

# d!

## d!rigenza medica

- 4 **Studio Anaa Assomed**  
L'andamento del personale dirigente del SSN e la spesa
- 10 **Anaa Giovani**  
Essere specializzandi nel 2019
- 12 **Dirigenza Sanitaria**  
Filo diretto con gli iscritti

Il mensile dell'Anaa Assomed



Intervista al Segretario Nazionale  
**Carlo Palermo**

# MEDICI IN PENSIONE A 70 ANNI?

# UNA PROPOSTA SCIAGURATA

**Bocciatura assoluta  
sulle autonomie:**  
"È arrivato il momento  
di ri-centralizzare la sanità"

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. 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 ottobre 2019

## 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.

## Intervista al Segretario Nazionale **Carlo Palermo**

# MMO



### al pensionamento a 70 anni, alla deroga agli orari di lavoro, agli incarichi libero professionali e all'assunzione neo laureati

Intervista di  
Luciano Fassari

**Segretario, che idea si è fatto delle proposte delle Regioni per risolvere il problema delle carenze di personale?**

Siamo veramente felici che finalmente ci sia un'iniziativa in tal senso e che alcune delle nostre proposte abbiano avuto ascolto, ma non è tutto oro ciò che luccica.

**Partiamo da ciò che vi piace...**

Va bene lo sblocco dei concorsi superando i limiti posti nel DL "Calabria", la revisione della durata delle graduatorie e la possibilità di assumere gli specializzandi del 4° e 5° anno. Tutto ciò è estremamente positivo. Siamo d'accordo ovviamente sulla revisione dei tetti di spesa per il personale anche se non vorremmo che si privilegiassero le solite Regioni. Dobbiamo guardare prima alle Regioni che hanno subito il piano di rientro, quelle in realtà più in sofferenza. Ormai è chiaro che certe linee di intervento puramente economiche, o meglio economicistiche, hanno prodotto un disastro dal punto della erogazione dei servizi sanitari. Le Regioni in piano di rientro sono quelle che occupano le posizioni di coda nella graduatoria LEA.

**Quindi basterebbe questo a risolvere la carenza di specialisti?**

Sostanzialmente sì, assumendo nei prossimi anni gli specializzati precari (da 10 a 15.000 attualmente) e gli specializzandi al 4° e 5° anno (circa 9.000 medici) abbiamo una platea abbastanza ampia e tale da colmare le carenze attuali (da 8000 a 10 mila specialisti). Teniamo conto che assumendo a tempo determina-

Ma il leader sindacale affronta anche il tema del Patto per la Salute: "Buone proposte come l'abolizione del superticket ma il nodo vero sarà il finanziamento".

**Bocciatura assoluta sulle autonomie:**

**"È arrivato il momento di ri-centralizzare la sanità"**



to gli specializzandi (sia chiaro con il nostro contratto) innescheremmo un meccanismo virtuoso liberando risorse per aumentare dal 2020 i contratti di formazione a 12-13 mila per alcuni anni. Questo consentirebbe di tamponare il gran numero di pensionamenti dei prossimi anni visto che la gobba dei pensionamenti per i medici dipendenti incomincerà a deflettere solo dal 2026.

**Ma il documento contiene anche molte altre proposte. Non vi piacciono?**

Il punto è proprio questo, nel documento delle Regioni ci sono cose che non stanno né in cielo né in terra.

**Qualche esempio?**

Perché per esempio assumere i neo laureati? Farebbe solo aumentare il rischio clinico abbassando la qualità delle prestazioni sanitarie e la sicurezza delle cure. Non ne abbiamo bisogno, come non c'è necessità di conferire incarichi libero professionali. Le équipe crescono e migliorano le loro performance solo se possono contare su rapporti di lavoro stabile.

**L'idea di far restare i medici fino a 70 anni?**

Abbiamo già la popolazione ospedaliera più vecchia del mondo e poi già oggi si può rimanere in servizio se non si è raggiunto il massimo contributivo. Pensare che questa sia la so-

luzione, francamente mi fa cadere le braccia e vuol dire che ci stanno guidando persone che non conoscono il nostro mondo.

**Altro tema la deroga all'orario di lavoro...**

Una proposta sciagurata. Consiglierei ai Presidenti di Regione di farsi spiegare dai loro tecnici cosa c'è scritto nel nostro contratto, dov'è già prevista un certo grado di flessibilizzazione nell'organizzazione del lavoro. Nella proposta vedo però il rischio di voler barattare la flessibilità con i riposi, un aspetto pericoloso perché si inciderebbe ancora una volta sulla sicurezza delle cure. Mi dica, preferirebbe farsi operare da un chirurgo stanco o da uno fresco e riposato?

**La risposta mi pare ovvia. Ma che mi dice invece della proposta di incrementare le risorse per il personale?**

È chiaro che siamo favorevoli a tutte le proposte che vanno nella direzione di ristorare il disagio, ma ci sono anche altre iniziative più strutturali che si possono mettere in campo.

**Quali?**

Penso alla possibilità di utilizzare la Ria per incrementare i fondi contrattuali a disposizione nella trattativa decentrata. E poi c'è la necessità di chiudere entro i tempi stabiliti il nuovo contratto. Lo scorso era datato 2016-2018 ed entrerà a regime dal 2020, il nuovo va chiuso entro il 2021. Ma soprattutto quello che ritengo veramente importante è la revisione dell'indennità per l'esclusività di rapporto. In circa 20 anni ha perso il 40% del suo valore economico. E in questo senso, le Regioni che oggi si lamentano (Veneto in testa) del fatto che i medici preferiscono andare a lavorare all'estero dovrebbero interrogarsi sulle loro responsabilità, visto che gli stipendi dei Paesi europei a noi vicini sono il doppio dei nostri. Ecco, se vogliamo salvare il Ssn bisognerà rendere attrattivo il lavoro pubblico anche dal punto di vista economico.

**E per quanto riguarda invece la formazione post laurea?**

Sono anni, come sa, che se ne discute. Noi siamo d'accordo sulla formazione-lavoro, sui teaching hospital e sul contestuale allargamento della rete formativa. Ma diciamo no ad una formazione regionalizzata che inevitabilmente produce squilibri e disuguaglianze.

**Oltre alle proposte regionali sulla carenza di personale in questi giorni il Ministero della Salute ha inviato alle Regioni una nuova cornice del Patto per la Salute. Che idea si è fatto?**

Penso siano buone proposte come per esempio l'abolizione del superticket. Ma è chiaro che il punto essenziale è il finanziamento. Se si continua col "miliarduccio" in più ogni anno non si va da nessuna parte, anche perché è una cifra che è sotto l'inflazione media e già oggi abbiamo un finanziamento del 30-40% inferiore rispetto ai nostri principali partner europei.

**Nel Patto si confermano i 3,5 mld in più per il 2020-2021. Bastano?**

È il minimo. La proposta davvero efficace sarebbe la "Quota 10" proposta dal segretario del Pd, Nicola Zingaretti, ovvero 10 mld per i prossimi tre anni. Servono risorse per il personale, per il rinnovo delle tecnologie e per gli interventi strutturali negli ospedali.

**Che idea si è fatto del nuovo Ministro della Salute?**

Su Speranza la prima impressione è positiva. Credo che farà un'accanita difesa del Ssn e credo che certamente porrà paletti al regionalismo. Lui ha sempre posto il problema delle disuguaglianze. Ecco, in questo senso credo sia arrivato il momento di ri-centralizzare le politiche sanitarie. Occorre ridare alla sanità un'ottica nazionale, perché il federalismo spinto fa male.



# STUDIO ANAAO ASSOMED

## Analizzare l'andamento del personale dirigente del SSN ed evidenziarne la spesa corrispondente

Nel 2019 l'Italia ha investito nella sanità 114,4 miliardi di spesa pubblica, ovvero all'incirca 2.551 € per abitante, un valore tra i più modesti in Europa: Inghilterra (3.045 € per abitante), Francia (3.572) e Germania (4.160).

### Introduzione

Nel contesto della sanità internazionale l'Italia si trova penalizzata dal fatto di avere meno risorse disponibili. Nonostante ciò, si colloca al quarto posto a livello mondiale per speranza di vita e tra i primi al mondo per i risultati in termini di efficacia ed efficienza. L'Italia, paese tra i più vecchi del mondo e con il tasso di natalità più basso, necessita di rivalutare la prospettiva sanitaria, ricollocandola al centro delle agende politiche aumentandone le risorse (*Grafico 1*).

A causa della crisi economica del 2009, il contenimento del finanziamento a favore del SSN ha interessato diversi ambiti, tra cui la spesa per il personale, negli anni limitata dall'introduzione di vincoli di bilancio: la Legge Finanziaria per il 2010 prevedeva che la spesa massima per il personale dovesse corrispondere a quella del 2004 ridotta dell'1.4% (percentuale poi ridotta a 1.3% con la Legge di Bilancio relativa al 2018). Ora il decreto legge 35/2019 (c.d. Decreto Calabria), come convertito dalla Legge 60/2019, statuisce che, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale non possa superare quella del 2018, potendo aumentare solo del 5% del totale incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

Il nostro lavoro si propone di analizzare l'andamento del personale dirigente del SSN, medico e non medico, nazionale e regionale, e, parallelamente, di evidenziarne la spesa corrispondente.

