

**24° Congresso Nazionale Anaaao Assomed
27-30 giugno 2018**

LE TESI CONGRESSUALI

sostenibilità e finanziamento del ssn

organizzazione e condizioni di lavoro

stato giuridico e rapporto di lavoro

livelli e contenuti della contrattazione

governance delle aziende

fondi integrativi e polizze assicurative

la sanità orientata dalle donne

la sanità meridionale

le professioni sanitarie

le politiche giovanili

SOSTENIBILITÀ E FINANZIAMENTO DEL SSN

- **Il Ssn a 40 è in pessima salute**
- **Disuguaglianze sanitarie**
- **Il definanziamento progressivo**
- **Calo e invecchiamento della popolazione medica**
- **Posti letto e demografia della popolazione italiana**
- **Conclusioni**

a cura di

Carlo Palermo

Domenico Iscaro

Gabriele Gallone

Domenico Montemurro

Giulio Liberatore

IL SSN A 40 ANNI È IN PESSIMA SALUTE

La legge n. 833 del 23 dicembre 1978 istituiva, 40 anni fa, il Servizio Sanitario Nazionale. Le motivazioni di tale riforma epocale erano principalmente due: la sostenibilità finanziaria dell'assistenza sanitaria e la necessità di garantire alla popolazione il diritto alla salute.

Da queste due motivazioni si dovrebbero trarre lezioni fondamentali per le prospettive future del SSN. Al contrario, i segnali che registriamo oggi documentano una assoluta incapacità della classe politica di affrontare il problema facendoci ricadere in una situazione non dissimile da quella che determinò quella importante riforma.

Torniamo al 1978. Se per tutti i cittadini italiani sembra oggi normale recarsi in un pronto soccorso per una urgenza, andare dal proprio medico di base per farsi prescrivere un farmaco o una prestazione sanitaria o ritirare in farmacia il medicinale per trattare l'ipertensione, è bene sapere che prima di quell'anno la situazione era ben diversa. La Sanità in Italia appariva più simile a quella degli USA che a quella di un Paese europeo.

La Costituzione della Repubblica Italiana del 1948 stabiliva, al primo comma dell'articolo 32, che la salute era un diritto fondamentale dell'individuo e che lo Stato dovesse garantire le cure agli indigenti. Malgrado ciò, solo nel 1958 viene istituito il Ministero della Sanità e comunque la erogazione delle prestazioni sanitarie venne lasciata ad un sistema "mutualistico". Le *mutue* erano delle "assicurazioni sociali" a cui aderivano volontariamente o obbligatoriamente i cittadini (solitamente sulla base della loro attività lavorativa) e rappresentavano il terzo pagante per le prestazioni di cui necessitavano i propri iscritti.

La filosofia di base delle *mutue* era di tipo assicurativo-risarcitoria.

Nel 1976 si contavano circa 100 enti mutualistici maggiori ed oltre 1.000 minori. La situazione non era però più sostenibile. Il sistema determinava delle notevoli sperequazioni; parte della popolazione era di fatto esclusa da questo tipo di assistenza sanitaria contravvenendo di fatto al dettame costituzionale. La gestione era principalmente orientata alle prestazioni di ricovero e di diagnosi e caratterizzate da elevata inappropriatezza. Non vi era alcun interesse per la prevenzione in quanto gli enti mutualistici si occupavano solo delle condizioni di malattia denunciate dai contribuenti. La mutua consentiva l'accesso ad alcune specifiche categorie di cittadini sulla base della contribuzione lavorativa, della tipologia di lavoro svolto, della residenza anagrafica e soprattutto tali enti rappresentavano numerosi centri di spesa incontrollabili e con attività non coordinate.

La situazione finanziaria di molte mutue era al limite del tracollo in quanto il pagamento delle prestazioni agli Ospedali, alle cliniche ed altri erogatori risultava sempre più difficoltosa.

Lo Stato decise pertanto di estinguere tutti i debiti delle mutue con la legge n. 386 del 17 agosto 1974 (“Norme per l’estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri”) accollandoseli integralmente. Nei successivi anni, fino al 1978, lo Stato, dopo questo “salvataggio”, decise di gestire in prima persona la Sanità e declinare l’articolo 32 della Costituzione in principi ed obiettivi.

Il più importante è sicuramente ciò che è definito all’articolo 1 della Legge 833/78: *“Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”.*

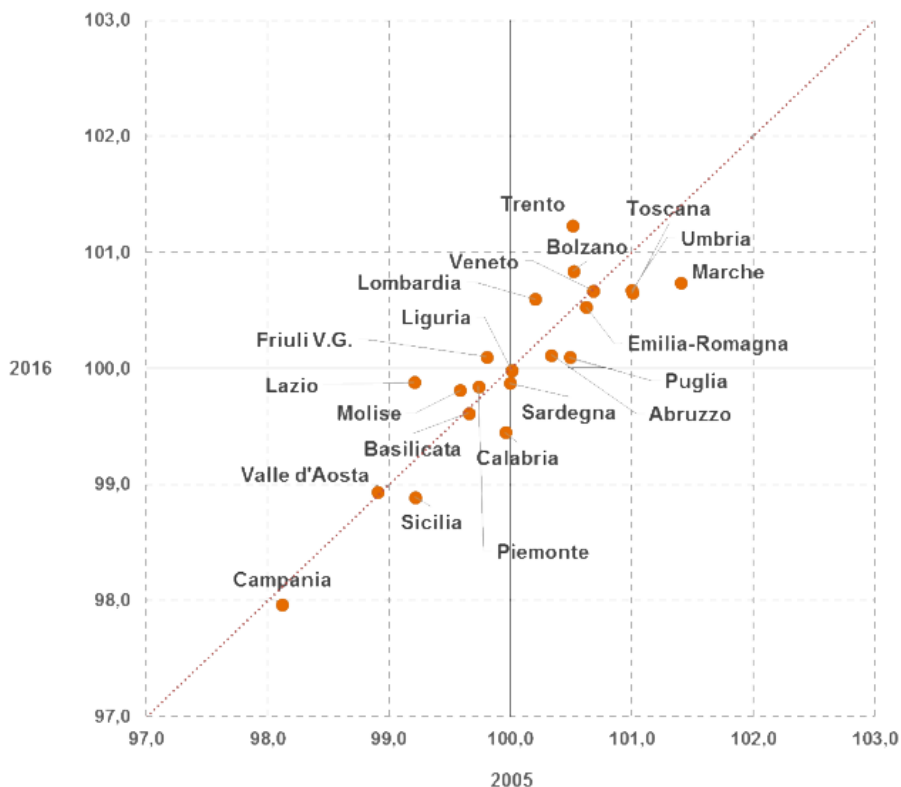
L’articolo 2 ribadisce ulteriormente tale concetto in quanto il legislatore aveva ben presente una situazione di grave difformità nell’accesso alle cure ed alla prevenzione: **“Il servizio sanitario nazionale nell’ambito delle sue competenze persegue il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese”.**

DISUGUAGLIANZE SANITARIE

Il principio alla base del Sistema Sanitario Nazionale è l’universalismo il quale è un presupposto per l’uniformità delle condizioni di salute sul territorio. L’Osservatorio Salute che ha elaborato i dati ISTAT fino al 2016, ha dimostrato che le disuguaglianze di salute nel nostro Paese stanno sensibilmente peggiorando.¹

Vivere in una Regione piuttosto che in un’altra modifica sensibilmente la speranza di vita. La maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; decisamente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne. In Campania, ad esempio, gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3; mentre nella Provincia Autonoma di Trento gli uomini mediamente sopravvivono 81,6 anni e le donne 86,3.

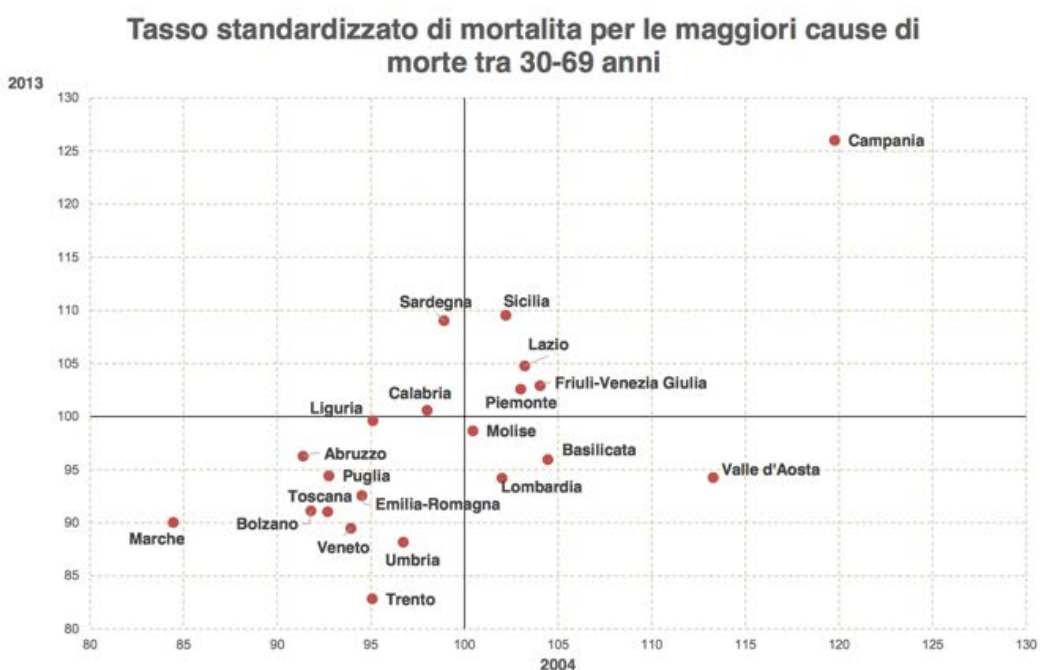
Speranza di vita alla nascita 2005-2016 (numeri indici Italia = 100)



¹ Rapporto Osservasalute 2017

Citando il rapporto: “La dinamica della sopravvivenza, tra il 2005 e il 2016, dimostra che tali divari sono persistenti, in particolare Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, Molise, Basilicata, Lazio, Valle d’Aosta e Piemonte restano costantemente al di sotto della media nazionale. Tra queste la Campania, la Calabria e la Sicilia peggiorano addirittura la loro posizione nel corso degli anni. Per contro, quasi tutte le regioni del Nord, insieme ad Abruzzo e Puglia, sperimentano, stabilmente, una aspettativa di vita al di sopra della media nazionale”.

Anche la mortalità prematura (tra i 30 e i 69 anni) presenta forti divari a livello territoriale. Nella figura seguente la Campania, la Sicilia, la Sardegna, il Lazio, il Piemonte e il Friuli presentano valori elevati di mortalità prematura, con una dinamica negativa tra il 2004 e il 2013 che le vede costantemente al di sopra della media nazionale. Dato molto negativo, visto che si tratta di morti evitabili con idonee politiche di prevenzione.



La riforma del Titolo V della Costituzione e il Decreto legislativo n. 56 del 2000 che introduce il federalismo fiscale non hanno pertanto migliorato tali disuguaglianze ma le stanno semmai peggiorando. La riforma costituzionale stabiliva che il potere legislativo tra Stato e Regioni in materia di sanità fosse concorrente, facendo sì che chi aveva il compito di governare il sistema sanitario a livello locale potesse cogliere meglio le esigenze ed i bisogni inespresi dei cittadini. Tale riordino ha portato invece alla creazione di 21 differenti sistemi sanitari nazionali con creazione di evidenti disuguaglianze anche nell’accesso alle prestazioni.

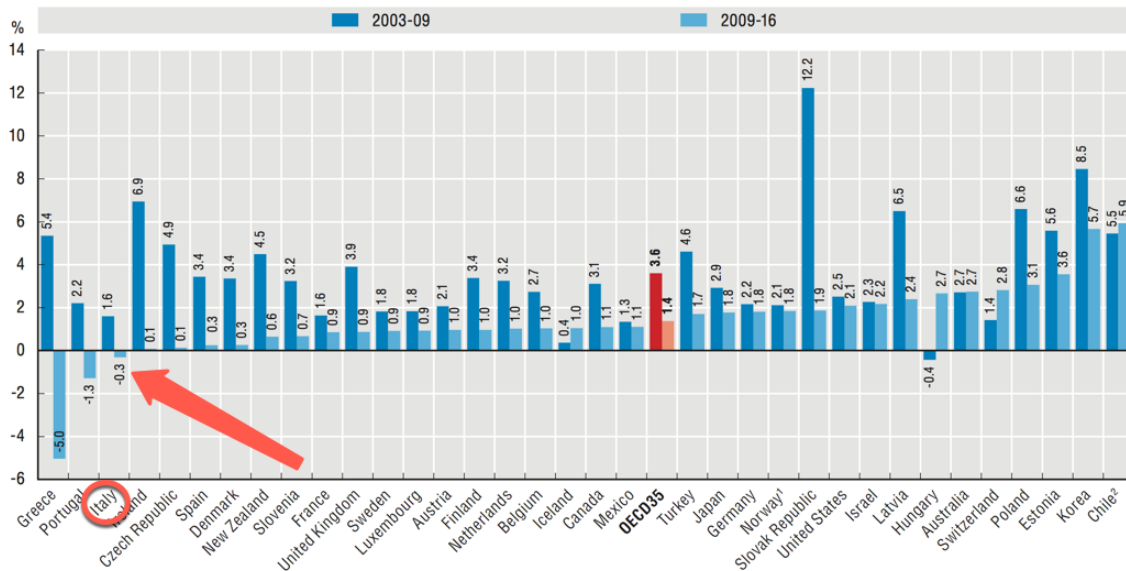
IL DEFINANZIAMENTO PROGRESSIVO

Sulla deriva delle *placche tettoniche* regionali in tema di Sanità si incardina un problema di finanziamento a livello nazionale.

