



ANAAO GIOVANI/ Analisi del fabbisogno di medici specialisti nelle Regioni italiane

Così si sconfigge il precariato

Solo Lombardia, Puglia e Veneto riusciranno ad abbattere gli esuberi

Una guida per una corretta programmazione del fabbisogno regionale di medici specialisti, con l'individuazione degli scenari futuri Regione per Regione, dei punti di forza e di debolezza. L'obiettivo è quello di cambiare un meccanismo che finora non ha funzionato a dovere. Con fabbisogni mal calibrati nella maggior parte delle Regioni e un conseguente alto rischio di precariato. È questa in estrema sintesi l'analisi svolta da **Domenico Montemurro** e **Fabio Ragazzo** (Anaaio giovani).

In Abruzzo per esempio, senza manovre correttive, si verificherebbero un'alta sofferenza previdenziale, un aumento dell'11% complessivo dei medici specialisti e un futuro aumento degli esuberi (+22% al 2023). Peggio in Basilicata, dove la sofferenza previdenziale sarebbe «altissima», con un aumento importante dei medici specialisti (71%) e un aumento altissimo degli esuberi (+412% al 2023). Va invece molto meglio in Lombardia, dove ci sarebbe una moderata sofferenza previdenziale, un calo complessi-

Medici specialisti impiegati nel Ssn ed esubero specialisti espresso in % di medici specialisti 2012								
Regione	Medici specialisti	Esubero specialisti	Regione	Medici specialisti	Esubero specialisti	Regione	Medici specialisti	Esubero specialisti
Abruzzo	3.157	44,6%	Lazio	2.385	-212,7%	Puglia	7.629	30,2%
Basilicata	921	17,0%	Liguria	4.828	56,4%	Sardegna	4.258	48,8%
Calabria	4.632	43,5%	Lombardia	15.275	15,5%	Sicilia	10.926	39,8%
Campania	11.861	36,0%	Marche	2.976	31,5%	Toscana	8.630	43,4%
Emilia R.	9.770	40,9%	Molise	632	34,2%	Umbria	1.859	36,5%
Friuli V.G.	2.425	33,7%	Pa Trento	1.732	60,2%	V. Aosta	185	10,0%
			Piemonte	5.803	0,0%	Veneto	7.884	18,5%

sivo significativo dei medici specialisti (-13%) con un discreto aumento dell'età media anagrafica (+1,2 anni), ma con una riduzione importante degli esuberi (-80%, al 2023) e l'ulteriore miglioramento dell'attuale ottimo rapporto specialisti x 1.000 abitanti (1,55 attuale, vs 1,83 nazionale).

In generale, il quadro è particolarmente disastrosato: solo 3 Regioni su 20 (Lombardia, Puglia e Veneto) mantengono margini di aumento futuro dei fabbisogni di medici specialisti. E solo queste tre Regioni riusciranno nel 2023 a ottenere un accettabile abbattimento de-

gli esuberi. Le altre, pur con le loro peculiarità, dovranno invece contrarre i fabbisogni di medici specialisti.

Di fatto le richieste formative di accesso alle scuole di medicina e chirurgia sono «eccessive», non in linea con la previsione futura e ad alto rischio di precariato. «Oggi accade - spiegano gli esperti - che lo squilibrio tra numero chiuso e fabbisogni specialistici imponga la scelta di doppi percorsi come surrogato occupazionale (doppie specialità, dottorati di ricerca, frequenza delle scuole di formazione in medicina generale dopo aver già conseguito

una specialità). Le risorse economiche ridotte rafforzano ulteriormente l'esigenza programmatica di ridurre i fabbisogni specialistici nazionali, rendendo perciò anacronistica l'espansione del numero chiuso cui oggi si assiste».