### A cura di

**CARLO PALERMO**  
Segretario Nazionale Anaa  
Assomed

**GIORGIO CAVALLERO**  
Vice Segretario Nazionale  
Vicario Anaa Assomed

**SARA DEL GENIO**  
CdLM Scienze delle  
professioni sanitarie tecnico  
diagnostiche - Università  
degli studi di Padova

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

**DOMENICO MONTEMURRO**  
Medico esperto di  
programmazione sanitaria

**CHIARA RIVETTI**  
Segretario Regionale Anaa  
Assomed Piemonte

**FRANCESCA SCOTTON**  
Medico in formazione  
specialistica in Igiene e sanità  
pubblica - Università degli  
studi di Padova

**Grafico 1.** Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.1 2 <http://dx.doi.org/10.1787/888933835345>



### Materiali e metodi

I grafici e le tabelle sono riferiti ai dati presenti nel Conto Annuale del Tesoro (CAT). Sono stati considerati i dirigenti medici e i dirigenti sanitari non medici (escludendo i dirigenti delle professioni sanitarie), con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e subordinati all'art.15-septies del D.lgs. 502/92 e smi. L'analisi è stata svolta dall'anno 2004 all'anno 2017 (ultimi dati disponibili) con l'obiettivo di definire l'andamento dell'occupazione e quello della spesa per il personale.

Per il calcolo del numero dei dirigenti medici ogni 100.000 abitanti, sono state considerate le tavole ISTAT della popolazione residente nelle singole regioni dal 2004 al 2017.

Per la stima del deficit di medici specialisti al 2025, valutato per Regione, sono stati utilizzati i dati ottenuti dal precedente studio ANAAO "La programmazione del fabbisogno del personale medico, proiezioni per il periodo 2018-2025: curve di pensionamento e fabbisogni specialistici" (Quotidiano Sanità, 2019).

### Risultati

Nel periodo 2004-2017 i dirigenti medici hanno subito una contrazione di 3.920 unità, passando da 109.474 a 105.554. Possiamo suddividere il periodo in tre momenti:

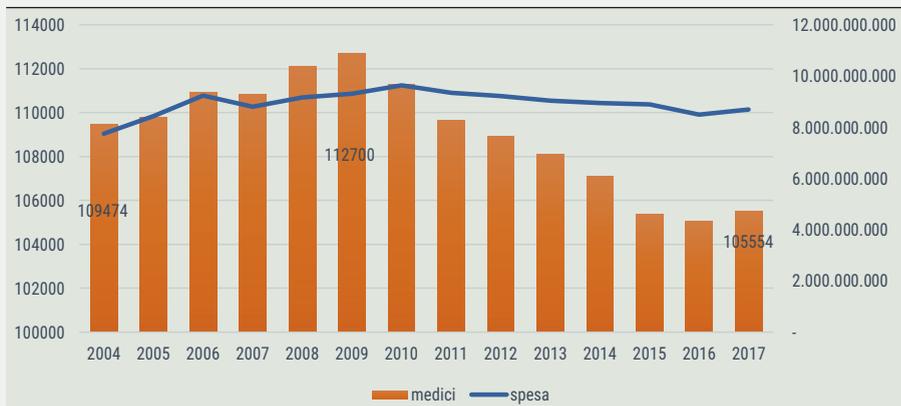
- 1 una prima fase, dal 2004 al 2009, caratterizzata da un progressivo incremento di 3226 unità (+ 3%);
- 2 una seconda fase, dal 2009 al 2016, con un continuo calo del personale dirigente medico pari a -7606 unità (- 6.75%);
- 3 una terza fase, limitata al 2017, dove si riscontra un aumento di 460 unità rispetto al 2016 (+ 0.44%).

In parallelo, la spesa per il personale negli anni 2004-2017, influenzata dalla fluttuazione delle unità di dirigenti medici e dagli aumenti contrattuali del 2004/05-2006/07-2008/09, è passata

da 7.759.208.144 di € nel 2004 a 8.686.033.736 nel 2017, con un aumento di 926.825.322 di € (Grafico 2; Tabella 1). Nel dettaglio la spesa presenta il seguente andamento:

- dal 2004 è progressivamente aumentata raggiungendo un picco nel 2010, anno cui risale l'ultimo rinnovo contrattuale (+1.874.277.477 €; +24.16%);
- da segnalare la deflessione temporanea nel 2007 del 4.5% rispetto all'anno precedente (-422.231.035 €);
- dal 2010 al 2016 ha, però, subito un calo di -1.141.478.934 € (-2.07% annuo) per poi aumentare nuovamente nel 2017 (+194.026.779; +2.28%). Negli anni 2011-2014, in molte regioni d'Italia la applicazione della Legge 122 del 2010 (Governo Berlusconi) ha determinato un ulteriore taglio dei fondi contrattuali, in molti casi *ultra legis* come dimostrano recenti sentenze della magistratura in Piemonte.

**Grafico 2.** Andamento del personale medico e della spesa in Italia dal 2004 al 2017



**Tabella 1.** Spesa dirigenti medici in Italia 2004-2017

Anno	Spesa dirigenti medici (€)
2004	7.759.208.144
2005	8.445.600.900
2006	9.232.164.776
2007	8.809.933.741
2008	9.165.112.876
2009	9.315.221.744
2010	9.633.485.891
2011	9.356.339.249
2012	9.224.960.838
2013	9.046.339.488
2014	8.955.301.984
2015	8.902.245.953
2016	8.492.006.957
2017	8.686.033.736

Per tutte le Regioni d'Italia, cristallizzare la spesa per il personale al 2018, come previsto dal DL Calabria, appare svantaggioso, poiché gli anni di massima spesa non sono gli anni più recenti (2017 e quindi, verosimilmente, 2018) ma, quasi ovunque, quelli relativi al periodo 2009-2011 (Tabella 2).

Se raffrontiamo la spesa per la dirigenza medica del 2017 con il corrispettivo anno di massima spesa (Tabella 2), si evidenzia un diffuso e marcato risparmio di ciascuna Regione sulla spesa relativa al personale medico. Tale dato risulta, eccetto che in due regioni, anche dalla valutazione della spesa pro-capite, dato non influenzato dalle oscillazioni temporali degli organici medici (Tabella 3).

Mediamente in Italia, dal 2010 al 2017, la spesa per singolo medico dipendente si è ridotta del 6,2%. Colpisce, e meriterebbe un approfondimento sulla costruzione dei fondi contrattuali, il basso valore della retribuzione media pro capite in Umbria, Marche e Toscana rispetto alla media nazionale, avvenuta in un contesto di lieve incremento delle dotazioni organiche (Umbria e Toscana) o di lieve flessione (Marche). Sempre rispetto al 2010, la spesa complessiva è calata di ben 947.320.627 €, con le maggiori contrazioni, rispetto all'anno di maggiore spesa, registrate in Campania (-185 mln), nel Lazio (-140 mln), in Sicilia (-121 mln) e in Emilia Romagna (-93 mln), pur non essendo quest'ultima sottoposta a piano di rientro.

Analizzando la variazione percentuale delle unità di dirigenti medici nel periodo 2009-2017 si individuano comportamenti diversi tra le Regioni:

- Molise, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia presentano una deflessione significativa del personale, dal 14,1 al 36%, legata alle politiche dei piani di rientro. Solo la Liguria, tra le Regioni non investite dai piani di rientro, presenta una contrazione superiore a quella media nazionale (-11,1% vs -6,3%), segno di scelte politiche sul personale particolarmente restrittive.

- Al contrario Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta ed Umbria presentano un incremento del personale rispettivamente pari al 10,5%, 4,0% e 3,5%.
- Altre regioni invece, come il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna, la Lombardia, la Toscana e il Veneto presentano un andamento pressoché stabile (Grafico 3).

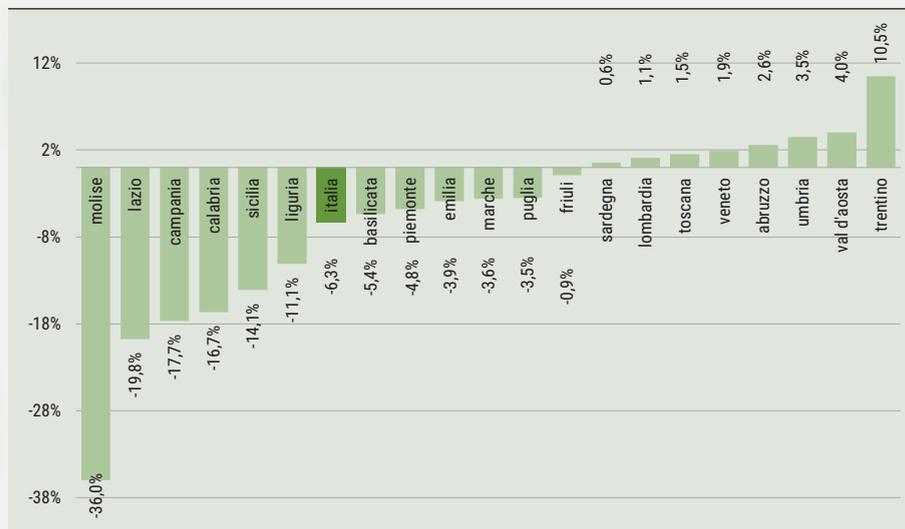
**Tabella 2. Spesa totale dirigenti medici regionale**