Il progressivo definanziamento statale è dimostrato inequivocabilmente dai dati. La spesa sanitaria pro-capite ha conosciuto, tra il 2003 ed il 2009, uno dei minori incrementi tra i Paesi OCSE (pari all’1,6% con media pari ad un incremento del 3,6%). Dopo il 2009 abbiamo invece il poco invidiabile record di far parte del ristretto novero degli Stati (insieme a Grecia e Portogallo) che hanno ridotto la spesa sanitaria (-0,3% in confronto ad un incremento medio dei Paesi OCSE dell’1,4%)².

² Health at a glance. OECD Indicators. 10 Novembre 2017

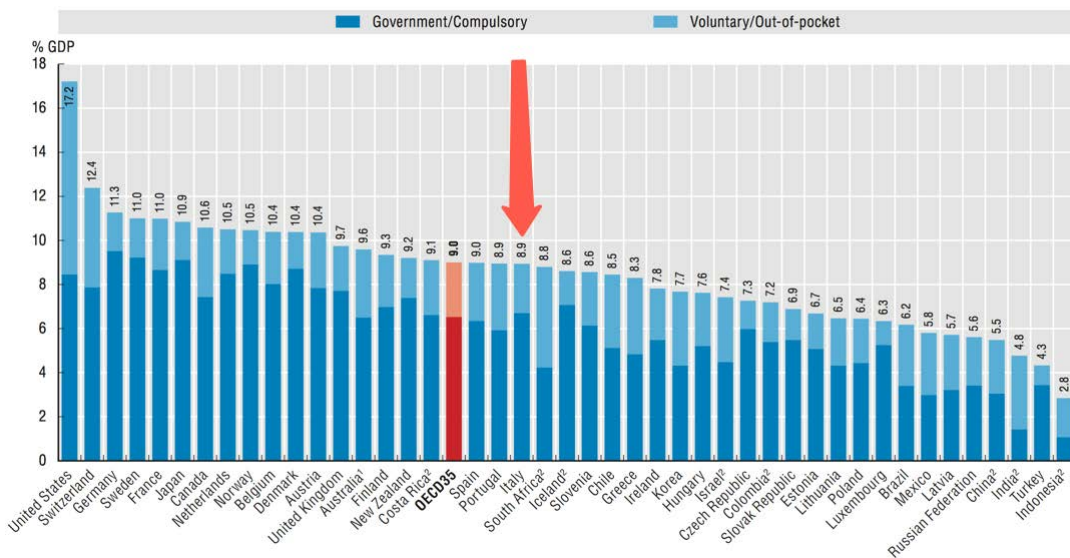
7.2. Annual average growth rate in per capita health expenditure, real terms, 2003 to 2016 (or nearest year)



La spesa sanitaria in rapporto al PIL (ultimi dati OCSE disponibili) evidenzia un progressivo arretramento della posizione del nostro Paese. La figura seguente evidenzia che complessivamente l'Italia è praticamente in linea con la media OCSE, ma in realtà il finanziamento statale è sempre più ridotto. Le barre evidenziano infatti due tipi di spesa: quella statale (colore più scuro) e quella "out of pocket" (colore più chiaro) ovvero quella che i cittadini sostengono di tasca propria (inclusi i ticket sanitari).

Al di là di questa distinzione va anche tenuto conto che il dato medio OCSE è il risultato di dati di spesa sanitaria/PIL che includono Paesi quali India, Cina, Brasile, Indonesia, Russia. In questa ottica, non solo ci collochiamo nella parte a destra della media insieme a Nazioni il cui livello di assistenza sanitaria non è paragonabile a quello dei Paesi europei ma soprattutto, proprio a livello europeo e tra i Paesi maggiormente industrializzati (G8 per intenderci), siamo indubbiamente tra gli ultimi insieme a Spagna, Portogallo e Grecia.

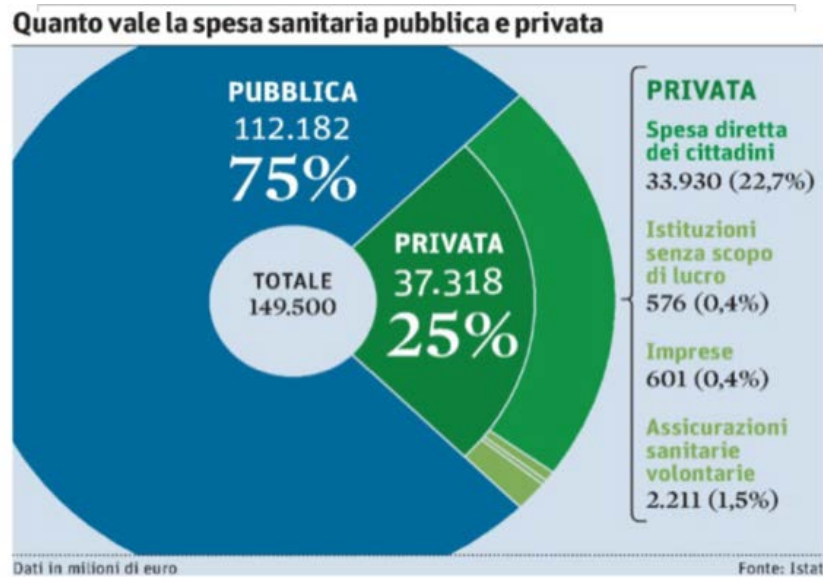
7.3. Health expenditure as a share of GDP, 2016 (or nearest year)



Se guardiamo al finanziamento statale depurato dalla spesa "out of pocket" il definanziamento risulta evidente anche negli ultimi 3 anni: dal 7,4% di finanziamento sul PIL (anno 2015 dati Eurostat) giungiamo al 6,5% del 2018 con una previsione del 6,3% per il 2020.

Un livello che ci pone più vicino a Colombia e Repubblica Slovacca escludendoci di fatto dai Paesi dell'area euro.

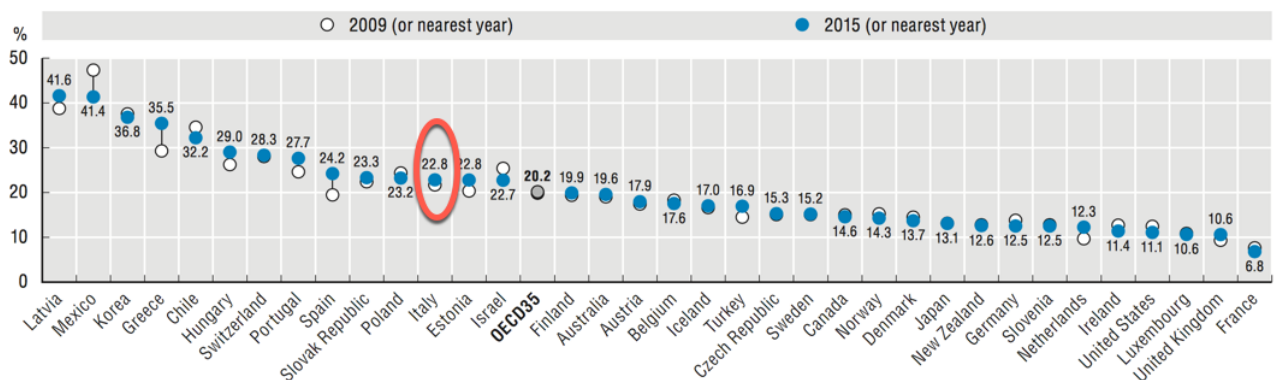
Il livello complessivo di spesa sul PIL è quindi determinato dall'aumento della spesa privata che supercompensa il declino (o la ritirata progressiva?) del finanziamento statale. Un fardello in più per i cittadini italiani che costituisce per molti un impegno finanziario insostenibile. Attualmente quasi un quarto della spesa sanitaria (22,7%) è in carico ai cittadini.



I dati rispetto agli altri Paesi OCSE non sono neppure in questo caso confortanti.

La figura che segue evidenzia come nella parte sinistra del grafico (ovvero quella in cui la spesa privata per i cittadini è maggiore del 20%) siamo insieme a Lituania, Grecia, Messico, Ungheria e Polonia, mentre sotto il 15% vi sono tutti i Paesi dell'area euro (tra cui quelli facenti parte del G8). Basti far presente che la spesa privata in Germania è del 12,5%, in Inghilterra del 10,6% ed in Francia addirittura del 6,8%.

7.8. Change in out-of-pocket expenditure as a share of expenditure on health, 2009 to 2015 (or nearest years)



Source: OECD Health Statistics 2017.

L'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN della XII Commissione del Senato, conclusasi a gennaio 2018, ha rimarcato la situazione molto problematica del progressivo definanziamento a 10 anni dalla recessione del 2008: *"in occasione dell'approvazione del DEF 2017, che il Governo aveva formalmente accolto impegnandosi a prevedere specifici interventi.*

Purtroppo, ad oggi, nessun intervento è stato previsto, neanche nella legge di Bilancio per il 2018, la quale non solo non prevede alcun riallineamento ma va esattamente nella direzione opposta.

Con riguardo al finanziamento cui concorre il Bilancio dello Stato, la legge di Bilancio fissa per il 2018 il finanziamento pari a 114 miliardi di euro, 1 mld in più rispetto al 2017. L'aumento di 1 miliardo non è peraltro sufficiente a coprire le maggiori spese già imposte alle regioni: il rinnovo dei contratti e delle convenzioni (stimato circa 1,3 miliardi) cui si aggiunge il taglio di 604 milioni per coprire il rifiuto delle regioni a statuto speciale a partecipare al risanamento della finanza pubblica.

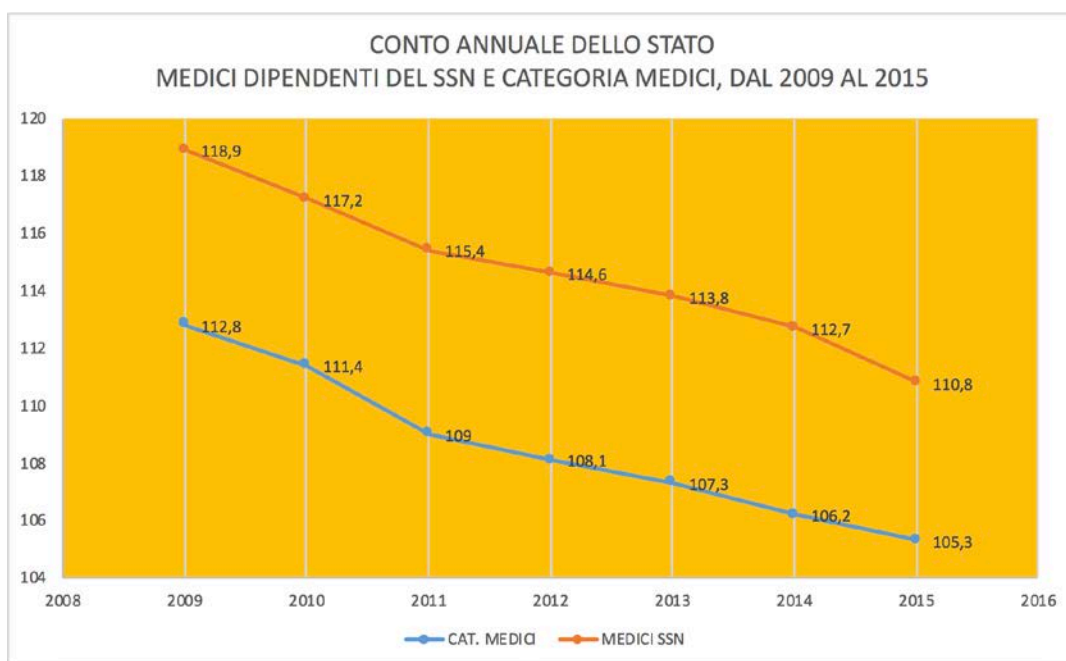
E così continua il processo di erosione delle risorse messe a disposizione del Ssn".³

CALO ED INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE MEDICA

La progressiva riduzione delle disponibilità finanziarie per il Sistema Sanitario Nazionale si accompagna inevitabilmente alla carenza di risorse strutturali ed ad allarmanti dati previsionali. Tra i molti indicatori ne scegliamo due: la inarrestabile riduzione del numero di posti letto e del numero di medici.

E' noto che politiche di razionamento delle risorse (malcelate in terminologie bocconiane di "efficientamento") puntano principalmente sulla voce del personale.

Il grafico seguente documenta la tendenza ormai pluriennale relativa al calo di medici del SSN.