Secondo le stime Anaaio al 2023, Abruzzo, Basilicata, Molise, Valle D'Aosta mostreranno una difficoltà ad ammortizzare gli esuberi anche nel lungo periodo (10 anni), a causa di una insufficiente pianificazione. Particolare il caso del Lazio: «Secondo la proiezione futura - si legge nello studio Anaaio - il numero di medici

sarà destinato ad aumentare rispetto al 2013, quasi a pareggiare nel 2023 la carenza di specialisti calcolabile al 2012. In realtà la carenza di specialisti che si calcola oggi nel Lazio è virtuale, infatti essa è indice del blocco delle assunzioni nel Ssn e non di un reale debito di medici specialisti; ciò è dimostrato anche dal fatto che l'età anagrafica media dei medici sarà tra le più basse attese nel 2023».

Per altre Regioni, viene invece rilevata «una tendenza volta se non all'abbattimento completo di potenziali esuberi, al contenimento del fenomeno

che non sembrerebbe comunque esaurirsi nei prossimi 10 anni, qualora si mantenga immutata l'attuale condotta programmatica delle Regioni».

Serve allora un nuovo «modulatore della programmazione sanitaria». «L'obiettivo primario del computo dei fabbisogni - sottolineano Montemurro e Ragazzo - deve essere il raggiungimento di una standardizzazione, seppur nel lungo periodo, dei contingenti regionali (es: numero medici specialisti/1.000 abitanti), dell'età anagrafica media dei medici e, non per ultimo, della necessità di garantire una sostenibilità previdenziale. I fabbisogni regionali calcolati sulla base di una programmazione sanitaria reale, devono costituire la base del calcolo annuale dei posti di accesso alle scuole di Medicina e chirurgia. L'obiettivo deve essere quello di diminuire il gap esistente tra il numero di nuovi medici che si formano in sei anni di laurea e l'offerta di contratti di formazione specialistica».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

E RICONGIUNZIONE: BIS PER LE DOMANDE

È possibile per un dirigente medico riproporre una domanda di ricongiunzione posto che, nei confronti dello stesso, è stata già emessa una determina di ricongiunzione non accettata dall'interessato?

(G.D.)

Come indicato nella circolare del ministero del Tesoro - ex Direzione generale degli Ii.Pp. n. 598 del 12/8/1980 (contenente le istruzioni, i criteri e i chiarimenti operativi di carattere generale riguardanti la legge 7 febbraio 1979 n. 29) la facoltà di ricongiunzione può essere esercitata una sola volta (articolo 4) salvo il caso in cui l'interessato possa far valere, successivamente alla data da cui ha effetto la prima ricongiunzione, 10 anni di assicurazione previdenziale di cui 5 riferiti all'effettiva attività lavorativa.

E ADESIONI A UN FONDO «APERTO»

In assenza di un Fondo negoziale di categoria, è possibile per i dipendenti aderire a un Fondo pensione aperto, anche al fine di usufruire delle deduzioni fiscali?

(D.G.)

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 9 del Dlgs 124/1993 i soggetti per i quali non sussistono o non operino le forme istitutive di cui all'articolo 3, comma 1, del citato decreto, fondi negoziali, possono aderire ai fondi pensione aperti. Pertanto, il personale potrà aderire a forme pensionistiche complementari gestite mediante fondi aperti e contratti di assicurazione ai sensi degli articoli 9-bis e 9-ter del Dlgs 124/1993 e, contestualmente, beneficiare dei vantaggi fiscali ma fino alla data di entrata in operatività del Fondo negoziale di categoria. A partire da quella data, l'adesione al fondo negoziale diventa condizione per continuare a beneficiare dei vantaggi fiscali e la permanenza nella forma di previdenza complementare precedentemente scelta dovrebbe essere possibile solo come forma individuale di previdenza.

a cura di Claudio Testuzza

A TERAPIE SUBINTENSIVE: INDENNITÀ AGLI OSS

La Rsu e gli altri sindacati hanno richiesto ufficialmente all'azienda che nei reparti di terapia subintensiva l'indennità prevista dall'articolo 44 (le vecchie £ 8.000 al giorno) venga riconosciuta e liquidata anche agli Oss in

SANITÀ RISPONDE

Per facilitare i lettori, i quesiti dovranno specificare l'area di interesse, identificandola nel modo seguente:

- A Lavoro e professione
- B Organizzazione e gestione
- C Diritti, doveri, etica
- D Fisco
- E Previdenza
- F Sanità privata