Regione	ANNO DI MASSIMA SPESA (€)	2017 (€)	DELTA (€)
ABRUZZO	217.823.515 (2005)	211.649.997	- 6.173.518
VAL D'AOSTA	29.917.819 (2012)	25.827.514	- 4.090.305
TRENTINO	233.200.908 (2017)	233.200.908	0
FRIULI	211.925.752 (2012)	202.179.628	- 9.746.124
VENETO	671.037.245 (2010)	661.884.907	- 9.152.338
LOMBARDIA	1.231.854.117 (2016)	1.170.833.485	- 61.020.632
LIGURIA	330.002.449 (2010)	282.905.478	- 47.096.971
PIEMONTE	779.515.512 (2010)	714.949.324	- 64.566.188
TOSCANA	645.491.307 (2010)	622.556.444	- 22.934.863
EMILIA	762.492.857 (2013)	668.554.471	- 93.938.386
MARCHE	261.664.620 (2010)	215.499.767	- 46.164.853
UMBRIA	184.160.140 (2012)	150.877.233	- 33.282.907
MOLISE	64.931.676 (2006)	39.269.709	- 25.661.967
LAZIO	817.419.714 (2011)	677.364.851	- 140.054.863
CAMPANIA	967.458.217 (2009)	782.397.604	- 185.060.613
PUGLIA	578.529.624 (2010)	516.655.185	- 61.874.439
BASILICATA	104.033.763 (2008)	98.534.512	- 5.499.251
CALABRIA	384.135.933 (2006)	322.992.361	- 61.143.572
SICILIA	871.984.509 (2010)	750.632.446	- 121.352.063
SARDEGNA	338.128.601 (2010)	337.399.440	- 729.161
ITALIA	<b>9.633.485.891 (2010)</b>	<b>8.686.165.264</b>	<b>- 947.320.627</b>

**Tabella 3. Spesa regionale per dirigente medico**

Regione	SPESA PROCAPITE (€) anno di massima spesa	SPESA PROCAPITE (€) anno 2017	DELTA % al 2017
ABRUZZO	76.969	78.651	+ 2% (dal 2005)
VAL D'AOSTA	87.223	83.046	- 4,8% (dal 2012)
TRENTINO	123.665	116.367	- 5,9% (dal 2009)
FRIULI	80.580	77.552	- 3,8% (dal 2012)
VENETO	85.059	81.916	- 3,7% (dal 2010)
LOMBARDIA	86.397	80.769	- 6,5% (dal 2016)
LIGURIA	82.521	78.497	- 4,9% (dal 2010)
PIEMONTE	87.018	84.679	- 2,7% (dal 2010)
TOSCANA	78.071	75.178	- 3,7% (dal 2010)
EMILIA	88.765	80.968	- 8,8% (dal 2013)
MARCHE	83.545	72.049	- 13,8% (dal 2010)
UMBRIA	94.830	76.354	- 19,5% (dal 2012)
MOLISE	91.582	92.182	+0,65% (dal 2006)
LAZIO	92.983	88.730	- 4,6% (dal 2011)
CAMPANIA	88.014	86.452	- 1,8% (dal 2009)
PUGLIA	83.530	77.680	- 7% (dal 2010)
BASILICATA	87.203	84.651	- 2,9% (dal 2008)
CALABRIA	87.822	86.108	- 2% (dal 2006)
SICILIA	87.839	84.095	- 4,2% (dal 2010)
SARDEGNA	81.792	80.123	- 2% (dal 2010)
ITALIA	<b>87.770</b>	<b>82.291</b>	<b>- 6,2% (dal 2010)</b>

**Grafico 3. Variazione percentuale del personale medico suddiviso per Regione nel periodo 2009-2017**



Il calo del personale medico è stato costante dal 2009 al 2014 (-0.66%; -930 unità/anno), per subire una brusca accelerazione nel triennio 2014-2016 (-1.89%; -2.027 unità). In particolare:

- la maggior parte delle Regioni, ma soprattutto il Molise, la Valle d'Aosta e la Sicilia, presentano un saldo negativo (-14.45%; -8.64%; -6.83%);
- un aumento considerevole si riscontra solamente per il Trentino Alto Adige (+5.19%) (Grafico 4).

La media dei dirigenti medici ogni 100.000 abitanti nel 2017 è 190,95 unità, rispetto alla quale la Sardegna, la Valle d'Aosta e la Liguria si collocano ben al di sopra, al contrario di Lazio, Molise e Lombardia (Grafico 5). Su questi dati incidono, ovviamente, sia le politiche di blocco del turnover che la diffusione della sanità privata nelle singole Regioni e la dispersione della rete ospedaliera. Da segnalare il comportamento del Veneto che presenta un tasso di medici ospedalieri (165) nettamente inferiore a quello dell'Emilia Romagna (186) o del Piemonte (192) pur non avendo una diffusione sostanzialmente diversa della sanità privata e non avendo subito un piano di rientro. Una politica di scarsa attenzione ai fabbisogni di personale che oggi il Veneto paga pesantemente con la fuga dei propri medici verso il privato o verso l'estero e la assenza di candidati nei concorsi.

La variazione del personale medico è maggiormente significativa considerando il numero di medici ogni 100.000 abitanti dal 2004 al 2017: la Sardegna aumenta di 25 unità/100.000 abitanti, mentre il Molise e il Lazio perdono rispettivamente 79 e 67 unità. La proiezione al 2025 del numero di medici/100.000 abitanti evidenzia come nessuna Regione sia in grado di soddisfare i bisogni previsti, ad eccezione del Lazio, a causa dell'esodo pensionistico atteso per i prossimi anni (Grafico 6).

Nella maggior parte degli Stati Europei, gli ospedali impiegano più della metà del totale di medici attivi (Fonte Eurostat, 2016). Il numero di dirigenti medici ospedalieri per 100.000 abitanti in Italia si colloca nella media (Grafico 7). Ma nel 2025 considerando la possibile perdita di 17.000 specialisti rispetto ai valori del 2017 (studio Anaa), i valori crollano a 166/100.000, collocando l'Italia al di sotto di Ungheria e Repubblica Ceca e allo stesso livello della Slovacchia.

**Grafico 4.**  
Variazione percentuale del personale medico suddiviso per Regione nel periodo 2014-2016



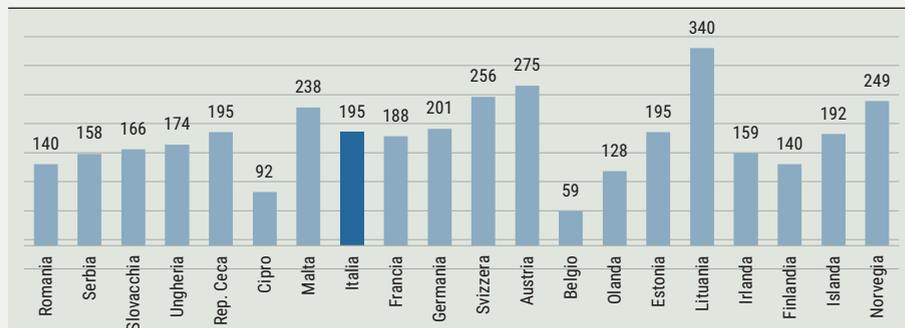
**Grafico 5.**  
Numero di dirigenti medici/100.000 abitanti nel 2017



**Grafico 6.**  
Variazione del numero di dirigenti medici/100.000 abitanti 2004-2017 e 2017-2025



**Grafico 7.**  
Numero medici ospedalieri ogni 100.000 abitanti; Eurostat 2016.



La *tabella 4* mostra il personale dirigente medico suddiviso per Regione, considerando la differenza di occupazione tra il 2017 e l'anno di maggiore occupazione, a partire dal 2004: Regioni come Veneto, Umbria, Lombardia, Trentino, presentano nel 2017 un numero di medici maggiore rispetto agli anni considerati, ma comunque insufficiente rispetto alla necessità di medici prevista per il 2025, secondo il confronto tra i flussi pensionistici nel SSN (2018/2025) con le capacità formative post laurea. Altre Regioni come Campania, Sicilia e Calabria presentano nel 2017, a causa dei piani di rientro, un'importante deflessione del numero di dirigenti medici rispetto agli anni precedenti, e, di conseguenza, in aggiunta alla programmazione fallimentare, presenteranno una notevole carenza di medici nel 2025. Il Molise ha il primato del taglio più pesante di personale medico negli anni, con ben 41% in meno dal 2005, seguito dal Lazio che, allo stato attuale, presenta una riduzione di 2.625 unità rispetto al 2006 (-25%).

Nel periodo 2004-2017 i dirigenti sanitari non medici calano da 15.077 a 12.955 subendo una contrazione di 2.122 unità (-14,1%). Nel 2017, mentre i dirigenti medici presentano un lieve incremento (+460 unità) i dirigenti sanitari non medici continuano a calare (-213 unità).