A questa situazione se ne accompagnano altre tre, letteralmente esplosive, che rendono ancora più grave il prossimo futuro:

- 1) l'età media,
- 2) l'elevato numero di pensionamenti
- 3) la carenza di programmazione nella formazione di nuovi medici.

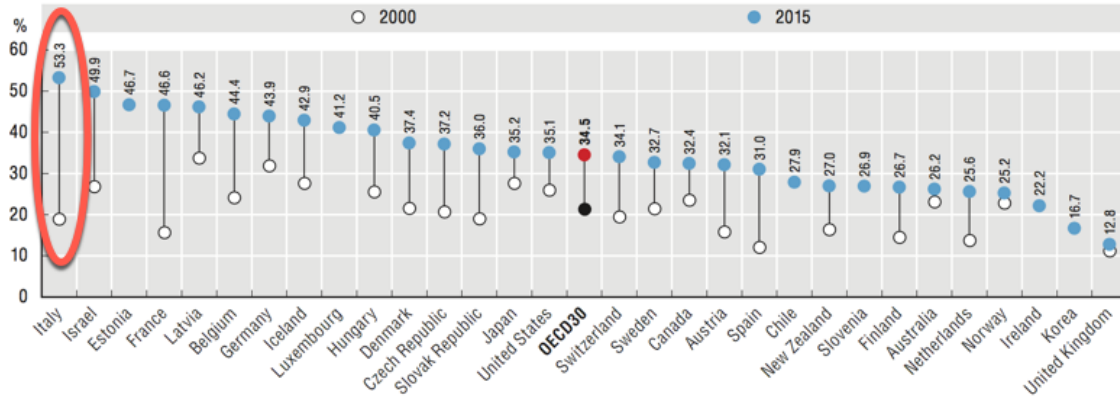
Anche ai livelli attuali (poco più di 100.000 medici) la situazione non sarebbe assolutamente critica se l'età media dei medici fosse di circa 40 anni. Ma se invece ci si trovasse di fronte ad un calo della popolazione medica associata ad un incremento continuo della età l'effetto risultante sarebbe notevolmente amplificato..

Con l'incremento dell'età aumentano le probabilità di patologie (anche stress lavoro-correlate data l'esiguità di personale in molte aree), l'aumento di limitazioni alla attività lavorativa, la difficoltà ad effettuare attività che 20 anni prima potevano essere svolte agevolmente.

La situazione purtroppo è proprio questa.

³ Legislatura 17^a - 12^a Commissione permanente - Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN del 10/01/2018

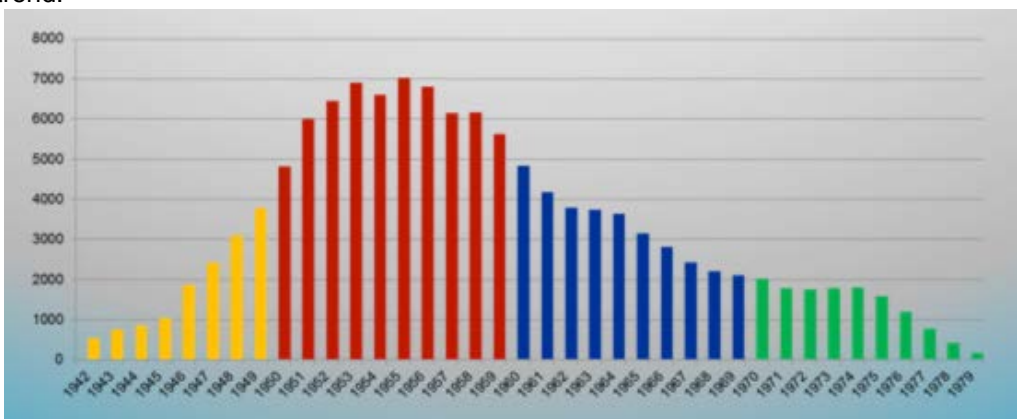
8.5. Share of doctors aged 55 years and over, 2000 and 2015 (or nearest year)



L'Italia detiene il poco invidiabile record dei medici ultracinquantenni. Il grafico evidenzia come più della metà dei medici è over-55 (esattamente il 53,3%). Deteniamo anche il record del balzo in avanti di tale percentuale. Nel 2000 i medici over-55 erano meno del 20%. Come si può notare dalla lunga linea che connette il cerchio bianco (anno 2000) a quello azzurro (anno 2015) vi è stato un nettissimo aumento della età metà media spiegabile solo con una completa stagnazione del turn-over.

A livello OCSE la percentuale di medici ultra-55enni si attesta a circa il 34%. Quindi in 15 anni abbiamo più che raddoppiato (o quasi triplicato) questo dato. L'Italia è pertanto passata dalla parte destra del grafico alla parte sinistra, fino ad occupare il primo posto, grazie soprattutto alla assenza di programmazione. In Inghilterra solo il 13% dei medici ha più di 55 anni. Ciò è dovuto all'alto numero di neolaureati che sono entrati nella forza lavoro nel decennio passato.

Il peggio deve ancora venire in quanto la cosiddetta "gobba demografica" (vedi grafico) riserverà un numero di pensionamenti elevatissimo. A cavallo degli anni '60-'70 si sono laureati molti medici, grazie alla assenza di blocchi all'accesso quale il numero chiuso. La curva demografica mostra un picco con riferimento ai medici nati negli anni cinquanta. Tutti questi medici stanno iniziando ad andare in pensione in questi anni, aggravando così la riduzione assoluta dei medici in attività. Considerando che, per sfornare nuovi medici (con specializzazione) servono almeno 10 anni, si può ben capire come il tempo sia ormai pochissimo per invertire il trend.



La programmazione è pertanto centrale per evitare il tracollo. Ma nè Regioni nè il Ministero sembrano minimamente preoccuparsi della situazione e nel frattempo, considerando che assistiamo anche alla incredibile situazione di molti medici laureati che non trovano posto nelle scuole di specializzazione, assistiamo ad un incremento considerevole di colleghi che scelgono di emigrare all'estero.

In 10 anni - dal 2005 al 2015 - sono stati 10.104 gli 'espatriati', secondo i dati forniti dalla Commissione europea sulle migrazioni dei professionisti. Nell'ultimo decennio, su 100 medici europei che lasciano il Paese d'origine, il 52% sono di nazionalità italiana. Una percentuale altissima considerando che al secondo posto di questa classifica vi è la Germania con il 19%.

Infine le ultime stime evidenziano una emorragia di circa 50.000 medici dipendenti del SSN nel decennio che va dal 2016 al 2025 cui si aggiungeranno circa 33.000 medici di medicina generale. Che tutti possano essere rimpiazzati pare, allo stato attuale, impossibile.

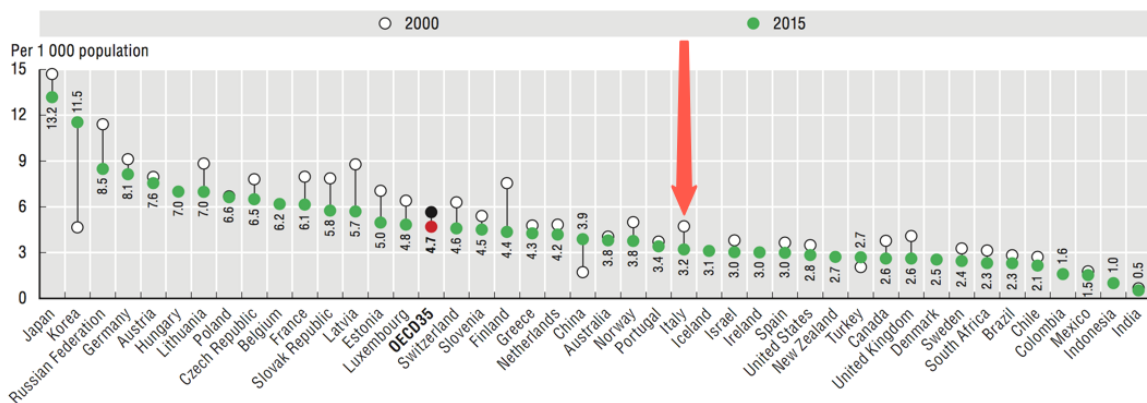
POSTI LETTO E DEMOGRAFIA DELLA POPOLAZIONE ITALIANA

Vi è un cespite irrinunciabile che caratterizza l'attività ospedaliera da centinaia di anni e che travalica anche i pur necessari aggiornamenti tecnologici, la formazione, la logistica ed i molteplici aspetti connessi a essa. Un mezzo senza il quale l'attività ospedaliera, anche la più moderna ed efficiente sarebbe semplicemente senza senso: il posto letto.

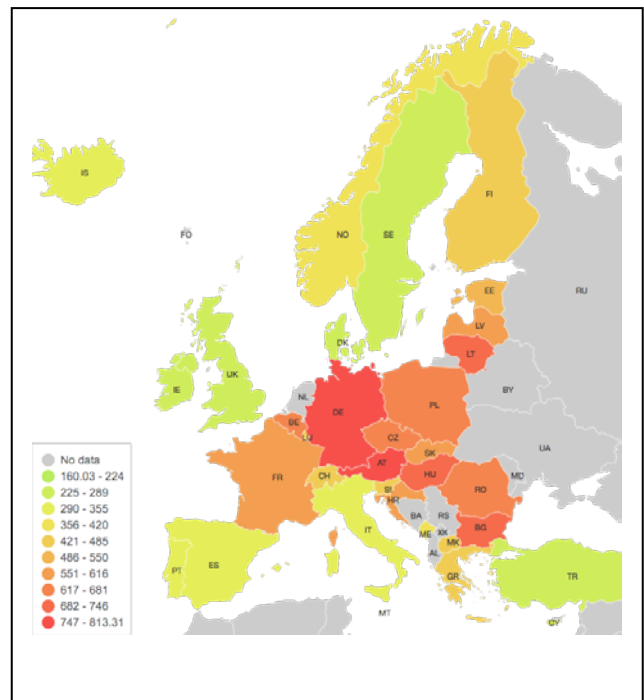
Senza posto letto è impossibile ricoverare, operare, curare o riabilitare nessun paziente. Abbiamo purtroppo esempi sempre più numerosi in cui l'assenza di posti letto viene anche vicariata con visite o manovre rianimatorie su pavimenti, scrivanie o barelle. Tali anomalie confermano il fatto che i posti letto non sono più commisurati ai bisogni di salute in ogni nosocomio.

La situazione italiana dal 2000 al 2015 non è dissimile al tracollo dovuto all'invecchiamento dei medici.

9.7. Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2015 (or nearest year)



L'Italia che già non brillava per numero di posti letto nel 2005 (al di sotto della media OCSE) si è inabissata fino al 3,2 posti letto /1.000 abitanti. L'arretramento del nostro Paese è tanto più grave quando si considerano altri fattori che rendono tale dato assai più problematico per una erogazione di prestazioni ospedaliere commisurata alle esigenze della popolazione. Nel grafico seguente (elaborazione Eurostat) il numero di posti letto è rapportato a 100.000 abitanti ma ha il pregio di evidenziare la geolocalizzazione della situazione tramite un gradiente di colori (dal rosso intenso al verde pallido) la situazione europea. Situazione assai più grave di quanto già sembri dato che in altri Paesi con un numero di posti letto/100.000 abitanti simile, l'età media della popolazione è ben diversa. Il preoccupante "pallore" del nostro Paese è indice di pessima salute. Va notato che, per questo dato, siamo dietro anche alla Grecia.

