *in silico*; costruzione e gestione di database computazionali attraverso la raccolta e l'organizzazione di dati medici e biologici; *data mining*, interpretazione e analisi dei dati per estrapolare il significato biologico dai dati grezzi. Il raggiungimento di tutti questi obiettivi richiede numerose competenze in ambito informatico, ma anche, e soprattutto, una profonda comprensione nei diversi aspetti delle scienze della vita. Come si pone la nuova figura professionale del bioinformatico nei confronti dei ruoli convenzionali previsti dal sistema sanitario? Ad oggi all'interno del Sistema Sanitario Nazionale non è prevista una figura professionale con un ruolo di-

rigenziale riconducibile al bioinformatico. Il mantenimento di questa professionalità all'interno delle strutture ospedaliere è affidato esclusivamente alla capacità dei dirigenti di reperire fondi per la ricerca, oppure ad attitudini dilettantistiche dei dirigenti di estrazione biologica, chimica, fisica o simile. La difficoltà più grande sembra essere l'identificazione dei requisiti minimi per l'integrazione di questa nuova classe di operatori sanitari altamente specializzati nel Sistema Sanitario Nazionale. Infatti, attualmente la maggior parte di coloro che si avvicinano alla bioinformatica provengono da vari ambiti universitari (scienze biologiche, matematica, fisica, informatica) ed acquisiscono le proprie abilità "sul campo" o attraverso una formazione post-laurea (corsi di formazione, master di II livello, ecc.). In Italia, pochi atenei offrono corsi di laurea incentrati su questo settore e non esiste ancora una scuola di specializzazione. In molti casi il dottorato di ricerca, oppure un'esperienza presso rinomati centri di ricerca all'estero, sono un valore aggiunto per la formazione di un bioinformatico competente, specialmente se si tratta di approcci innovativi. La natura multidisciplinare della bioinformatica richiede che i praticanti siano disposti ad acquisire continuamente nuove conoscenze, come linguaggi di programmazione o comprensione di processi biologici, utili a affrontare le problematiche per l'ottenimento del risultato. Le continue richieste per la gestione di casi clinici sempre più complessi sono una sfida per le abilità dei bioinformatici, ma allo stesso tempo rendono difficile riuscire a standardizzare le metodiche utilizzate nei diversi casi. Tuttavia, la profonda comprensione dei dati può contribuire alla risoluzione di casi molto complessi nella pratica clinica, come testimoniato dalla analisi metagenomica in NGS su pazienti con patologie a sospetta eziologia infettiva. In ultima analisi, il bioinformatico è una professionalità che sta acquisendo progressivamente importanza nelle applicazioni, per il momento classificate come avanzate, della diagnostica di laboratorio; visto che questa figura sarà sempre più richiesta in futuro, è opportuno che il percorso formativo del bioinformatico sia definito secondo standard predefiniti, in base al ruolo che si intende far assumere a questa figura emergente nel panorama delle nuove professionalità sanitarie, al fine di garantire che il Sistema Sanitario Nazionale possa cogliere a pieno i benefici e possa essere in posizione trainante nella rivoluzione della medicina personalizzata fondata sui *big data*.



L'Anaao Abruzzo dona il numero verde al Centro Antiviolenza La Fenice

Sono state oltre cento le adesioni per la cena in favore del Centro Antiviolenza "La Fenice" di Teramo che ha consentito di donare alla struttura un numero verde dedicato

Un'iniziativa promossa dalle donne dell'Anaao Abruzzo - in collaborazione con La Fenice e la Commissione Pari Opportunità della Provincia di Teramo e alla quale hanno partecipato tra gli altri anche il sindaco di Teramo Gianguido D'Alberto e il vice prefetto Roberta Di Silvestro - che ha riscosso un successo notevole tra i rappresentanti dell'organizzazione, ma anche tra amministratori e cittadini.

"Abbiamo ottenuto un numero di adesioni inaspettato - commenta Gabriella Marini, segretario aziendale di Teramo per l'Anaao Abruzzo - anche da parte di chi non ha potuto partecipare alla cena. Per dare la possibilità a tutti di offrire il proprio contributo all'iniziativa, terremo aperta la raccolta delle adesioni anche questa settimana. Ringrazio di cuore tutte le colleghe e i colle-

ghi e tutti i partecipanti, è stata un'emozione poter offrire questo sostegno a una struttura che aiuta le donne in difficoltà".