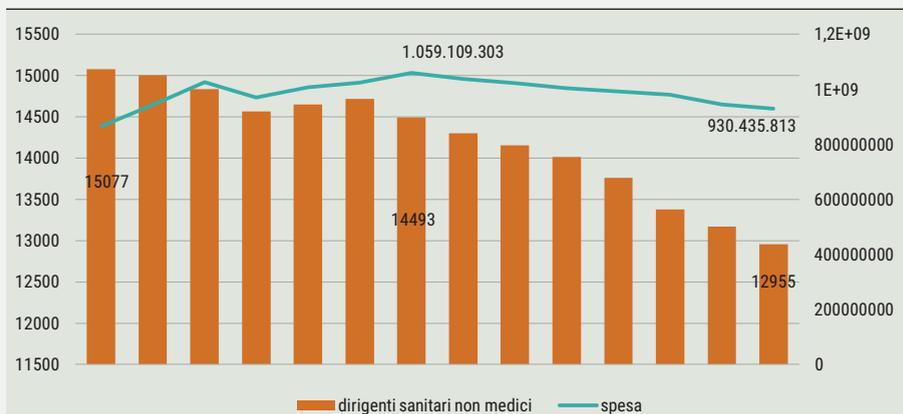
La spesa negli anni 2004-2017, nonostante il calo progressivo di unità, è passata da 865.462.899 di € nel 2004 a 930.435.813 nel 2017, con un aumento di 64.972.914 di € (*Grafico 8; Tabella 5*). Nel dettaglio la spesa presenta il seguente andamento:

- dal 2004 è progressivamente aumentata raggiungendo un picco nel 2010, pari a +193.646.404 di € (+22,37%);
- da segnalare la deflessione temporanea nel 2007 del rispetto l'anno precedente (-56.513.131; -5,51%);
- dal 2010, anno di massima spesa, al 2017 ha subito un calo di -128.673.490 di € (-14,83% annuo).

**Tabella 4.**  
Distribuzione del personale medico per regione al e nell'anno di massima occupazione, carenza di specialisti al 2017 e nel periodo 2018-2025

Regione	Anno di massima occupazione	2017	delta	delta %	Ammanco 2018-2025
ABRUZZO	2846 (2004)	2691	-155	-5,50%	-601
VAL D'AOSTA	359 (2014)	311	-48	-13,00%	-151
TRENTINO	1725 (2004)	2004	0	0,00%	-293
FRIULI	2646 (2012)	2607	-39	-1,50%	-311
VENETO	8080 (2017)	8080	0	0,00%	-501
LOMBARDIA	14496 (2017)	14496	0	0,00%	-1921
LIGURIA	4055 (2009)	3604	-451	-11,10%	-853
PIEMONTE	8958 (2010)	8443	-515	-5,75%	-2004
TOSCANA	8282 (2014)	8281	-1	-0,01%	-1793
EMILIA	8692 (2012)	8257	-435	-5,00%	-597
MARCHE	3132 (2010)	2991	-141	-4,50%	-937
UMBRIA	1976 (2017)	1976	0	0,00%	-424
MOLISE	722 (2005)	426	-296	-41,00%	-166
LAZIO	10259 (2006)	7634	-2625	-25,60%	+905
CAMPANIA	11282 (2007)	9050	-2232	-19,80%	-1090
PUGLIA	6926 (2010)	6651	-275	-4,00%	-1686
BASILICATA	1271 (2011)	1164	-107	-8,40%	-598
CALABRIA	4550 (2007)	3751	-799	-17,60%	-1410
SICILIA	11089 (2006)	8926	-2163	-19,50%	-2251
SARDEGNA	4318 (2016)	4211	-107	-2,50%	-1154
<b>ITALIA</b>	<b>112.700 (2009)</b>	<b>105.554</b>	<b>-7.146</b>	<b>-6,30%</b>	<b>-17.836</b>

**Grafico 8.**  
Andamento dei dirigenti sanitari non medici e della spesa in Italia dal 2004 al 2017



**Tabella 5.**  
Spesa dirigenti sanitari non medici in Italia 2004-2017

Anno	Spesa dirigenti sanitari non medici (€)
2004	865.462.899
2005	943.331.868
2006	1.026.041.884
2007	969.528.753
2008	1.007.312.173
2009	1.023.386.336
2010	1.059.109.303
2011	1.036.993.149
2012	1.023.088.875
2013	1.003.897.442
2014	992.335.128
2015	980.727.100
2016	944.790.900
2017	930.435.813



La Tabella 6 mostra il personale dirigente sanitario non medico suddiviso per Regione nel 2004 e nel 2017. Tutte le Regioni, ad eccezione del Trentino Alto Adige mostrano un delta negativo, mentre Abruzzo, Val d'Aosta, Emilia e Basilicata nel 2017 risultano in equilibrio.

**Tabella 6.**  
Distribuzione di dirigenti sanitari non medici per regione nel 2004 e nel 2017

DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	2004	2017	DELTA (2017-2004)
ABRUZZO	272	271	-1
VAL D'AOSTA	46	40	-6
TRENTINO	274	340	66
FVG	357	342	-15
VENETO	997	885	-112
LOMBARDIA	2083	1755	-328
LIGURIA	667	514	-153
PIEMONTE	1110	856	-254
TOSCANA	973	899	-74
EMILIA	1212	1210	-2
MARCHE	446	419	-27
UMBRIA	287	249	-38
MOLISE	97	53	-44
LAZIO	1534	1057	-477
CAMPANIA	1170	996	-174
PUGLIA	920	853	-67
BASILICATA	163	162	-1
CALABRIA	598	448	-150
SICILIA	1312	1121	-191
SARDEGNA	559	485	-74
ITALIA	15.077	12.955	-2.122

## Conclusioni

Sotto il profilo finanziario, il periodo che va dal 2010 e arriva ai giorni nostri è stato terribile per il SSN. A causa della crisi economica, il finanziamento è stato progressivamente ridotto. In due anni addirittura in termini assoluti rispetto all'anno precedente: 2013 con il Governo Monti e il 2015 con il Governo Renzi. Solo con il Governo Letta nel 2014 si è avuta una crescita superiore al tasso inflattivo medio (+ 2,9 mld: + 2,7% rispetto al 2013). Per il resto, il finanziamento è cresciuto di circa un miliardo all'anno, insufficiente a coprire anche il differenziale inflattivo con conseguente perdita di valore in termini reali del FSN.

La limitazione della spesa per il personale sanitario, introdotta con la Legge n. 296 del 2006 e ripresa dalla Legge Finanziaria per il 2010, associata alle politiche dei piani di rientro, rivelatesi di carattere prettamente economicistico, ha determinato nel 2017, come si deduce dai dati del CAT, una carenza nelle dotazioni organiche di circa 8 mila medici, 2 mila dirigenti sanitari e 36 mila infermieri. Regioni e Aziende per raggiungere l'equilibrio di bilancio hanno risparmiato tagliando sul persona-

le, un Bancomat che è stato feroce-mente sfruttato. E non si è trattato solo di turnover, ma anche di gravidanze o di assenze per malattie prolungate mai sostituite. Per questo le condizioni di lavoro nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, sono rapidamente degradate e l'accesso alle cure per i cittadini è diventato difficile, con il prolungamento delle liste d'attesa misurato in semestri se non in anni. Così, in particolare al Sud, sono progressivamente peggiorati gli indici di morbilità e mortalità della popolazione, costretta all'emigrazione sanitaria per soddisfare i propri bisogni di salute. Negli ospedali i piani di lavoro, i turni di guardia e di reperibilità sono oramai coperti con crescenti difficoltà e, una volta occupate le varie caselle, si incrociano le dita sperando che nessuno si ammali buttando all'aria il complicato puzzle che bisogna comporre ogni mese. Per gli operatori questo significa milioni di ore di straordinario non pagate, numero di turni notturni e festivi pro-capite in insopportabile crescita, fine setti-

**Segue a pagina 14**

# Risorsa per il futuro ed ancora di salvezza per il presente

**La figura del medico specializzando è da sempre controversa, data la condizione per sua natura peculiare: il medico in formazione specialistica riunisce in sé la figura del lavoratore e quella dello studente.**

È stato controverso per anni il loro trattamento giuridico/economico rispetto ai pari colleghi europei nell'allineamento alla legge 368 del '99, è stato ed è spesso tutt'ora controverso l'atteggiamento del medico cosiddetto "strutturato" (lo specialista che lavora negli Ospedali universitari) nella gestione, nell'affiancamento e nell'istruzione del collega in formazione. Lo specializzando sovente rappresenta la manovalanza nelle corsie, redige anamnesi, fa l'esame obiettivo, chiude cartelle ma quanta reale "formazione" fa? Il Settore Anaaio Giovani, che punta a rappresentare il futuro dirigenziale dell'Anaaio, il sindacato più rappresentativo dei medici ospedalieri in Italia, è ovviamente molto sensibile al-

le problematiche degli specializzandi che costituiscono il futuro di questa stessa categoria nel panorama della Sanità Italiana.

**La figura dello specializzando**, merita ad oggi, una nuova visione d'insieme, va contestualizzata in un panorama sanitario in continua evoluzione, in un mix di pubblico e privato, ma soprattutto merita di ricevere uno status adeguato alle proprie peculiarità.

Tanti sono gli aspetti che riguardano gli specializzandi e che ci vedono, come sindacato, in prima linea, come il rispetto della formazione, il profilo assicurativo, la partecipazione ai concorsi pubblici e tanto altro.

È importante a nostro parere, difatti, porre l'accento e riflettere sul fatto che la quantità di ore di lavoro dello specializzando si accompagni ad una altrettanto approfondita analisi delle necessità formative dello stesso e ciò risulta difficile poiché le ore che dedica alla formazione e quelle che dedica all'attività lavorativa, essendo le une e le

altre strettamente interconnesse, spesso sono poste in sovrapposizione. L'attuale panorama formativo in Italia è fortemente eterogeneo, a macchia di leopardo, e a realtà critiche si affiancano realtà virtuose. Più volte è stata segnalata, ad esempio, la necessità del rispetto delle normative europee in merito all'orario di lavoro, esplicitando l'urgenza di sincronizzare la durata della frequenza alla qualità formativa. Queste disparità non seguono un gradiente geografico, non sono direttamente collegate alla tipologia di scuola di specializzazione, e non devono essere analizzate riconducendole semplicisticamente alla natura universitaria o ospedaliera di organizzazione e gestione del percorso formativo.