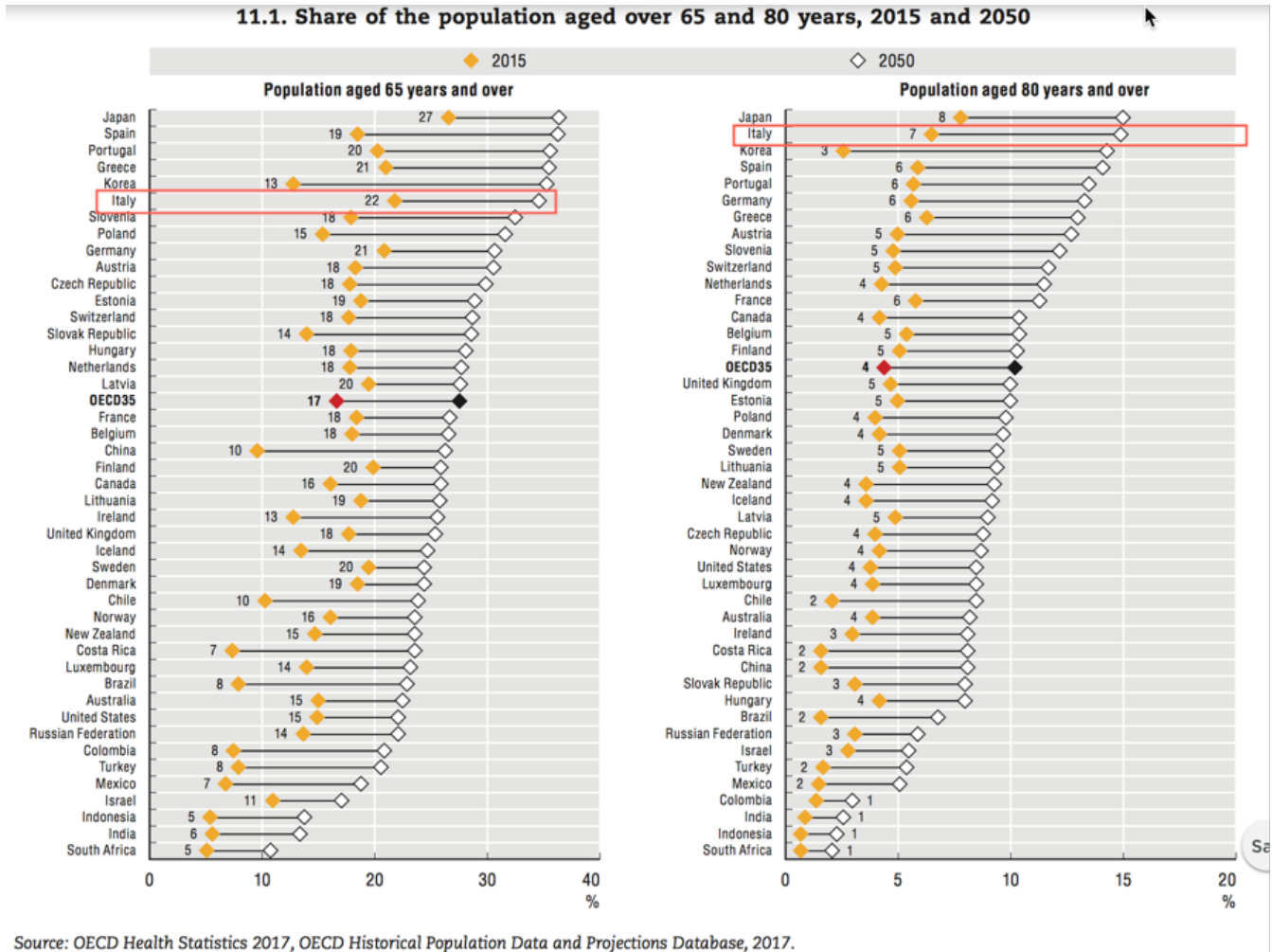


Il dato più eclatante è quello dell'invecchiamento della popolazione. L'Italia è un Paese con una aspettativa di vita tra le più elevate del mondo. L'età media della popolazione però aumenta sempre di più ed il saldo nascite/morti è negativo. Ciò determinerà modifiche sostanziali dell'assetto demografico.

Dai grafici seguenti si può vedere che già oggi l'Italia ha il 22% della popolazione superiore ai 65 anni (rombo giallo). Nel 2050 (rombo bianco) sarà circa del 35%.

La popolazione sopra gli 80 anni è oggi seconda solo al Giappone (7%). Nel 2050 toccherà il 15%.

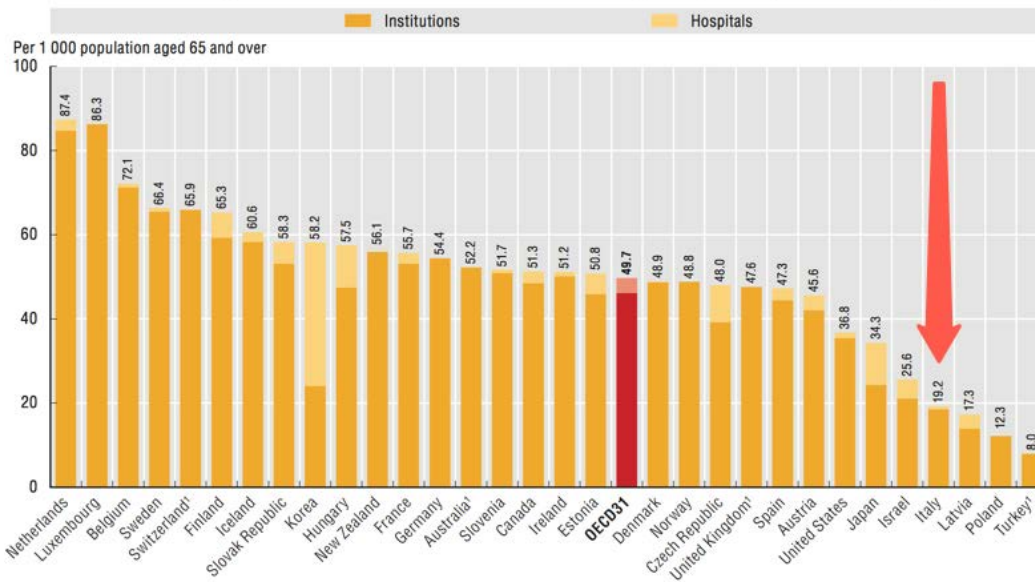
Le difficoltà che già oggi possiamo vedere in tutti i pronto soccorso e nei reparti di medicina con moltissimi anziani che accedono negli ospedali per i cosiddetti ricoveri di sollievo, intasando le già esigue possibilità di ricovero, non saranno più gestibili.



Questa situazione avrebbe già dovuto preoccupare i nostri governanti da tempo ma, purtroppo, la situazione è stata ampiamente sottovalutata.

Tra i Paesi OCSE solo la Lituania, la Polonia e la Turchia hanno meno posti letti percentualmente dedicati agli ultra-65enni (teniamo presente che questi 3 Paesi hanno una età media della popolazione assai più giovane della nostra). Non è quindi sorprendente che nei nostri reparti di medicina ci sia spazio solo per anziani (nei letti o nelle barelle) e che nei pronto soccorso sia possibile permanere anche più di una settimana per attendere un posto letto libero.

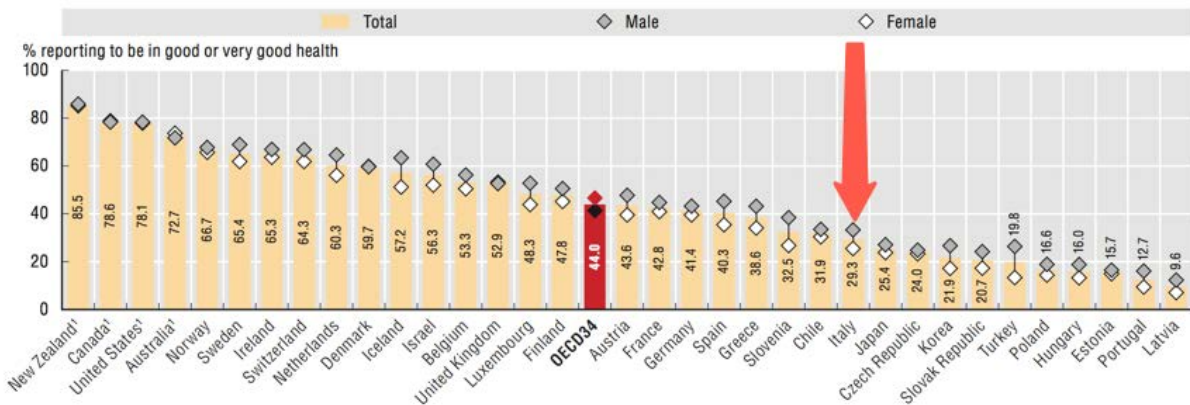
11.22. Long-term care beds in institutions and hospitals, 2015 (or nearest year)



La “narrativa” del nostro Sistema Sanitario come tra i migliori al mondo è stata avvalorata (erroneamente) con l’alta età media della popolazione e la lunga aspettativa di vita. E’ una equivalenza sbagliata in quanto la bontà di un valido sistema sanitario, profilato anche e soprattutto per le esigenze dei più anziani si misura con altri indicatori.

L’Italia ha un valore estremamente basso di stato di salute percepito tra gli over 65.

11.6. Perceived health status in adults aged 65 years and over, 2015 (or nearest year)

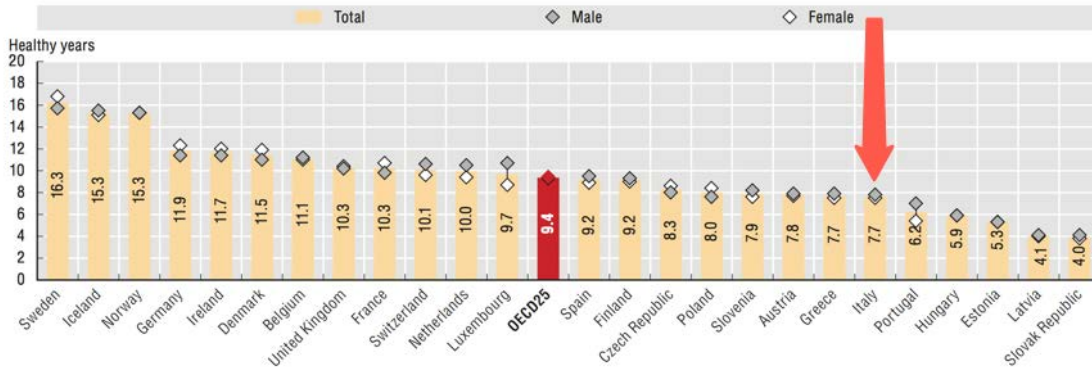


Ma il dato più drammatico sono gli anni medi in buone condizioni di salute dopo i 65 anni.

Pur essendo l’aspettativa di vita dopo i 65 anni tra le più alte al mondo (circa 21 anni - dati 2015), gli anni medi di vita in buone condizioni di salute e senza disabilità sono solo 7,7. Il confronto con un paese con una aspettativa di vita oltre i 65 anni simile al nostro, ovvero la Svezia, (20,2 anni) evidenzia che sono ben 16,3 gli anni medi in buone condizioni di salute.

Pertanto nel nostro Paese le persone anziane, oltre a percepire uno stato di salute peggiore della media, patiscono, oltre i 65 anni, di un periodo di tempo in buone condizioni di salute decisamente inferiore rispetto alla media.

11.5. Healthy life years at age 65, European countries, 2015 (or nearest year)

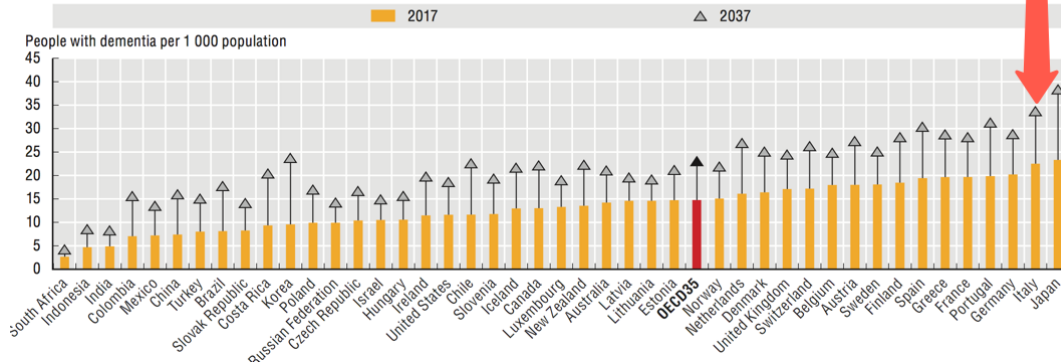


L'ultimo dato, dà l'idea di quale potrà essere il peso della assistenza sanitaria, attuale e futura, rivolta agli anziani del nostro Paese. Già oggi la prevalenza di persone con demenza è seconda solo al Giappone a livello mondiale ovvero pari a 25 casi/1.000 abitanti. Nel 2037 tale prevalenza sarà pari a 35 casi/1000 abitanti.

Nella situazione attuale, senza adeguati investimenti nel settore "long term care" e con i vari parametri delle disuguaglianze e della carenza di personale e della continua carenza di posti letto, il futuro del nostro Sistema Sanitario, già molto preoccupante in molte Regioni italiane, sarà segnato.

Alle famiglie non resterà altro che attingere all'esercito delle badanti, pagando di tasca propria una assistenza che dovrebbe essere invece dovuta. Oppure abdicare finanziariamente lasciando il loro caro in un letto di ospedale. Determinando inevitabilmente una ulteriore pressione sul settore ospedaliero.

11.9 Dementia prevalence



CONCLUSIONI

Sulla base di tutti questi dati non possiamo sostenere che il Sistema Sanitario Nazionale, a soli 40 anni dalla sua nascita, sia in buona salute. Senza interventi radicali e immediati il futuro del nostro SSN sarà segnato. La pressione demografica che porterà la nostra popolazione di anziani in numero sempre maggiore, la carenza di posti letto (soprattutto grave per la lungodegenza e le case di riposo), la progressiva riduzione di medici e di specialisti, la fuga verso l'estero dei medici italiani, la maggiore propensione del medico a lasciare il sistema pubblico avaro di gratificazioni ma ricchissimo di delusioni e fonte di stress ed infine, le gravi disuguaglianze territoriali favorite dal pessimo sistema federalista, sarebbero già sufficienti a segnarne il destino.

Abbiamo in aggiunta il progressivo definanziamento da parte dei Governi che si sono succeduti negli ultimi 15 anni, i quali hanno ritenuto la Sanità come una fonte di sprechi su cui praticare tagli indiscriminati senza che le ruberie (nel peggiore dei casi) e l'incompetenza (nel migliore dei casi) di chi ha gestito il sistema ne sia uscito minimamente scalfito.