I quesiti possono essere inviati tramite fax al n. 0630226484 o all'indirizzo e-mail: redazione.sanita@ilsolo24ore.com oppure possono essere spediti a:
Il Sole-24 Ore Sanità, "Sanità Risponde"
Piazza Indipendenza 23 b/c - 00185 Roma

quanto, a loro dire, tali dipendenti sono a tutti gli effetti personale sanitario. Nel fare la richiesta affermano che la decisione è demandata alla contrattazione aziendale, sempreché lo specifico fondo abbia disponibilità. La mia struttura non è affatto convinta che si possa fare, ma la circostanza che il nostro fondo del disagio produce residui è un elemento di debolezza per resistere alla richiesta.

(A.S.)

In effetti l'articolo 44 citato nel quesito stabilisce al comma 9 che «in contrattazione decentrata, nei limiti delle disponibilità del fondo di cui all'articolo 43, comma 2, punto 2), nei servizi indicati nel comma 6, possono essere individuati altri operatori del ruolo sanitario...». Quindi per la praticabilità dell'operazione è necessario che sussistano congiuntamente due presupposti: il primo è che il fondo preveda disponibilità finanziaria e il secondo che gli «altri» beneficiari appartengano al ruolo sanitario. Evidentemente i sindacati ritengono che l'operatore socio-sanitario appartenga ormai di fatto al personale sanitario e, in tale convinzione, sono supportati dalle scelte del legislatore che utilizza terminologia impropria e ambigua (il «personale sanitario» di cui all'articolo 5 della legge 189/2012). In realtà l'Oss è oggi incardinato nel ruolo tecnico e finché le norme legislative (in particolare l'articolo 1, comma 2, del Dpr 761/1979) e contrattuali non saranno espressamente modificate le situazioni di fatto non valgono nulla. Ritengo che giustificare l'estensione con la sola capienza del fondo sia danno erariale perché qualora le eventuali

risorse residue fossero utilizzate per una finalità contraria alla clausola contrattuale il comportamento delle parti negoziali costituirebbe un illecito.

a cura di Stefano Simonetti

D DEDUZIONE SPESE NON CONVENZIONATE

Esercito la libera professione e sono anche convenzionato con il Ssn. Come posso dedurre le spese che sostengo per lo svolgimento dell'attività non convenzionata?

(A.D.)

L'attività in regime convenzionato dei medici convenzionati con il Ssn è qualificabile come attività di lavoro autonomo. Ai sensi dell'articolo 54, comma 1, del Tuir, il reddito derivante dall'esercizio di arti e professioni è costituito dalla differenza tra l'ammontare dei compensi in denaro o in natura percepiti nel periodo di imposta e quello delle spese sostenute nel periodo stesso nell'esercizio della professione. Ne consegue che le spese riconducibili all'esercizio convenzionato dell'attività professionale non subiscono particolari limitazioni, quanto alla loro deducibilità, tranne i limiti di carattere generale previsti dal citato articolo 54 per determinate tipologie di spese riferibili all'esercizio della professione.

D CERTIFICATI ED ESENZIONI IVA

Sono un medico professionista e vorrei sapere se le certificazioni di esonero dalle cinture di sicurezza e quelle relative al porto d'armi sono esenti da Iva.

(C.N.)

L'Amministrazione finanziaria ha precisato che le prestazioni rese dai medici componenti delle Commissioni mediche locali per le patenti di guida rientrano nel regime di esenzione dall'Iva, considerato che la loro finalità principale non consiste nel rilascio dell'autorizzazione amministrativa alla guida, ma nella tutela preventiva della salute di soggetti che, trovandosi in particolari condizioni fisiche, potrebbero compromettere la propria salute e l'incolumità della collettività attraverso la guida di autoveicoli (cfr. circolare 28/1/2005; n. 4/E e successiva circolare 13/3/2008, n. 20/E). Per il medesimo motivo, può ritenersi che il regime di esenzione possa applicarsi anche per l'attività del medico finalizzata al rilascio delle certificazioni di esonero dalle cinture di sicurezza e quelle relative al porto d'armi.

a cura di Alberto Santi