**Per ciò che riguarda** l'aspetto assicurativo del lavoro dello specializzando nelle corsie, più volte l'Anaaio Giovani ha condotto, anche nelle ultime settimane, una campagna di sensibilizzazione nei confronti di questa figura professionale, in merito all'adesione dello stesso ad un contratto assicurativo per colpa grave, obbligatorio e non facoltativo. Molti colleghi specializzandi, a volte per mancanza di una corretta informazione, ritengono superflua la necessità di aderire ad una polizza assicurativa per colpa grave.

Si ricordano, invece, alcune sentenze della Cassazione, tra le quali una del febbraio 2012 in cui un medico strutturato e un medico specializzando sono stati

condannati per i danni arrecati ad un bimbo a seguito di una errata diagnosi. Nella sentenza veniva specificato, in riferimento al ruolo dello specializzando, che: *"La sua non è una mera presenza passiva né lo specializzando può essere considerato un mero esecutore d'ordini del tutore anche se non gode di piena autonomia; si tratta di un'autonomia che non può essere riconosciuta, trattandosi di persone che hanno conseguito la laurea in medicina e chirurgia. Tale autonomia, seppur vincolata, non può che ricondurre allo specializzando le attività da lui compiute; e se lo specializzando non è (o non si ritiene) in grado di compierle deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume le responsabilità"*. Pertanto sussiste la responsabilità professionale sia per i medici strutturati che per gli specializzandi.

**In un momento storico** critico della sanità pubblica in termini di carenza di personale medico, non può passare inosservata la spinta propositiva dell'Anaaio sulla possibilità di far partecipare ai concorsi pubblici anche gli specializzandi dell'ultimo anno, offrendo quindi una chance concreta all'inserimento nel tessuto ospedaliero e, con l'approvazione della norma nella legge di bilancio a fine 2018, ha contribuito al raggiungimento di tale traguardo; rimane, peraltro, vigile e collabora per ottimizzare e definire al meglio l'attuazione di tale norma.

**Sempre in funzione** della carenza di personale medico negli ospedali pubblici, ci siamo battuti e ci battiamo giornalmente per rivendicare la necessità di non abolire il numero chiuso in Medicina, il cui risultato porterebbe soltanto ad un ulteriore aumento dei *camici grigi* all'interno dell'imbuto formativo (ovvero tutti quei medici che ogni anno si laureano ma non trovano sbocco negli ospedali pubblici perché non riescono ad entrare nelle scuole di specializzazione, criterio necessario per poter esser assunti), ma abbiamo chiesto di modularne l'entità in base alle esigenze dettate da una programmazione nazionale; ma soprattutto ci battiamo per far aumentare le borse di specializzazione perché la partita della drammatica carenza di organico che si respira in tutte le corsie degli ospedali italiani si vince convincendo le Regioni, in primis, e lo Stato ad investire nella sanità pubblica, aumentando il numero di borse di specialità, la vera linfa vitale dell'organismo "sanità".

Ci siamo fatti avanti con proposte concrete per trovare una soluzione ad una corretta programmazione ospedaliera, come ad esempio la costruzione, tramite un mero calcolo matematico, attraverso un algoritmo, del fabbisogno di medici nel sistema sanitario nazionale, la formazione di teaching hospital con un contratto ad hoc di formazione medica abilitante a tempo determinato con finanziamento integrativo regionale, o l'introduzione della scelta di optare per la libera professione extramuraria per gli specializzandi, riducendo il loro compenso mensile di 200 euro.

**In conclusione**, come Anaaio Giovani, siamo molto vicini alle esigenze dello specializzando e ci facciamo carico delle problematiche a lui inerenti, poiché nella nostra visione il futuro deve essere già presente.



VINCENZO  
COSENTINI  
Responsabile  
Anaaio Giovani  
Veneto

**Essere  
specializzandi  
nel 2019  
Veneto**

# Il ruolo degli specializzandi: le esperienze di AG Piemonte

**Un giorno, durante una consulenza, uno specialista dirigente medico in un grande ospedale disse al suo specializzando: “se non ci fossero gli specializzandi, la situazione del reparto e, probabilmente dell'intero Ospedale, precipiterebbe in un caos non controllabile”. “Forse”, aggiunse scherzando, “Hard Brexit provocherebbe meno danni”. Nonostante questa citata sia solo un'innocua battuta, non si discosta tanto dalla realtà.**

**Nell'importante discussione** che sta animando il mondo sanitario italiano con l'entrata in vigore di Quota 100, con i problemi del ricambio generazionale e dell'imbutto formativo, vorremmo porre l'attenzione su un argomento non meno importante dei precedenti: il ruolo degli specializzandi.

**Se non ci fossero gli specializzandi** nei grandi ospedali universitari, cosa succederebbe? Sarebbe in grado il sistema di sostenere la domanda e l'offerta specialistica che viene ogni giorno fornita?

Come Anaaio Giovani Piemonte, ci siamo confrontati con l'esperienza del percorso di formazione intrapreso e abbiamo concluso che scrivere queste righe possa aiutare ad aprire un dibattito importante sulla qualità della formazione dei futuri specialisti.

Davvero attualmente l'attività del medico in formazione specialistica è *“esclusivamente finalizzata all'apprendimento delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali tutorate”*?

Purtroppo, nella realtà attuale, la maggior parte delle indicazioni scritte nel contratto di formazione specialistica sono disattese.

**Quello che scriviamo** non deve essere considerato dai colleghi “strutturati” come un lamento ma un invito a cercare di ricordare quando anche loro, giovani medici in formazione, lavoravano senza uno stipendio in strutture ospedaliere privi di qualsiasi supporto, senza orario e con grandi responsabilità. La frase che spesso abbiamo sentito di-

re “non lamentatevi che un tempo era peggio” oppure “le cose sono da sempre così ed è inutile preoccuparsene” ci provoca spesso un turbamento interiore difficilmente controllabile.

Le nostre esperienze universitarie, anche in ambito di rappresentanza studentesca, ci hanno permesso di venire a contatto con molti colleghi di specialità di tutta Italia, che si ritrovano anche loro nelle medesime condizioni: in una battaglia quotidiana tra il senso del dovere di andare avanti per i pazienti e l'idea che comunque, “si impara facendo e sbagliando”.

La formazione dello specializzando non dovrebbe essere improntata a risolvere le carenze del sistema sanitario italiano, sostituendo strutturati con specializzandi come avviene in molti reparti universitari.

**Il percorso di un giovane** medico che si appresta ad “imparare” il mestiere da chi è preposto a farlo dovrebbe essere improntato alla formazione delle capacità, con una progressiva autonomizzazione di competenze, non dovrebbe essere sfruttamento di “bassa manovalanza”.

Vediamo e sentiamo quotidianamente colleghi che dicono “lo strutturato sparisce lasciandomi il cordless per le emergenze durante la guardia” oppure “vissuto, decido la terapia, parlo con i pazienti e i parenti che neanche vedono lo specialista e, alla fine, metto la mia firma con il suo timbro perché così almeno mi tutelo”. Tutte le sentenze che coinvolgono medici in formazione non esimono lo specializzando da responsabilità giuridiche solo perché ha firmato per lo strutturato o perché ha aggiornato, successivamente all'atto medico deciso autonomamente, il suo responsabile. Il percorso di formazione non dovrebbe basarsi sulla speranza di fare il possibile, imparare autonomamente e cercare di evitare problemi legali trovando escamotage. Questo modo di agire e pensare di noi giovani specializzandi è errato e continua a portare a comportamenti che purtroppo si

tramandano con tradizione orale tra gli specializzandi, di anno in anno.

Se uno specializzando al quarto o quinto anno visita da solo, anche perché è in grado di farlo, allora meglio che sia assunto sfruttando il DL Calabria, in modo da essere inquadrato come dirigente, avere uno stipendio adeguato, chiare coperture assicurative da parte dell'azienda, contributi previdenziali e tutte le tutele previste da un contratto a

tempo determinato.

Purtroppo anche il tempo da dedicare alla formazione deve essere spesso ritagliato tra le esigenze del reparto, così che se lo specializzando vuole, ad esempio seguire le lezioni organizzate (spesso

rare o comunque di valore formativo scarso) oppure partecipare ad un corso o ad un congresso, spesso può farlo solo se questo non impatta sulle attività del reparto.

Certo esistono realtà che funzionano bene, ma chiunque ha passato o sta vivendo gli anni di specializzazione, sa benissimo che la situazione reale è ben diversa.

**Le nostre parole** devono essere viste come un invito ai giovani specializzandi che entrano con il nuovo, anche se complesso, sistema di selezione nazionale ad essere più propositivi nelle richieste di cambiamento del percorso di formazione, a chieder formazione reale, magari nei reparti ospedalieri e non semplice supporto della routine burocratica del lavoro medico.