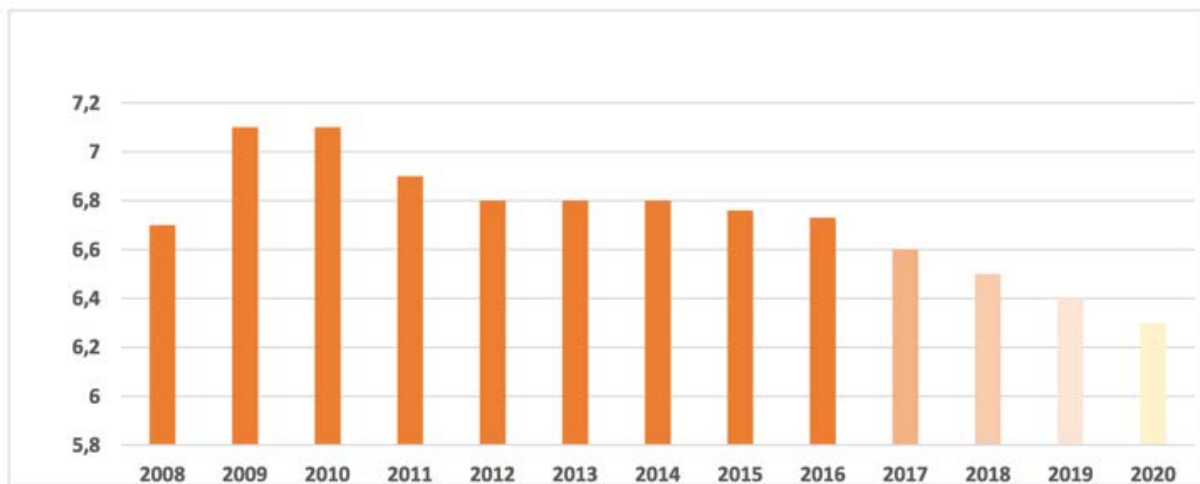
La questione dei posti letto è particolarmente grave. Secondo l'ultimo rapporto della Corte dei Conti: *“Nel periodo 2007/2015, l'Italia ha ridotto sensibilmente il numero di posti letto, da 228.286 a 194.065 (-15%), portando il rapporto posti letto per mille abitanti a 3,232 (era 4,7 nell'anno 2000). È uno dei valori più bassi dell'Unione europea: tutti i paesi dell'Unione hanno ridotto nel corso del tempo il numero di posti letto, ma Francia e Germania, nel 2015, hanno una dotazione di posti letto pari, rispettivamente, a 6,1 e 8,1 per mille abitanti.”*⁴

Non meno preoccupante il fatto che il nostro Paese investa molto meno in Sanità: *“Da segnalare, infine, che secondo dati Ocse relativi al 2015, gli investimenti fissi lordi totali, pubblici e privati, nel settore sanitario, sono stati pari allo 0,35% del Pil in Italia, e circa doppi in Francia (0,6%) e Germania (0,7%).”*

Ecco come il nostro Sistema Sanitario difficilmente potrà sopravvivere così come lo conosciamo.

Questo grafico vale mille parole:

Grafico 2/SA – Incidenza spesa SSN sul PIL

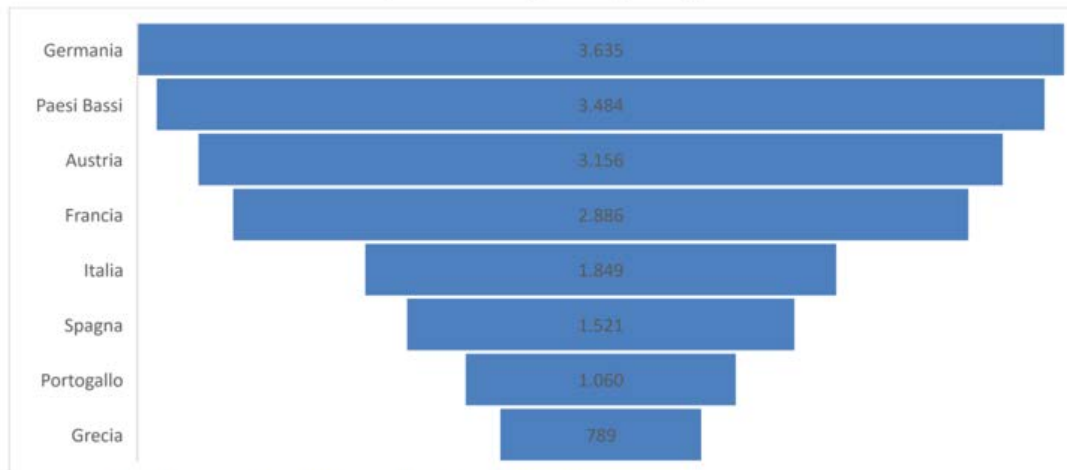


Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati MEF-RGS

Mentre il successivo grafico documenta in modo incontrovertibile come ormai la nostra situazione sia leggermente migliore solo di Spagna, Portogallo e Grecia ma molto lontana ormai da Paesi il cui PIL è più simile al nostro.

⁴ Corte dei Conti. Referto al Parlamento sulla situazione dei servizi sanitari regionali (Delib. n. 3 /SEZAUT/2018/FRG)

Grafico 3/SA – Spesa sanitaria pubblica *pro capite* - Anno 2016



Fonte: Banca dati Ocse (estrazione dati dicembre 2017); importi in euro

Le soluzioni migliori ad un declino annunciato sono chiare:

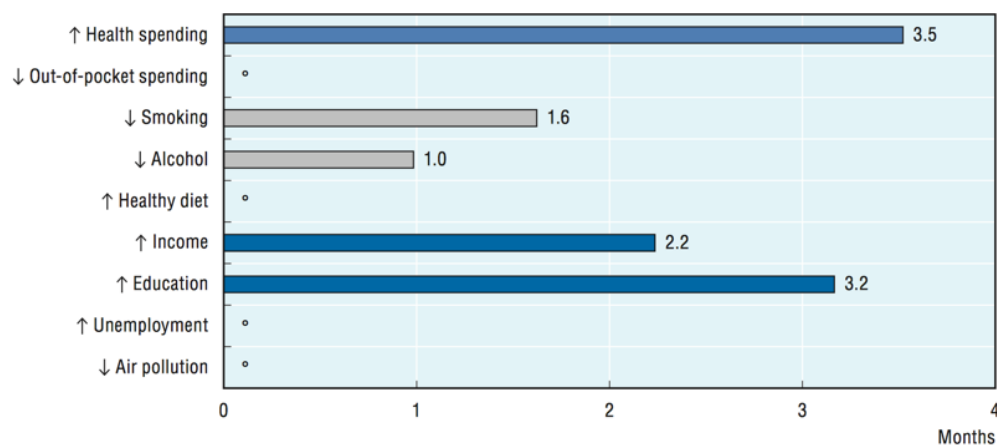
1. Aumento del Fondo Sanitario Nazionale
2. Aumento degli accessi alle Scuole di Medicina e programmazione accurata delle necessità di specialisti sul territorio nazionale
3. Modifica del sistema formativo post-laurea che garantisca l'immediata immissione nel mondo del lavoro degli specializzandi
4. Modifica radicale del sistema federalista che ha determinato più problemi (e deficit) che vantaggi in Sanità
5. Aumento dei posti letto, in particolare nel settore "long term care"

Ciò richiede che l'agenda politica cambi le priorità e parli finalmente di un Sistema Sanitario adeguato e rispondente al dettame costituzionale.

Un ultimo dato. Il grafico successivo documenta, nell'arco temporale 1995-2015, quale guadagno, in termini di aspettativa di vita, si possono attendere dall'aumento (o dalla diminuzione) del 10% di alcuni determinanti. Tra questi, l'aumento del 10% della spesa sanitaria porta ad un incremento della aspettativa di vita di 3,5 anni, l'aumento del 10% della spesa in istruzione ad un aumento nella aspettativa di vita di 3,2 anni, mentre l'aumento del 10% del reddito ad un aumento nella aspettativa di vita di 2,2 anni di vita.

Figure 2.3. **Life expectancy gains associated with a 10% change in the main determinants of health**

Analysis based on 35 OECD countries for the time period 1995-2015



Ancora una volta la spesa in sanità vince.

Investire nella sanità pubblica vuol dire innanzitutto dare certezza di finanziamenti adeguati per un tempo adeguato (triennale), escludendo cioè riduzioni in corso d'opera come spesso è avvenuto sulla base di aggiustamenti di bilancio dell'ultimo ora.

Investire si può e si deve prioritariamente nei punti di forza oggi in sofferenza per:

- garantire la piena esigibilità dei vecchi e nuovi LEA in tutte le regioni e in tutti i territori delle regioni considerando le peculiarità del tessuto sociale, delle caratteristiche epidemiologiche e superando lo strumento dei LEA;
- allineare in un quadro programmatico, gli standard quali quantitativi di prestazioni sanitarie e sociosanitarie del Mezzogiorno a quelli delle regioni più avanzate e, al riguardo, fattore critico è affiancare ai finanziamenti dei fabbisogni sanitari standard, una quota di perequazione per le regioni del Mezzogiorno misurata da altri indicatori di fabbisogni quali la deprivazione sociale;
- favorire la diffusione di modelli di cura e assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali, ospedalieri e territoriali che mettono al centro i bisogni della persona, per la prevenzione, per un impegno diffuso e omogeneo per le cronicità e le fragilità, per la continuità delle cure e dell'assistenza, per una efficace integrazione tra cure specialistiche ospedaliere e cure primarie territoriali e servizi socio assistenziali del territorio;
- prendersi cura del capitale umano, i professionisti, della loro formazione di base e specialistica adeguando i modelli e contenuti formativi, alle complesse transizioni dei fini e dei mezzi della moderna medicina e della relazione con le persone assistite e istituzioni sanitarie, del loro aggiornamento, del loro lavoro, della loro remunerazione, dei loro ruoli nelle organizzazioni votate ad assistere e curare;
- incentivare la ricerca sanitaria pura e applicata, in progettazione e produzione di tecnologie avanzate, di organizzazioni sicure ed efficaci che ruotano intorno all'umanizzazione e personalizzazione delle cure;
- migliorare i luoghi di assistenza e cura facendone innanzitutto ambienti sicuri ed accoglienti;
- una nuova governance del farmaco e delle nuove tecnologie (HTA) fondata sull'appropriatezza delle indicazioni, accessibilità all'uso, trasparenza delle fonti scientifiche basate sulle migliori evidenze disponibili, sostenibilità dei costi.

Varrebbe la pena ricordare a chi ha tagliato fino all'osso le risorse per la sanità le parole della Commissione Romanov, nel Rapporto relativo al sistema sanitario canadese nel 2002, ovvero che *“non vi è uno standard su quanto un paese dovrebbe spendere per la salute: un sistema sanitario è tanto sostenibile quanto un paese vuole che lo sia”*.

Quale sia la volontà del nostro Paese lo vedremo nei prossimi anni.

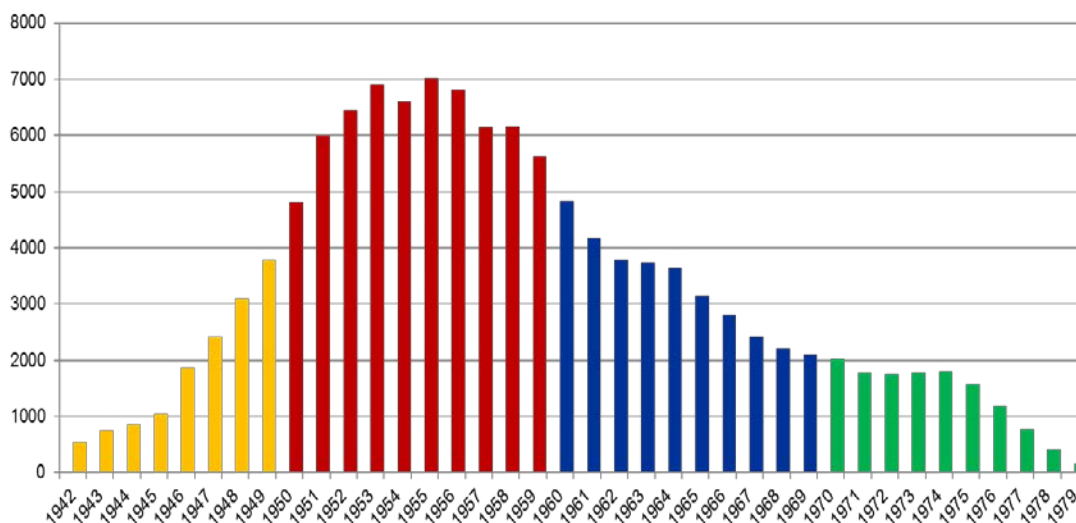
tesi congressuale

ORGANIZZAZIONE E CONDIZIONI DI LAVORO

- **Demografia dei medici e dirigenti sanitari: l'invecchiamento della popolazione professionale e sue ricadute nel lavoro ospedaliero** (Carlo Palermo, Giuseppe Ricucci, Giampaolo Papi, Giuseppe Magno)
- **Gli standard organizzativi del personale: DM 70, il metodo Piemonte, il metodo Veneto** (Dino Della Giustina, Massimo Fornaini, Giuseppe Fornarini, Gianluca Ruiu)
- **Orario di lavoro, guardie e reperibilità alla luce delle direttive europee: tra flessibilità nell'organizzazione del lavoro e tutela della salute del professionista. Proposte.** (Pierluigi Api, Sergio Costantino, Alessandro Grimaldi, Luigi Orsini)
- **La femminilizzazione della professione: ricadute sull'organizzazione del lavoro e tutele** (Concetta Liberatore, Anna Tomezzoli, Elisabetta Lombardo, Gerardo Anastasio)
- **Demografia dei medici e dirigenti sanitari: l'invecchiamento della popolazione professionale e sue ricadute nel lavoro ospedaliero** (Carlo Palermo, Giuseppe Ricucci, Giampaolo Papi, Giuseppe Magno)

I - EVOLUZIONE E TRASFORMAZIONE DELLA DOMANDA SANITARIA

In precedenti lavori pubblicati nel 2011, nel 2014 e nel 2016 abbiamo prospettato il pericolo di un progressivo depauperamento del personale medico operante nel nostro sistema sanitario nazionale (SSN) per il sopraggiungere di una “gobba pensionistica” e il rischio di un decadimento della qualità generale dei servizi legato alla perdita di operatori esperti ed in possesso di elevate capacità professionali, amplificata dai ritardi del sistema di formazione post-lauream.