"Una bellissima serata di solidarietà - aggiunge il segretario regionale dell'Anaao, Alessandro Grimaldi - e la dimostrazione di un grande salto di qualità del nostro sindacato che vede sempre più protagoniste le donne. L'Anaao peraltro è da sempre impegnata nella difesa del diritto alla salute delle fasce più deboli della popolazione attraverso la difesa del sistema sanitario nazionale".

La cena è stata preceduta da un incontro, condotto dalla Presidente della Cpo di Teramo Tania Bonnici Castelli, in cui l'Anaao ha premiato le proprie iscritte impegnate in attività e percorsi assistenziali in favore delle donne.

Questa la rosa delle premiate: Maria Assunta Ceccagnoli, Presidente del comitato unico di garanzia per le pari opportunità dell'Asl di Pescara e attualmente anche presidente dell'Ordine dei medici di Pescara; Maria Teresa Scognamiglio, oncologa all'ospedale di Or-

tona; Giovanna Micolucci, direttore sanitario dell'ospedale San Salvatore dell'Aquila che - insieme a Simonetta Santini Direttore sanitario dell'Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Sandra Di Fabio Direttore del reparto di neonatologia dell'Aquila e Rita Tennina, biologa al San Salvatore - ha promosso nello stesso presidio il "Percorso rosa" e iniziative in favore delle donne.

E ancora è stato premiato il gruppo di Teramo di cui fanno parte Anna Marcozzi Primario di Ginecologia, Flavia Di Giangiacomo, responsabile facente funzione del Pronto soccorso e le dottoresse Carmela Di Sante del Pronto Soccorso, Marisa Zaccagnini Pediatria, Gabriella Rapini Responsabile unità operativa semplice di Psichiatria, Chiara Caucci Neuropsichiatria infantile, che ha attivato il "Codice rosa" in ambito emergenziale sotto la direzione della dottoressa Rita Rossi, attualmente Direttore sanitario in un'altra Asl.

Infine sono state premiate: Gabriella Lucidi Pressanti, Primario del servizio trasfusionale a Teramo, e Gina Quaglione, Responsabile unità operativa semplice di Anatomia patologica a Teramo.

All'incontro hanno partecipato, per la Provincia, la consigliera delegata alle Pari Opportunità Ambra Foracappa, la responsabile del servizio Annapaola Di Dalmazio, e le operatrici del Centro Antiviolenza La Fenice. Presente anche la presidente della Cpo di Giulianova Marilena Andreani.

Specializzandi. La Cassazione dirime i dubbi

Con una serie di sentenze (dalla n. 1062 alla n. 1066), la terza sezione della Corte di Cassazione dirime i numerosi dubbi sugli “specializzandi”.



Cassazione Civile
Sentenze emesse il 17 gennaio 2019
(da n. 1062 a 1066)
Sezione III

Il testo della sentenza è pubblicata su www.anaao.it

Come noto, la (allora) Comunità Europea nel 1975 volle dettare norme uniformi per “agevolare l’esercizio effettivo del diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi di medico”, e lo fece con due direttive: la direttiva 75/362/Cee e la direttiva 75/363/Cee del 16 maggio. Con la prima direttiva veniva sancito l’obbligo per gli Stati membri di riconoscere l’efficacia giuridica dei diplomi rilasciati dagli altri Stati membri per l’esercizio della professione di medico; la seconda dettò i requisiti minimi necessari affinché il suddetto riconoscimento potesse avvenire; tra i requisiti si annoveravano la durata minima del corso di laurea e la frequentazione a tempo pieno di una “formazione specializzata”. Entrambe le direttive furono modificate nel 1982 dalla Direttiva 82/76/Cee del Consiglio. Quest’ultima in un allegato conteneva le “caratteristiche della formazione a tempo pieno (...) dei medici specialisti”; nello stesso allegato viene sancito il principio per cui la formazione professionale “forma oggetto di una adeguata remunerazione”. La direttiva 82/76/Cee venne approvata dal Consiglio il 26.1.1982 e notificata agli Stati membri 29.1.1982. In base al dettato della Direttiva

gli Stati membri avrebbero dovuto conformarsi “entro e non oltre il 31 dicembre 1982”. Pertanto:

- A. l’ordinamento comunitario** attribuì ai medici specializzandi il diritto alla retribuzione a far data dal 29.1.1982;
- B. gli stati membri** avevano tempo sino al 31.12.1982 dello stesso anno per dare attuazione al precetto comunitario;
- C. ne consegue** che “qualsiasi formazione a tempo pieno come medico specialista iniziata nel corso dell’anno 1982 deve essere oggetto di una remunerazione adeguata”, così come stabilito dalla Corte di giustizia dell’Unione Europea, con sentenza 24 gennaio 2018, in causa C-616/16, Presidenza del Consiglio c. Pantuso. La stessa sentenza ha precisato che, per coloro che hanno iniziato i corsi di specializzazione durante l’anno 1982, la remunerazione adeguata deve essere corrisposta per il periodo di formazione a partire dal 1° gennaio 1983 fino alla conclusione, dal momento che prima di tale data gli Stati membri avevano la facoltà di dare o non dare attuazione alla direttiva. La Corte ha distinto tre categorie di specializzandi: la prima comprensiva degli specializzandi che hanno iniziato la specializzazione prima del 29 gennaio 1982 (data di entrata in vigore della direttiva 82 del 1976) i quali non hanno diritto ad alcuna remunerazione; la seconda, comprensiva degli specializzandi che hanno iniziato la specializzazione nel corso dell’anno 1982, i quali hanno diritto alla remunerazione a partire dal 1 gennaio 1983; la terza comprensiva degli specializzandi che hanno iniziato la specializzazione dopo il 1 gennaio 1983, i quali hanno diritto alla remunerazione per l’intera durata del ricorso.

Tra l’altro la giurisprudenza prevalente ritiene che l’indennizzo debba essere riconosciuto soltanto ai medici che abbiano frequentato uno dei corsi elencati negli articoli 5 e 7 della direttiva 75/362/CEE. L’elencazione è tassativa. In particolare l’articolo 5 elenca le specializzazioni comuni a più di due Stati membri e il successivo articolo 7 della stessa Direttiva stabilisce l’equipollenza in almeno due Stati membri tra le ulteriori specializzazioni. Nell’ordinanza 1064 del 2019, viene ribadito che né la chirurgia d’urgenza e di pronto soccorso, né la medicina dello sport, né la medicina legale e delle assicurazioni, né la c.d. “superspecializzazione” in pediatria compaiono formalmente nell’elenco di cui agli artt. 5 e 7 della c.d. Direttiva “Riconoscimento”, ovvero la Direttiva 362/75/Cee, né negli artt. 4 e 5 della Direttiva 75/363/Cee: ecco perché la Corte di Appello ha negato l’indennizzo ai ricorrenti che si erano specializzati in queste materie.

Nulla di nuovo sul fronte prescrizione. Le sentenze citate ribadiscono il consolidato orientamento giurisprudenziale in base al quale l’azione risarcitoria è riconducibile allo schema della responsabilità per inadempimento contrattuale e, come tale, soggetta all’ordinario termine decennale di prescrizione, il quale deve considerarsi iniziato a decorrere dal 27 ottobre 1999 ovvero dalla data di entrata in vigore della legge 19 ottobre 1999, n. 370, con la quale si è riconosciuto il diritto ad una borsa di studio unicamente in favore dei medici specializzandi ammessi alle scuole negli anni 1983-1991 e destinatari delle sentenze passate in giudicato del Tribunale amministrativo regionale del Lazio. Come più volte ribadito, entro il 27 ottobre 2009 il medico che rivendica il diritto al risarcimento per tardiva trasposizione della normativa europea da parte dello Stato, avrebbe dovuto compiere un atto interruttivo della prescrizione, con una lettera di diffida o richiesta stragiudiziale dei danni alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e/o ai ministeri competenti, oppure con l’introduzione di un giudizio ordinario.

Servizi Anaaao Assomed

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



06 4245741
lunedì mercoledì venerdì



spedisci il tuo quesito a
servizi@anaao.it

Behuman



I SERVIZI DELLA TUA ASSOCIAZIONE

POLIZZA RC COLPA GRAVE

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

PRONTO AVVOCATO?

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

POLIZZA TUTELA LEGALE

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

FORMAZIONE

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

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