**Il sistema nazionale** ha permesso di avere maggiori tutele e di essere meno legati alle vecchie logiche di formazione: è giunto quindi il momento, anche grazie alla spinta del processo di accreditamento delle scuole di specializzazione da parte del Ministero, di pretendere un cambiamento effettivo. Il futuro del SSN non dipende solo dal numero dei medici, ma anche dalla loro qualità. È la qualità del SSN italiano è da sempre una delle migliori al mondo, non bisogna smettere di combattere per mantenerla.

**Essere specializzandi nel 2019 Piemonte**

“  
Il futuro del SSN non dipende solo dal numero dei medici, ma anche dalla loro qualità

“  
La qualità del SSN italiano è da sempre una delle migliori al mondo, non bisogna smettere di combattere per mantenerla.

Filo diretto con gli iscritti  
della dirigenza sanitaria

# La riscoperta delle risorse e delle energie locali attraverso le assemblee territoriali

Il lungo “tour” nelle regioni italiane iniziato dal Settore Dirigenza Sanitaria di Anaaò negli ultimi mesi del 2018, e proseguito sino a giugno 2019, sviluppatosi da Nord a Sud in sedici assemblee regionali dei dirigenti sanitari biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi, con presenza anche di medici, avviato tra dubbi e perplessità espressi da qualche autorevole esponente della categoria, si è rivelato invece un grande successo sotto numerosi profili



**ALBERTO SPANÒ**  
Responsabile  
Nazionale Anaaò  
Dirigenza  
Sanitaria

**Nel mondo della comunicazione** multimediale che pare aver radicalmente cambiato il rapporto tra uomo e conoscenza/informazione, incidendo sui metodi relazionali anche all'interno dei sistemi associativi tradizionali, il viaggio nelle realtà territoriali appariva uno strumento forse in parte superato. Il contatto tra le persone, per alcuni ritenuto superato è apparso invece ancora e con forza, insostituibile.

Tra l'altro l'esperienza sindacale riferita alle categorie della dirigenza sanitaria di Anaaò è stata negli ultimi anni fortemente sostenuta dal costante sviluppo di tecnologie comunicative di avanguardia che hanno certamente avuto un ruolo sostanziale nella tenuta e nel rafforzamento significativo dell'Associazione.

Certo è che per circa due anni, dopo la confluenza del sindacato più rappresentativo delle categorie sanitarie in Anaaò, si è assistito ad un progressivo

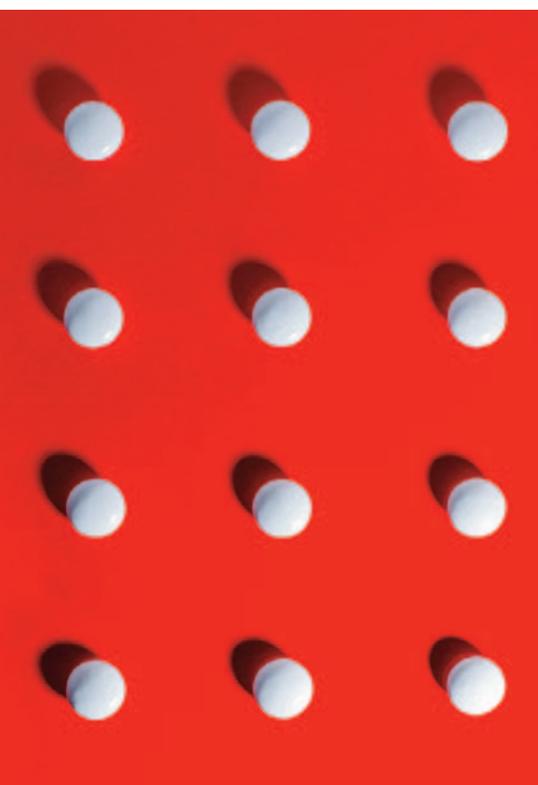
raffreddamento dei legami associativi che prima caratterizzavano in positivo un sindacato precedente costituito da cinque diverse categorie professionali, caratterizzate da numeri molto bassi nel singolo presidio sanitario, disseminate sull'intero territorio nazionale. In altre parole la confluenza in Anaaò di queste categorie, all'interno della più grande comunità nazionale di medici, aveva avuto un forte effetto di “diluizione” dei vincoli e delle sensibilità associative tra categorie già diverse e numericamente molto meno numerose (ciascuna di esse) dei medici con cui ci si era associati.

“Diluizione” ed in parte perdita di “identità” categoriale, e ciò anche per la forte riduzione dei momenti “associativi” specifici e diretti. Uno stato quindi di latente difficoltà, che con l'andare del tempo, si è accentuato con alcune ricadute concrete di non poco rilievo tra cui l'abbassamento del livello associativo

per l'effetto combinato di “diluizione” e di uscita consistente dal lavoro sanitario in carenza forte di livelli assunzionali per turn-over.

Fare questo tipo di analisi ex ante non è stato per nulla facile, considerando il quadro estremamente complesso delle relazioni sindacali nazionali e regionali, la crisi politica e contrattuale, il generale peggioramento che ha contraddistinto tutte le forme associazionistiche nei diversi settori. Peraltro dal periodo iniziale di “fusione” tra medici e categorie dei dirigenti sanitari, ogni sforzo è stato profuso nella direzione di sviluppare tutte le possibili attività comuni per garantire la crescita unitaria dell'associazione e per superare differenze e diffidenze reciproche, ponendo scarsa attenzione a momenti di confronto specifico e mirato, soprattutto diretto, e ciò a fronte dello sviluppo ampio dell'utilizzo delle nuove tecnologie dell'informazione sindaca-





“  
***Sono state tutte assemblee dove il dibattito e la discussione diretta hanno avuto lo spazio maggiore, dove c'è stato spazio per analisi molto approfondite, dove i singoli colleghi hanno avuto la possibilità di portare contributi irripetibili***”

le. La constatazione, in parte fisiologica, della sensibile diminuzione degli iscritti delle categorie della dirigenza sanitaria, ha comunque provocato una profonda riflessione circa la coerenza del nuovo modello di sindacato, peraltro largamente efficiente come dimostrato dai dati di crescita dei medici, soprattutto tra i giovani, con le peculiarità di cinque diverse categorie caratterizzate dalla marcata disseminazione territoriale.

L'intuizione di qualcuno circa la possibile riscoperta del contatto diretto tra le persone, nelle realtà territoriali, era apparsa in prima istanza una soluzione

troppo semplicistica ed arretrata rispetto all'evoluzione complessiva dell'organizzazione sindacale, suscitando, come accennato, sensibili perplessità. Ma, come talvolta accade, il ripristino e la valorizzazione di valori apparentemente superati hanno dato risultati concreti e misurabili, per nulla attesi e preventivati. Si è definito un calendario di assemblee territoriali nelle ventuno realtà provinciali e regionali, comprendendone la difficoltà organizzativa legata sia alla difficile fase politico-contrattuale, sia la inevitabile frequente sovrapposizione con le altre attività associative plenarie del sindacato forte-

mente impegnato dal centro alla periferia in molteplici modalità.

Nonostante ciò, iniziando quello che felicemente abbiamo denominato “Filo Diretto con gli Iscritti” l'11 ottobre 2008 a Roma, e proseguendo le assemblee in altre quindici regioni sino al 21 giugno a Catania, in attesa di proseguire il confronto nelle restanti cinque realtà regionali, abbiamo registrato un successo del tutto inaspettato. Si temeva la scarsa affluenza ed invece quasi tutte le assemblee sono state largamente partecipate da iscritti e da non iscritti, da molti precari, da colleghi dei Servizi Sanitari Regionali, degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, dai colleghi delle Agenzie regionali della Prevenzione Ambientale.

Sono state tutte assemblee dove il dibattito e la discussione diretta hanno avuto lo spazio maggiore, dove c'è stato spazio per analisi molto approfondite, dove i singoli colleghi hanno avuto la possibilità di portare contributi irripetibili, spesso frutto di situazioni peculiari ed irripetibili, che necessitano di essere liberamente espresse in un contraddittorio diretto e conclusivo, almeno per gli aspetti risolvibili in via diretta e previa analisi sul campo.

Le categorie e le specificità hanno ripreso spazio ed hanno riacquisito una udibilità che ha dato fiducia, e la risposta misurabile vi è stata in numero di adesioni al sindacato. Infatti molte sono state le adesioni in assemblea, certo frutto della fiducia espressa nei confronti di Anaa, ma anche frutto soltanto di una felice intuizione: “il Filo Diretto”, una modalità di fare sindacato e di ricercare consenso a questo punto ineludibile.