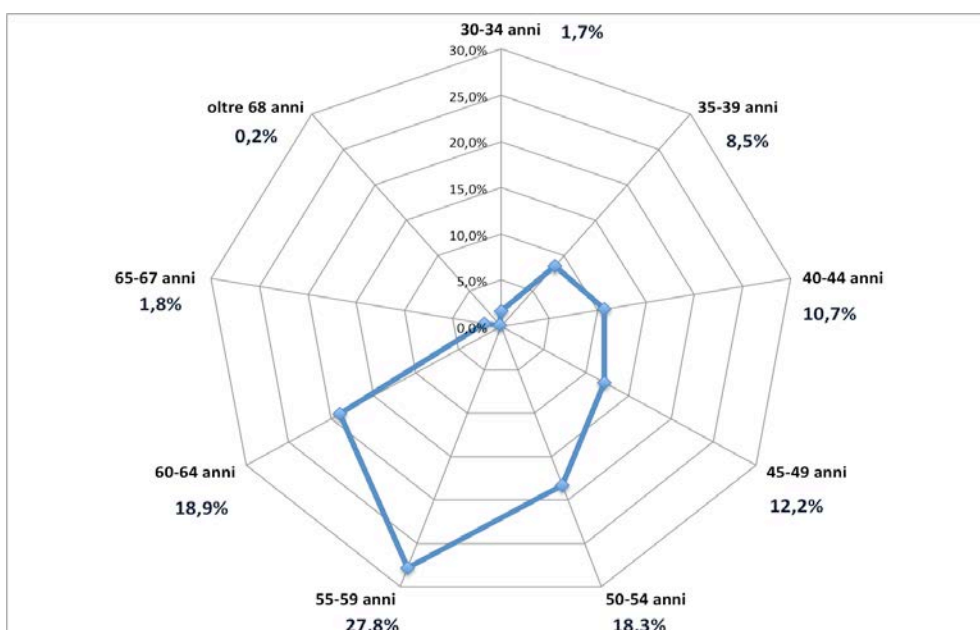
La figura 1 mostra i 118.000 medici dipendenti del SSN nel 2008 distribuiti per anno di nascita. Le frequenze maggiori si hanno per i nati tra il 1950 e il 1961. Considerando che nel 2018 usciranno dal sistema

prevalentemente i nati nel 1952/1953, è ipotizzabile che il trend in uscita rimanga molto alto fino al 2027/2028 ad invarianza di criteri pensionistici. Dal 2029 la gobba tenderà a diminuire progressivamente, ritornando a tassi annuali di quiescenza più fisiologici e gestibili dal 2033/2034. Ovviamente, ogni intervento che riduca gli anni di contribuzione necessari per la pensione di anzianità anticiperà la dinamica di uscita concentrandola in tempi minori. La revisione della Legge “Fornero”, come prospettata da alcune forze politiche, ne rappresenta un esempio.

La tabella 1 mostra invece la distribuzione dei medici a tempo indeterminato e determinato nelle singole Regioni nel 2016. E' evidente, se confrontiamo i dati con quelli del 2008, il netto calo dei medici in servizio legato al blocco del turnover in atto dall'inizio della crisi economica. È questo il fattore più importante nel peggioramento delle condizioni di lavoro nelle strutture ospedaliere e territoriali del SSN.

Regione	TOTALE MEDICI	Tempo indeterminato	Tempo determinato
Abruzzo	3022	2842	180
Basilicata	1241	1164	77
Calabria	4211	3848	363
Campania	9562	9252	310
Emilia-romagna	7273	6762	511
Friuli-venezia giulia	2630	2493	137
Lazio	9133	7813	1320
Liguria	2656	2461	195
Lombardia	14364	12996	1368
Marche	3075	2919	156
Molise	644	517	127
Piemonte	8974	8753	221
Puglia	7138	6508	630
Sardegna	4148	3790	358
Sicilia	9733	8763	970
Toscana	8910	8690	220
Trentino-alto adige (somma BOL-TN)	2011	1852	159
Umbria	2295	2090	205
Valle d'aosta	363	359	4
Veneto	8570	8332	238
DATO NAZIONALE	109955	102204	7751

La figura 2 mostra la composizione anagrafica della popolazione di medici a tempo indeterminato dipendenti del SSN. Gli ultra cinquantenni sono il 66,8% del totale, mentre l'età media è intorno ai 54 anni. Questi semplici dati demografici valutati alla luce dei criteri di pensionamento per anzianità contributiva (attualmente 42 anni e 10 mesi) ci portarono a stimare nello studio del 2016 una uscita per pensionamento di circa 50.000 medici dipendenti del SSN nel decennio 2016/2025.



Le nostre, però, si stanno rilevando stime prudenziali. Oggi le cronache raccontano di medici che abbandonano il posto di lavoro anche prima dell'acquisizione dell'anzianità contributiva utile ai fini della quiescenza, a causa del drammatico peggioramento delle condizioni di lavoro, grazie a mutate disposizioni legislative o alle sirene di un mercato privato rilanciato dal moltiplicarsi di fondi sanitari di fatto sostitutivi delle prestazioni del SSN. Siamo oramai alla fuga dagli ospedali.

Vi sono, infatti, aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa), l'invecchiamento della popolazione medica in assenza della applicazione delle raccomandazioni contrattuali di esonerare dai turni di guardia notturni i medici con più di 55 anni di età, le difficoltà crescenti di godere delle ferie annuali e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazionale e dalle direttive europee. Nessuna meraviglia, quindi, se un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali o economiche, visto che le retribuzioni sono inchiodate ai valori del 2010, costretto dalle attuali condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturni e festivi e reperibilità più volte la settimana e quasi tutti i weekend, con una gravosa mole di lavoro straordinario nemmeno retribuito o recuperabile, in condizioni di elevato rischio professionale, decide di abbandonare il posto di lavoro. Andando in quiescenza, o anche semplicemente dimettendosi, per mettere a disposizione del settore sanitario privato elevate capacità culturali e tecniche maturate in anni di duro lavoro nel SSN, in condizioni di esercizio professionale meno disagiate, se non più remunerative. Senza considerare, inoltre, che i medici e i dirigenti sanitari del SSN una volta raggiunto il massimo della contribuzione pensionistica non hanno alcuna convenienza economica nel rimanere in servizio.

Sulle condizioni organizzative delle strutture del SSN incidono anche altri fattori che da un lato anticipano i pensionamenti e dall'altro contribuiscono a peggiorare le condizioni di lavoro negli ospedali.

Il blocco del turnover sta incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro SSN, rallentando il ricambio generazionale e con esso il trasferimento di conoscenze e capacità tecniche sostenute dalla fisiologica osmosi tra generazioni professionali diverse, ed impoverendo le dotazioni organiche ed innalzando la età media dei medici ospedalieri al di sopra dei 54 anni, la più alta nel panorama mondiale. Il tetto di spesa per il personale determina mancata sostituzione delle Colleghe in gravidanza, un gravissimo attacco delle Regioni e delle Aziende ad un diritto delle donne, con rilevanti ripercussioni sul clima interno dei reparti e sulle condizioni di lavoro, in un contesto di crescente femminilizzazione della professione. Da non trascurare, infine, il fatto che molti dei medici ultrasessantenni che si avvicinano alla data di pensionamento hanno accumulato nel tempo, a causa delle carenze di personale, molti mesi, se non anni, di ferie non godute, da fruire prima della quiescenza, rappresentando, di fatto, un ulteriore elemento di anticipazione dell'uscita dal servizio. Senza che nemmeno esista una norma che preveda la sostituzione di chi si trova in questa condizione, certamente non legata alla sua volontà ma alle inadempienze aziendali.

Infine, il "cumulo previdenziale", se da un lato rappresenta una conquista di civiltà ed equità che valorizza la funzione delle Casse professionali, che ora concorrono appieno al raggiungimento della pensione, dall'altro produce effetti di anticipazione delle uscite dal sistema che potrebbero andare da pochi mesi fino a 3 anni. Effetti attesi anche in caso di riforma della legge "Fornero", annunciata nei programmi elettorali di alcune forze politiche, con il passaggio del limite contributivo per la pensione di anzianità a 41 anni dagli attuali 42 e 10 mesi.

Questi motivi ci inducono ad ipotizzare, nei prossimi cinque anni (2018 / 2022), un esodo di medici dipendenti del SSN, per pensionamento o dimissioni a qualsiasi titolo, superiore ai 30.000 previsti, potendo arrivare fino a circa 40.000, cui sono da aggiungere altri 5000 specialisti tra universitari e ambulatoriali convenzionati.

In mancanza di sostituzioni, le conseguenze sul sistema delle cure, specie in pediatria, chirurgia generale, ginecologia, medicina interna, ortopedia, saranno drammatiche, a partire dalle strutture periferiche dove i pochi medici presenti sul mercato non vorranno più lavorare. Sarà problematico mantenere aperti punti nascita con meno di 1000 parti anno o trovare medici per gli ospedali delle valli piemontesi, lombarde o

venete, per le isole o per le zone disagiate montane. Le condizioni operative dei reparti di specialità mediche e chirurgiche cambieranno profondamente perché dovranno concentrare l'attività sui pazienti ricoverati, venendo a mancare gli orari necessari per mantenere aperte le attività ambulatoriali, diagnostiche e cliniche, rivolte a pazienti affetti da malattie croniche avanzate o neoplasie, per fare esempi parziali. La riduzione del personale potrebbe trascinare una ulteriore riduzione dei posti letto, già oggi tra le più basse nel panorama europeo, fino ad un taglio di ulteriori 40.000 posti letto, portando il rapporto al di sotto del 2,5 per mille abitanti che collocherebbe l'Italia all'ultimo posto in Europa. L'accesso alle cure diventerà sempre più difficile e le disuguaglianze aumenteranno.

La nostra parte in termini di analisi e proposte la svolgiamo da molti anni. I governi nazionali e regionali, che non hanno voluto ascoltare, si troveranno in grandissima difficoltà e non potranno sfuggire alle loro responsabilità. Qualcuno si muova prima che sia troppo tardi per l'intero sistema pubblico delle cure. Importanti difficoltà derivano certamente dalla riduzione del finanziamento alla Sanità Pubblica. In particolare, appare anacronistico nel 2018 che il costo del personale possa essere lo stesso del 2004 con una riduzione dell' 1.3%, come stabilito anche dalla recente Legge di bilancio, senza mettere in conto una pesante ripercussione sui servizi erogati ai cittadini. I LEA necessitano di un finanziamento adeguato e certo, altrimenti sono solo **Livelli Eventuali di Assistenza**.

La carenza di nuovi medici è dovuta soprattutto al fatto che nell'ultimo decennio i posti messi a disposizione nelle scuole di medicina e chirurgia ed in particolare nelle scuole di specializzazione non sono stati programmati in base al fabbisogno del nostro sistema sanitario.

Dobbiamo poi considerare che in Italia, a differenza di altre nazioni europee, non basta l'abilitazione alla professione per poter prestare servizio in un ospedale pubblico. La legislazione nazionale prevede che per un dato reparto possano essere assunti solo medici che sono in possesso della relativa specializzazione oppure di una specializzazione equipollente o affine.

Sempre di più nelle strutture ospedaliere periferiche i posti messi a concorso restano scoperti per mancanza di medici disponibili a lavorare lontano dalle grandi città. Il problema è particolarmente acuto per il Pronto Soccorso, per i reparti di Pediatria, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia generale e in futuro è destinato ad allargarsi ad altre specialità.

Inoltre, mentre in altre nazioni europee, come per esempio la Francia, la Svizzera e la Germania, gli ospedali pubblici assumono i medici con chiamata diretta, in Italia la legislazione prevede che ciò debba avvenire solo mediante pubblici concorsi, che risultano farraginosi ed estremamente burocratizzati, tanto da non rispondere più alle esigenze organizzative degli ospedali che mutano rapidamente.