### Segue da pagina 9

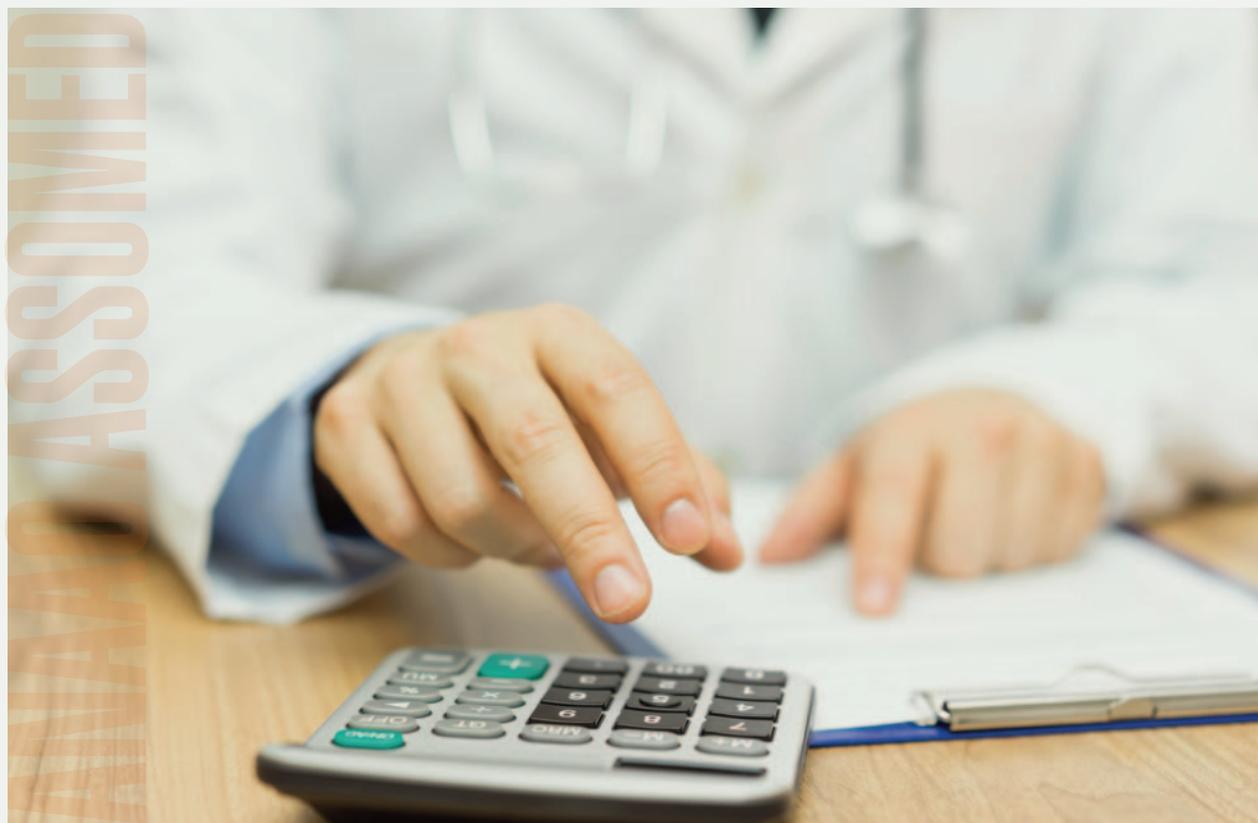
mana quasi sempre occupati tra guardie e reperibilità, difficoltà a poter godere perfino delle ferie maturate. Oggi la sostenibilità organizzativa ed economica degli ospedali italiani si fonda su condizioni di sfruttamento dei professionisti, inconciliabilità tra lavoro e vita familiare e sociale, *burnout* e malattie stress correlate.

Il risparmio per le Aziende relativamente al mancato turnover dei medici e dirigenti sanitari per il solo 2017 è valutabile intorno a 1,076 miliardi di €, mentre gli straordinari non retribuiti rappresentano un regalo di 500 milioni di € che ogni anno viene dai medici e dirigenti sanitari generosamente elargito. La situazione è pesante e pericolosa per il diritto alla salute dei cittadini ed i numeri del presente lavoro indicano che la prospettiva rischia di avviarsi verso il dramma, prospettandosi nei prossimi anni la difficoltà di reperire specialisti a causa della scriteriata programmazione dei fabbisogni nell'ultimo decennio.

Di fronte a questa dura realtà che sta mettendo in crisi le strutture sanitarie, in particolare nel settore dell'emergenza/urgenza, le Regioni reagiscono con provvedimenti tanto fantasiosi quanto illegittimi ed inefficaci. Dopo aver clamorosamente fallito con le proposte di assunzione prima di medici pensionati, poi stranieri ed infine militari, oggi si avventurano verso il reclutamento di neo laureati abilitati. Non considerano che derogare dalla normativa nazionale per l'accesso alla dirigenza medica e sanitaria nel SSN, significa abbassare ulteriormente la qualità e la sicurezza delle cure, e quindi incrementare il rischio clinico e il contenzioso con i pazienti.

### Cosa fare concretamente in questo difficile contesto?

Importante è sicuramente dare seguito alle promesse avanzate per la salvaguardia del SSN. La cosiddetta "Quota 10", cioè 10 miliardi di € in tre anni di incremento del FSN, rappresenta il primo passo verso la salvezza, il livello minimo di finanziamento per affrontare le criticità emergenti. Serve anche per avviare un grande piano assunzionale il cui costo è valutabile, per i soli medici e dirigenti sanitari, in circa un miliardo di €. E' necessario, pertanto, prevedere nella prossima Legge di Bilancio il superamento del limite posto con il DL Calabria all'incremento delle dotazioni organiche rispetto al 2018, altrimenti le Regioni in piano di rientro impiegherebbero decenni per recuperare il personale perso dal 2009 in avan-



# STUDIO

“  
**Il Governo deve recuperare il ruolo che gli spetta perché le politiche sanitarie necessitano di una nuova stagione di centralizzazione**



ti. Anche in presenza di uno sblocco largo delle assunzioni, per far fronte alla carenza attuale e futura di specialisti devono essere rapidamente emanati i decreti attuativi della norma contenuta nell'articolo 12 del DL Calabria che permette l'assunzione a tempo determinato degli specializzandi del 4° e 5° anno con un contratto di formazione lavoro collegato a quello dell'Area della Dirigenza sanitaria. Ad oggi sono circa 9.000 i medici in formazione interessati, e rappresentano, insieme con i circa 15.000 specializzati degli ultimi tre anni, una platea adeguata per tamponare la prima ondata pensionistica che avremo entro il 2022. Il risparmio sui contratti di specializzazione, conseguente all'assunzione a tempo determinato degli specializzandi da parte delle Regioni, permetterebbe di incrementarne il numero fin dal prossimo anno ad almeno 12.000. Innescando tale circolo virtuoso si comincerebbe a rispondere alle attese dei medici intrapolati nell'imbutto formativo, destinati altrimenti ad aumentare nei prossimi anni, senza contare che l'incremento degli specializzandi e del numero dei futuri specialisti a partire dal 2023 permetterebbe di affrontare la seconda ondata di pensionamenti.

### Ma sarà sufficiente avere un numero congruo di specialisti per il futuro?

Oramai il nostro lavoro è vissuto come gravoso, difficile e perfino pericoloso a causa del rischio di denunce ed aggressioni. Un lavoro con profonde ripercussioni sulla qualità della vita fa-

miliare e sociale che non tutti si sentono di affrontare. Lo dimostrano le scelte fatte dagli specializzandi che preferiscono discipline spendibili sul mercato privato, come cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, chirurgia plastica, che sono saturate già nei primi scaglioni di merito, mentre chirurgia generale o medicina di emergenza/urgenza rappresentano scelte secondarie. Indubbiamente il lavoro nel privato è meno stressante, si affronta una casistica di elezione, non critica, e garantisce un'alta remunerazione. Gli stipendi del settore pubblico, dopo 10 anni di blocco contrattuale, si sono sviliti e l'attuale dinamica contrattuale è insufficiente a garantirne un recupero in tempi brevi. Nel contempo, in Europa cresce la domanda di laureati in Medicina. La Commissione europea indica una necessità di 230 mila medici entro il 2023. I Paesi europei, verso i quali emigrano ogni anno circa 1.500 nostri laureati, assicurano una valorizzazione delle capacità professionali e retribuzioni che possono arrivare al doppio di quelle italiane.

### Non sono problemi che possono essere risolti con politiche regionalistiche.

Il Governo deve recuperare il ruolo che gli spetta perché le politiche sanitarie necessitano di una nuova stagione di centralizzazione. Non si può accettare che il fai-da-te delle Regioni e gli ostacoli alle riforme da parte di settori del mondo accademico diventino fonte di nuove diseguaglianze in ambito sanitario.

Avv. Francesco Maria Mantovani  
Consulente legale Anaa Assomed

## Obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali: illegittima la delibera Anac

**Suscita perplessità la delibera n. 586 del 26 giugno 2019, con cui l'ANAC è intervenuta nuovamente sulla questione della pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei dirigenti pubblici all'indomani della sentenza 21 febbraio 2019 n. 20, con cui la Corte costituzionale ha notevolmente circoscritto l'ambito applicativo dell'art. 14, comma 1, lett. f) del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33.**

**Quest'ultima disposizione**, nella formulazione vigente prima della sentenza del Giudice delle leggi, imponeva alle pubbliche amministrazioni di pubblicare i dati patrimoniali e reddituali di tutti i propri dirigenti, tra cui quelli relativi a redditi, diritti reali su beni immobili e mobili iscritti nei pubblici registri, azioni e quote di partecipazione in società.

La Corte costituzionale non ha eliminato integralmente tale disposizione, bensì l'ha censurata nella parte in cui poneva tale obbligo indiscriminatamente a carico di tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, commi 3 e 4, del d.lgs. n. 165 del 2001. Più nello specifico, il Giudice delle leggi ha rilevato come l'eliminazione completa della disposizione in esame non avrebbe salvaguardato "le esigenze di trasparenza e pubblicità che appaiano, *prima facie, indispensabili*", le quali imponevano "di identificare quei titolari d'incarichi dirigenziali ai quali la dispo-

sizione possa essere applicata, senza che la compressione della tutela dei dati personali risulti priva di adeguata giustificazione, in contrasto con il principio di proporzionalità".

Pertanto, la Corte ha indicato le specifiche tipologie di incarichi rispetto a cui gli obblighi in esame risultano congruenti e, quindi, continuano ad applicarsi, rinvenendole nelle posizioni di Segretario generale di ministeri e di direzione di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali (comma 3 dell'art. 19 D.lgs. 165/2001) e di funzione dirigenziale di livello generale (comma 4).

Secondo la Corte, lo svolgimento, da parte dei titolari di tali incarichi, "di attività di collegamento con gli organi di decisione politica, con i quali il legislatore presuppone l'esistenza di un rapporto fiduciario" e "l'attribuzione a tali dirigenti di compiti – propositivi, organizzativi, di gestione (di risorse umane e strumentali) e di spesa – di elevatissimo rilievo rende non irragionevole, allo stato, il mantenimento in capo ad essi proprio degli obblighi di trasparenza di cui si discute".

In estrema sintesi, la Corte costituzionale ha circoscritto in un ambito molto ristretto l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali, limitandolo ai dirigenti titolari di poteri decisori ed organizzativi amplissimi e di diretta nomina da parte dell'Organo politico.

Per il resto, la Corte Costituzionale ha rinviato al Legislatore il compito di individuare le eventuali altre categorie di dirigenti pubblici, a cui applicare gli obblighi di trasparenza in esame mediante un apposito e specifico intervento legislativo.

Ebbene, l'ANAC, con proverbiale modestia, si è sostituita al Legislatore ed al Giudice delle leggi, estendendo l'ambito soggettivo di applicazione della comunicazione e pubblicazione dei dati patrimoniali ad altre categorie di pubblici dipendenti, non menzionati nella sentenza della Corte costituzionale, tra i quali i direttori di dipartimento e di struttura complessa delle Aziende del S.s.n.

È ovvio che una mera circolare applicativa, espressione del potere d'indirizzo dell'ANAC in merito all'applicazione delle vigenti disposizioni di legge, non può modificare il contenuto di queste ultime e, quindi, anche dell'art. 14 del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, co-

me emendato per effetto della sentenza interpretativa di accoglimento della Corte costituzionale.

In ogni caso, l'individuazione delle categorie di dirigenti pubblici, al quale estendere l'obbligo di trasparenza, avrebbe dovuto almeno rispettare i parametri indicati dalla Corte costituzionale, che ha ritenuto l'interesse della collettività alla trasparenza meritevole di tutela e preminente rispetto al diritto alla riservatezza solo nel caso in cui i dirigenti siano di nomina politica e siano muniti di ampissimi poteri di gestione e di spesa.

Tali parametri non sussistono pacificamente rispetto ai direttori di dipartimento ed a quelli di struttura complessa, i quali sono nominati dal direttore generale, il cui carattere distintivo è proprio la terzietà rispetto all'Organo politico regionale.

In base alla vigente normativa, il direttore generale è una figura tecnico-professionale, che ha il compito di perseguire, nell'adempimento di un'obbligazione di risultato (oggetto di un contratto di lavoro autonomo), gli obiettivi gestionali e organizzativi definiti dal Piano sanitario regionale (a sua volta elaborato in armonia con il Piano sanitario nazionale), dagli indirizzi della giunta, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'Amministrazione regionale (Corte Cost., 23 marzo 2007, n. 104).

Si tratta quindi di un incarico amministrativo e non politico ed i direttori generali devono essere considerati funzionari neutrali, non nominati in base a criteri puramente fiduciari.

Infatti, l'affidamento di tale ruolo è subordinato dalla legge al possesso di specifici requisiti di competenza e professionalità e non richiede fedeltà personale alla persona fisica che riveste la carica politica, ma la corretta e leale esecuzione delle direttive che provengono dall'organo politico, quale che sia il titolare *pro tempore* (Corte Cost., 5 febbraio 2010, n. 34).

In secondo luogo, i direttori di dipartimento e di struttura complessa non sono titolari di poteri gestori e di spesa analoghi a quelli dei direttori generali e dei dirigenti apicali delle amministrazioni statali.

Appare quindi evidente, il tentativo dell'ANAC di attenuare fortemente – se non proprio cancellare – la portata della pronuncia della Corte costituzionale.

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

### Consenso informato. La firma sul modulo prestampato non basta

Con sentenza n. 23328 la Cassazione riafferma che il consenso informato non vale se il paziente non è stato adeguatamente informato e in caso contrario è ragionevole ritenere che avrebbe evitato di sottoporsi all'intervento e di subirne le conseguenze invalidanti. Servono spiegazioni dettagliate e non formati generici sui rischi dell'operazione.

### Responsabilità/1 Indipendenza del giudizio penale da quello civile

Con sentenza 22520 la Corte di Cassazione ribadisce l'indipendenza del giudizio penale da quello civile. Il medico assolto per omicidio colposo, può comunque essere condannato al risarcimento. La Corte di cassazione ha confermato la condanna di un medico al risarcimento della famiglia di un paziente deceduto, anche se il sanitario era stato prosciolto dall'accusa di omicidio colposo per assenza di prove sul nesso causale tra morte e condotta omissiva. Ma per la Cassazione il giudizio in sede civile che consegue alla revoca della sentenza penale è sostanzialmente e funzionalmente autonomo da quello penale.



### Onere probatorio. Responsabilità dell'errore al solo chirurgo. La clinica deve dimostrarlo

Con ordinanza 24167/2019 la Cassazione afferma che la struttura sanitaria che chiede sia assegnata la responsabilità dell'errore al solo chirurgo deve dimostrare l'esclusiva colpa del medico e in caso contrario paga anch'essa il risarcimento. Infatti la clinica deve provare che quanto accaduto sia dovuto solo all'imperizia del medico. Al contrario il medico non dovrà provare la corresponsabilità della clinica in caso di risarcimento del danno a un paziente. Così la Cassazione: *“se la struttura sanitaria, correttamente evocata in giudizio dal paziente che, instaurando un rapporto contrattuale, si è sottoposto a un intervento chirurgico al suo interno, sostiene che l'esclusiva responsabilità dell'accaduto non è imputabile a sue mancanze tecnico organizzative, ma solo alla imperizia del chirurgo che ha eseguito l'operazione, chiedendo di essere esentata dal pagare quanto eventualmente*

*fosse condannata a fare nei confronti della paziente e del chirurgo, deve provare l'esclusiva responsabilità di questo”*. Non rientra invece nell'onere probatorio del chiamato l'onere di individuare precise cause di responsabilità della clinica in virtù delle quali l'azione di regresso non potesse essere in tutto o in parte accolta.



### Responsabilità/2 Nessuna condanna se non c'è la “ragionevole” umana certezza

Con sentenza n. 37767 la Corte di Cassazione Penale ha affermato che in tema di responsabilità medica, ai fini dell'accertamento del nesso di causalità, è necessario individuare tutti gli elementi concernenti la causa dell'evento, in quanto solo la conoscenza del momento iniziale e della successiva evoluzione della patologia consente l'analisi della condotta omissiva colposa addebitata al sanitario per effettuare il giudizio controfattuale e verificare se, ipotizzandosi come realizzata la condotta dovuta, l'evento lesivo sarebbe stato evitato al di là di ogni ragionevole dubbio. Secondo i giudizi va seguita la regola di giudizio della ragionevole, umana, certezza anche se ci si trova nell'ambito della causalità omissiva. La sentenza delinea altresì altre modalità con le quali compiere l'accertamento.

### Responsabilità/3 Il “più probabile che non”

Con ordinanza n. 21939 la Cassazione torna sul “più probabile che non”. Nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, provare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento, onere che va assolto dimostrando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del «più probabile che non», la causa del danno, con la conseguenza che, se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il suddetto nesso tra condotta ed evento, la domanda dev'essere rigettata. Peraltro se le circostanze oggetto di prova rientrano nella piena conoscibilità e accessibilità di tutte le parti in giudizio, non è possibile invocare utilmente il principio di vicinanza della prova o di riferibilità al fine di ribaltare sull'avversario l'onere probatorio.

I giudici quindi hanno avuto modo di fornire anche dei fondamentali chiarimenti in materia di onere della prova gravante sul paziente in ipotesi di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria.

# FIRMATO IL RINNOVO DEL CCNL 2016-2018

**Una ripartenza  
e un ritorno  
alla normalità  
dopo 10 anni  
di blocchi  
e di tagli.**

- È ripartito l'orologio
- Nessuno prende di meno
- Qualcosa di più su disagio
- Riparte la carriera per tutti
- Recuperata l'anzianità perduta
- Il contratto investe sui giovani neoassunti e con meno di cinque anni
- Il contratto investe anche sui meno giovani con più voci fisse in stipendio e maggiori benefici sulla pensione e sulla liquidazione
- Nuove tutele (maternità, ferie, assenze per visite specialistiche, terapie salvavita e motivi familiari)
- Ripresa della contrattazione decentrata
- Nessun arretramento sulla parte normativa
- Difesa la libera professione intramoenia
- Aumentata la massa salariale, base degli aumenti del prossimo CCNL
- Difeso il diritto al riposo
- Recuperati tutti i periodi lavorativi effettuati per ricostruire l'anzianità di servizio
- Valorizzazione della contrattazione decentrata

**1959-2019**

**60 anni al servizio dei medici  
e dirigenti sanitari.**

**Buon compleanno Anaaao!**