Proposte per la politica:

1. In condizioni di necessità e per alcune branche specialistiche (anestesiologia e radiologia, ma non solo), in assenza nei concorsi di candidati provvisti di diploma di specialità, si possa procedere in via eccezionale all'assunzione a tempo determinato di medici specializzandi che abbiano superato il secondo anno del corso, in deroga alla legge vigente, ai fini di non interrompere l'erogazione dei servizi sanitari stabiliti con i LEA.
2. L'attuale fondo statale per la formazione specialistica post-lauream permette di finanziare almeno 6.100 contratti nazionali. E' auspicabile che le Regioni contribuiscano all'aumento dei contratti di formazione specialistica, diventando protagoniste della programmazione e del cammino formativo dei giovani medici specializzandi e della sostenibilità generale del sistema. Con il loro intervento e lo stanziamento di ulteriori 1.900 contratti (differenza tra posti Miur e fabbisogno regionale calcolata sull'ultimo anno accademico 2017/2018), il gap tra partecipanti al concorso e posti a bando si ridurrebbe sensibilmente negli anni a venire. Il costo complessivo è stimabile in quasi 190 milioni di euro (per specializzazioni di durata quadriennale), ammonterebbe mediamente a poco più di 9 milioni di euro per le 20 Regioni italiane, circa 2,25 milioni per anno, una cifra oggettivamente alla portata di ogni bilancio regionale. Pertanto, le Regioni dovrebbero farsi carico della differenza tra posti ministeriali e fabbisogno, che esse

stesse devono indicare ogni 3 anni. La recente legge Lorenzin prevede l'individuazione della rete formativa. Attraverso modalità negoziate dovranno essere individuati Teaching hospital deputati a una formazione on the job. Nel dettaglio, la nostra proposta prevede, dopo i primi anni passati tra le mura universitarie, il completamento della formazione per 24 mesi in ospedali extra-universitari che abbiano specifici requisiti di "ospedali di apprendimento" come previsto dal DM sull'accREDITAMENTO delle Scuole di Specializzazione, mediante la stipula di un contratto ad hoc di formazione medica abilitante a tempo determinato, con finanziamento integrativo regionale, al posto dell'attuale contratto di formazione specialistica. In alternativa l'integrazione di contratti a carico delle Regioni potrebbe essere destinato fin dall'inizio ad un percorso formativo post-lauream aggiuntivo a quello Universitario basato interamente sulla programmazione regionale, valorizzando l'immenso patrimonio culturale e di casistica presente negli ospedali del SSN. In sintesi per i neolaureati è ipotizzabile un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato a tutele crescenti, su posti aggiuntivi rispetto alla dotazione organica degli ospedali di rete, con insegnamento della parte teorica a carico delle Università e contestuale rilascio da parte della stessa del titolo di specialista con una valutazione finale che preveda la partecipazione del tutor ospedaliero.

3. Si propone, infine, di modificare la norma che impedisce ai Dirigenti medici che hanno raggiunto i limiti massimi di servizio e di periodo contributivo, e che quindi per legge sono collocati in pensione, di poter continuare a svolgere, con una remunerazione aggiuntiva e per un periodo massimo di 12 mesi, funzioni assistenziali nella disciplina nella quale prestavano servizio o in altre discipline, in rapporto ad esigenze specifiche, non altrimenti risolvibili.

GLI STANDARD ORGANIZZATIVI DEL PERSONALE: DM 70, IL METODO VENETO, IL METODO PIEMONTE.

a cura di

Dino Della Giustina

Massimo Fornaini

Giuseppe Fornarini

Gianluca Ruiu

Considerazioni generali sulla determinazione del fabbisogno del personale della Dirigenza medica e sanitaria.

A livello nazionale si è manifestata la necessità di individuare una metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno di personale presentati dalle Regioni/Province Autonome ai sensi della L.n. 208/2015.

In questo ambito, il combinato disposto del D.M. 70/2015 e dell'art. 1 comma 541 della legge citata, attribuisce alle Regioni il compito di determinare il fabbisogno di personale dell'area ospedaliera in misura coerente alle scelte di programmazione sanitaria, che costituiscono l'elemento fondamentale della determinazione del fabbisogno stesso.

Il Patto per la Salute 2014-2016 ha prefigurato una riorganizzazione del sistema sanitario in cui una parte, la rete ospedaliera, sarà oggetto di concentrazione, sia del numero dei presidi, che delle strutture organizzative, mentre la parte territoriale dovrà evolversi attraverso l'individuazione di percorsi di cura atti a presidiare la post-acuzie, la cronicità e l'integrazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda la determinazione delle dotazioni di personale sanitario, l'atto di indirizzo e coordinamento che fissa i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, approvato con DPR 14 gennaio 1997, fornisce indicazioni generiche limitandosi ad affermare che "la dotazione di personale deve essere rapportata al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate".

Il Decreto del Ministero della Sanità del 13 Settembre 1988, che aveva per oggetto la determinazione degli standard di personale dei presidi ospedalieri, risulta superato oltre che dalla dimensione organizzativa anche dall'evoluzione normativa soprattutto perché è prerogativa esclusiva delle Regioni disciplinare con proprie leggi l'articolazione territoriale e l'organizzazione interna dei servizi sanitari.

Il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" non prevede specifici standard per quanto riguarda il personale di assistenza.

Il recepimento di queste normative da parte delle regioni dovrebbe disciplinare la definizione puntuale dei requisiti - in particolare organizzativi e di personale per l'accreditamento istituzionale.

Determinazione del fabbisogno.

1. La proposta del VENETO

Il processo di determinazione del fabbisogno di personale deve comunque essere inteso come un processo virtuoso, in continua evoluzione, adattabile alle esigenze di salute dei cittadini, così come la programmazione socio sanitaria regionale deve essere uno strumento duttile rispetto alle nuove esigenze.

In un modello organizzativo ospedaliero tipo *hub & spoke*, all'interno del quale operino sia strutture pubbliche che private accreditate, il primo livello è costituito dagli "ospedali hub" ed esercita una azione centripeta sui flussi dei ricoveri.

Il secondo è costituito dagli: "ospedali spoke". Fanno parte di questo i presidi ospedalieri distribuiti nel territorio regionale, non necessariamente presso i capoluoghi di provincia, ed esercita invece una azione centrifuga sui flussi di ricoveri verso gli ospedali hub. Gli spoke sono poi suddivisi nei seguenti 2 sottolivelli, in base alla dimensione del bacino di utenza, alla dotazione di reparti e servizi specialistici ed alla dotazione di posti letto:

- "Presidi ospedalieri di rete" con bacino di utenza mediamente sub provinciale
- " Ospedali nodo di rete" con bacini di utenza zionali, con dotazioni di reparti e servizi specialistici di base a bassa complessità.

Le linee di indirizzo regionali per la definizione dei valori minimi di riferimento per il personale Dirigente Medico e Sanitario, hanno lo scopo di individuare principi e criteri univoci omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole aziende, garantiscano una base comune e un riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo.

Lo scenario organizzativo/assistenziale è in continua evoluzione e ne consegue che la definizione delle dotazioni di personale medico e sanitario necessarie a garantire adeguati e appropriati livelli assistenziali secondo standard qualitativi definiti, rappresenta uno degli elementi strategici nel dominio della programmazione sociosanitaria regionale.

Per la definizione dei valori di riferimento, gli attuali modelli descritti in letteratura ed utilizzati in contesti nazionali nonché internazionali si sono dimostrati, per molteplici motivi, difficilmente implementabili nel contesto assistenziale ed organizzativo.

Si rende pertanto necessario individuare un modello che si regga in considerazione delle peculiarità del "sistema salute", tenendo conto delle esigenze programmatiche e della "mission" delle singole strutture. Gli step principali di sviluppo del progetto sono i seguenti:

- definizione al livello regionale di modelli organizzativi standard specifici per le attività sanitarie
- indagine conoscitiva rivolta a tutte le aziende sanitarie regionali
- confronto al livello regionale
- analisi e valutazione delle discordanze
- individuazione conclusiva dei bisogni certi di personale, nel rispetto del D. Lgs. 66/2003 e dei principi di sicurezza organizzativa e clinica.

La valutazione della dotazione rispetto al modello dovrà tenere in considerazione molteplici variabili clinico organizzative che incidono sulle attività assistenziali del personale medico.

La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le

esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla "mission" delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione.

Per la determinazione del fabbisogno vanno considerate le attività che le singole unità operative sono tenute a prestare in relazione al loro ruolo nella realtà regionale di riferimento. Per la determinazione del fabbisogno di personale medico e sanitario è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i sanitari svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua. Di tutte queste attività, necessarie a garantire il corretto funzionamento dell'unità operativa e del presidio nel suo complesso, si deve tener conto nella determinazione del fabbisogno.

Il modello deve necessariamente individuare un "modello minimo" di riferimento, rappresentativo del modo di operare dei presidi simili dal punto di vista quali-quantitativo. Si dovrebbe partire, quindi, da un processo di definizione delle condizioni organizzative minime, per la realizzazione delle attività previste per una determinata unità operativa.

Si manifesta, pertanto, la necessità di individuare dei "modelli organizzativi" che presentino caratteristiche comuni e che possano essere confrontabili dal punto di vista del fabbisogno e della relativa organizzazione del personale, in modo da poter effettuare un *benchmark* delle strutture, compatibile con il ruolo dell'ospedale nella programmazione regionale: hub, spoke o nodo di rete.

Nella valutazione del rispetto dei valori minimi si dovrà tener conto di una serie di elementi:

- la tipologia e le attività prodotte
- i piani di lavoro utilizzati per la produzione delle suddette attività
- i volumi prestazionali
- eventuali criticità riscontrate
- i modelli organizzativi "standard" di riferimento per quella disciplina o area la - previsione quali-quantitativa di attività in ottica di medio-lungo periodo

Il personale è tenuto a svolgere la propria attività nell'ambito del complesso dei presidi, servizi e uffici dell'Azienda, nel rispetto dei diritti di ciascuna posizione funzionale e profilo professionale.

Il turno deve articolarsi in modo opportuno rispetto ai fabbisogni della struttura, limitando quanto più possibile il ricorso agli istituti della guardia medica e della pronta disponibilità. Il lavoro deve essere organizzato in modo da valorizzare il ruolo interdisciplinare dell'equipe e la responsabilità di ogni operatore nell'assolvimento dei propri compiti istituzionali.

Nell'organizzazione del lavoro si deve necessariamente tener conto delle esigenze proprie aziendali, l'organizzazione su base dipartimentale diventa elemento caratterizzante per la collaborazione di più unità operative con caratteristiche di fungibilità. Ne discende che l'organizzazione dipartimentale, individuata negli atti aziendali, deve essere valutata nell'organizzazione del personale e delle relative guardie.

Gli organici del personale dirigente medico e sanitario vanno determinati anche in funzione dell'applicazione degli istituti contrattuali, di interventi di adeguamento del Piano Socio Sanitario e di completamento della programmazione regionale, nonché dei processi di riqualificazione aziendale. l'articolazione del lavoro sanitario dei singoli presidi dovrà necessariamente tener conto degli strumenti contrattuali.

Il servizio di guardia è disciplinato dall'articolo 16 del CCNL 2002_2005, che precisa che la cosiddetta "guardia interdivisionale" può essere istituita solo tra aree funzionali omogenee e che insistano su una medesima sede. La valutazione dell'omogeneità non può essere effettuata soltanto in base all'equipollenza o all'affinità delle discipline e dei servizi, come definite dai decreti del ministero della salute del 30 e 31 gennaio 1998 disciplinanti il rapporto di lavoro e della contrattazione integrativa aziendale. La gran parte delle aziende sanitarie, in conseguenza dei processi di riorganizzazione conseguenti alla soppressione di strutture complesse ed alla tendenza comunque ad aggregazioni funzionali più ampie (per evidenti ragioni di carattere economico) si sta orientando ad affidare la copertura del servizio di guardia interdivisionale, nell'ambito dell'area funzionale di medicina interna, agli specialisti in medicina interna e geriatria, evidentemente più adatti a rispondere ad una più ampia gamma di esigenze, per formazione e attitudini, ed integrare questa copertura con pronte disponibilità specialistiche delle discipline coperte da tale servizio.

Nella determinazione del fabbisogno minimo di personale è, pertanto, necessario tener conto anche delle matrici di articolazioni del turno in modo da determinare un fabbisogno minimo che permetta il rispetto della normativa previsto in materia di orario giornaliero e di riposi dal D.Lgs. 66/2003. Questo tipo di articolazione comporta, in ogni caso, problematiche legate all'equa e uniforme distribuzione dei turni di lavoro disagiato prevista dalla normativa contrattuale e risulta di difficile applicazione allorquando il numero dei letti da coprire con la singola guardia risulti superiore allo standard di riferimento (in genere 70/80 per turno) dovendosi prevedere un doppio turno di guardia.

Benchmarking e monitoraggio

Considerato che i valori oggetto del presente documento sono in continuo cambiamento-evoluzione, essi necessitano di osservazione periodica, così da permettere la verifica del posizionamento delle strutture ospedaliere della Regione rispetto ai valori minimi nonché l'eventuale aggiornamento degli stessi.

Tenuto conto dell'importanza di aggiornare continuamente i dati oggetto di analisi, le Regioni si devono impegnare ad implementare un sistema di rilevazione dei dati integrato e aggiornato, che sarà utilizzato anche a supporto delle periodiche scelte in materia autorizzatoria.

2. La proposta del PIEMONTE

Un metodo diverso è stato proposto in Piemonte. Consiste nella valutazione a valle dell'efficienza del processo produttivo e della congruità delle dotazione organica necessaria, mediante il confronto dei tempi medi di produzione delle prestazioni sanitarie con quelli standard di riferimento, ottenuti con rilevazioni statistiche, e modulazione di questi con gli indicatori previsti dal sistema DRG per le attività eseguite in regime di ricovero al fine di rapportare tali tempi medi alla diversa complessità e peso economico delle prestazioni.

In ambito ospedaliero, e medico in generale, è problematico arrivare ad una puntuale standardizzazione delle attività. Si pensi alla complessità del lavoro medico costituito da innumerevoli variabili:

- ✓ Visita medica
- ✓ Compilazione cartella clinica
- ✓ Prescrizione di procedure diagnostiche e tempi di attesa
- ✓ Prescrizione terapeutica e richiesta farmaci
- ✓ Differenze temporali nella esecuzione di procedure diagnostiche, chirurgiche, etc.
- ✓ Gestione dimissioni complesse
- ✓ Colloquio con i parenti
- ✓ Compilazione denunce e relazioni cliniche
- ✓ Consulenze interne
- ✓ Definizione di percorsi diagnostici condivisi con altri specialisti e con i medici del territorio (PDTA)
- ✓ Compilazione SDO e determinazione DRG
- ✓ Compiti gestionali e partecipazione a incontri aziendali, di stabilimento, di dipartimento o di reparto
- ✓ Aggiornamento professionale

Senza dimenticare le emergenze/urgenze cliniche, sempre difficili da prevedere e standardizzare.

Altro elemento di difficile standardizzazione è la composizione del personale presente in servizio nelle singole strutture sanitarie, con diversi stati giuridici e diversi obblighi assistenziali:

- ✓ Personale dipendente del SSN
- ✓ Specialisti ambulatoriali convenzionati
- ✓ Personale universitario
- ✓ Personale con limitazioni lavorative
- ✓ Personale con rapporti di lavoro atipici

Sui processi produttivi e sui volumi di attività delle singole strutture sanitarie influisce in modo determinante il personale effettivamente presente in servizio e il modello organizzativo messo in atto. Nelle realtà ospedaliere è riscontrabile una enorme variabilità nei seguenti elementi:

- ✓ Numero pazienti/medico
- ✓ Numero notti/medico
- ✓ Godimento ferie, riposo giornaliero, riposo settimanale
- ✓ Reperibilità

Anche le diverse politiche aziendali nella sostituzione delle maternità e dei medici assenti per malattie rappresentano elementi di estrema differenziazione.

Sono probabilmente questi i fattori che hanno indotto le Regioni ad abbandonare nella loro recente proposta di calcolo dei fabbisogni la metodologia "produttivistica".

ORARIO DI LAVORO, GUARDIE E REPERIBILITÀ ALLA LUCE DELLE DIRETTIVE EUROPEE: TRA FLESSIBILITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E TUTELA DELLA SALUTE DEL PROFESSIONISTA. PROPOSTE.

a cura di
Sergio **Costantino**
Luigi **Orsini**
Pierluigi **Api**

Le carenze di personale al confronto tra normative europee e contratto di lavoro

*a cura di **Luigi Orsini**, Napoli*

Attualmente ci stiamo confrontando professionalmente con una situazione difficile e variegata della quale non sembra di intravedere una soluzione se non favorevole almeno dignitosa. Infatti alcuni dati prevedibili e previsti, ad esempio la "gobba pensionistica", sono stati colpevolmente e volutamente ignorati. Si sono cercate soluzioni a breve raggio ed insufficienti a garantire la tenuta di un sistema, definito nei discorsi magniloquenti "un'eccellenza", che in realtà sta scricchiolando e dove regge lo fa solo per l'abnegazione del personale sanitario. Tutto si può riassumere nella voce carenza di personale, non essendo mai partita una seria ristrutturazione del sistema e preferendo forse un'implosione ad esclusivo vantaggio, per questioni organizzativo-economiche, del privato convenzionato ed accreditato.

La carenza di ricambio del personale oggi si manifesta soprattutto nell'aumento progressivo dell'età media del personale, quindi personale che le varie indagini effettuate vedono come più soggetto a malattie croniche ed ad esenzioni per motivi di salute. Le improvvise assenze di personale (ferie, malattie, aspettative) mettono poi in crisi sistemi già precariamente tenuti in equilibrio.

Ciò di fatto comporta un aumento dei carichi di lavoro individuali (straordinari/ordini di servizio/rinvio delle ferie ben oltre il primo semestre dell'anno successivo) che si sovrappongono e si sommano all'incremento della domanda di salute.

In una ottica poco lungimirante si mandano in aree critiche neo-assunti, spesso culturalmente bravissimi ma che difettano (come molti di noi da giovani) di tenuta e di esperienza. Inevitabile dunque una riduzione della competenza ed un aumento dei tempi osservazione/ricovero per i pazienti e di un pesante carico psicologico per gli operatori che sfocia già nel breve termine nel *burnout* che peggiora ulteriormente le prestazioni e diviene poi innesco di una medicina difensiva ed "automatica"

La Direttiva 2003/88/Ce per dar risposta ad un mondo del lavoro, non solo quello medico, sempre più alienante già dal 1993 aveva previsto alcune tutele:

- ✓ Massimo orario settimanale consentito (Art. 6 a Art. 6 b Art. 16 b): Il tempo massimo settimanale viene limitato tramite leggi nazionali o accordi collettivi (molti dimenticano di ricordare però che disposizioni nazionali più favorevoli avrebbero pieno titolo ad esistere ed essere applicate. I requisiti delle Direttive erano quelli minimi e che avrebbero dovuto essere garantiti in tutti i paesi della Comunità, così come il paese membro della Comunità non avrebbe dovuto avvalersi delle disposizioni della Direttiva per peggiorare le condizioni di lavoro preesistenti)
- ✓ Non più di 48 ore settimanali medie, in un periodo di riferimento di 4 mesi.
- ✓ Minimo orario di riposo giornaliero (Art. 3): 11 ore **continuative*** nelle 24 ore (*tenere a mente)
- ✓ Minima pausa giornaliera (Art. 4): una pausa dopo 6 ore lavorative, come da accordi collettivi o legislazione nazionale
- ✓ Minimo tempo di riposo settimanale (Art. 5): un periodo di riposo di 24 ore dopo 7 giorni lavorativi, da cumulare col riposo giornaliero in un periodo di riferimento di 14 giorni

Sono possibili deroghe per alcune categorie tramite accordi collettivi, leggi, provvedimenti amministrativi (Art. 17 comma 3, lettera c) quando si tratta:....*di servizi relativi all'accettazione, al trattamento e/o alle cure prestati da ospedali o stabilimenti analoghi, comprese le attività dei medici in formazione, da case di riposo....* solo **ed esclusivamente concedendo riposi compensativi immediatamente successivi. Poi la circolare 8 del 2005 Ministero del Lavoro sostiene che l'elenco era meramente esemplificativo non rilevandosi un obbligo per le categorie citate. Gli specializzandi rientrano nell'applicazione della Direttiva essendo trascorsi gli anni di deroga inizialmente previsti.**

Articolo 22 CCNL 1994/1997 - Riposo settimanale

In relazione all'assetto organizzativo dell'azienda o ente e all'orario di lavoro ... il riposo settimanale coincide di norma con la giornata domenicale. Il numero dei riposi settimanali ... è fissato in numero di 52 all'anno.... Ove non possa essere fruito nella giornata domenicale, il riposo settimanale deve essere fruito, avuto riguardo alle esigenze di servizio.

Il riposo settimanale non è rinunciabile e non può essere monetizzato.

Legge 161/2014

Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, e successive modificazioni, al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni, i contratti collettivi nazionali di lavoro della sanità disciplinano le deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure, prevedendo altresì equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, adeguate misure di protezione del personale stesso.

La giurisprudenza comunitaria ha riconosciuto carattere eccezionale alle deroghe previste dall'art. 17 della direttiva 93 /104 /CE (ora artt. 17-19 2003 / 88 / Ce). In altre parole non possono essere utilizzate per la gestione usuale dei reparti e nell'organizzazione dei servizi.

Il «periodo di riposo» è una nozione di diritto comunitario che non può essere interpretata in funzione delle prescrizioni delle varie normative degli stati membri.

Il diritto dei lavoratori al riconoscimento di periodi di riposo non può essere subordinato dagli stati membri a qualsivoglia condizione, poiché esso deriva direttamente dalle disposizioni della direttiva

Reperibilità interpretazione vigente

Il periodo di reperibilità dei dipendenti non è conteggiabile nell'orario di lavoro in quanto, come evidenziato dalla sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea del 9 settembre 2003, elementi caratteristici della nozione "orario di lavoro" sono la presenza fisica nel luogo indicato dal datore di lavoro e l'esercizio delle

funzioni proprie del lavoratore interessato, elementi non rinvenibili nella cosiddetta pronta disponibilità passiva.

Devono invece considerarsi rientranti nell'orario di lavoro le prestazioni effettuate a seguito di chiamata durante il turno di pronta disponibilità.

Le stesse prestazioni, peraltro, sospendono e non interrompono il periodo di riposo, tenuto conto della modifica all'obbligo della sua consecutività, con specifico riferimento alle attività caratterizzate da regimi di reperibilità, inserita con la Legge 133 / 2008 nel secondo periodo dell'articolo 7, comma 1, del D.Lgs. 66 / 03. Con tale modifica viene superata la precedente interpretazione ministeriale contenuta nell'interpello del Ministero del Lavoro 13 / 2008 che prevedeva l'interruzione del periodo di riposo.

In definitiva, al termine della prestazione lavorativa resa, non si dovrà riconoscere un altro periodo completo di riposo, bensì un numero di ore che, sommate a quelle fruite precedentemente alla chiamata, consentano il completamento delle undici ore di riposo complessivo. E' consigliabile, in questo caso, non inserire nei turni di servizio del mattino successivo il personale che sia reperibile.

In caso di più chiamate Tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio della pronta disponibilità non devono intercorrere le 11 ore di riposo giornaliero; in caso di chiamata l'attività prestata interrompe il periodo di pronta disponibilità e fa cominciare la prestazione lavorativa, al termine della quale scatta all'interno del periodo di pronta disponibilità, il calcolo del riposo giornaliero scatta dalla fine dell'ultima prestazione.

Le problematiche dell'orario di lavoro alla luce della Direttiva europea 88/2003/Ce.

Aggiornamento al 2018.

a cura di **Sergio Costantino, Milano**

Nel corso di questi anni spesso ho sentito differenti posizioni ed opinioni su quello che è stato il punto sindacale più rilevante, almeno, degli anni 2000. Un punto trasformato, diventando così vincente, da rivendicazione sindacale in tutela della salute, per altro nel nostro paese garantita dalla Costituzione (Sole 24 ore sanità Luglio 2009 "Un medico stanco aumenta i rischi del 30%"). Un punto che ci consente legittimamente di far rientrare dalla finestra quanto la legge Brunetta aveva tolto dalle prerogative sindacali; la possibilità dunque di avere voce in capitolo sull'organizzazione del lavoro. (*Art. 54. Modifiche all'articolo 40 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 1. All'articolo 40 del decreto legislativo n. 165 del 2001, i commi da 1 a 3 sono sostituiti dai seguenti: «1. La contrattazione collettiva determina i diritti e gli obblighi direttamente pertinenti al rapporto di lavoro, nonché le materie relative alle relazioni sindacali. Sono, in particolare, escluse dalla contrattazione collettiva le materie attinenti all'organizzazione degli uffici...»*)

Un punto che se correttamente vigilato e difeso dovrebbe limitare sia danni - a breve e a lungo termine - sulla salute dei lavoratori ma soprattutto, evitando momenti di eccessiva stanchezza, dovrebbe ridurre i danni sui pazienti. Un "mantra" da noi espresso, ora si ritrova nelle parole anche dei meno esperti: "chi vorrebbe farsi operare da un medico in attività da 18 e più ore ?" Così come più volte mi sono state ripetute le parole, senza conoscerne l'origine, riportate per la prima volta in Iniziativa Ospedaliera 2 / 2007 relative alla "condotta imprudente" del medico che accetti, non in condizioni di emergenza / necessità o per casi particolari (es. trapianti) di lavorare ben oltre i limiti massimi previsti dalla Direttiva europea (limiti che si deducono per converso) non rendendosi conto che esistono ovvi e documentati cali di prestazione in ogni attività, specie quelle più delicate, dopo 12 ore di veglia. Nei monitoraggi condotti sono stati individuati errori dovuti ad una alterata percezione combinati con una decisa e pericolosa sopravvalutazione di se stessi.

Cercando di analizzare le varie voci fuori dal coro, escludendo a priori la cattiva conoscenza della Direttiva europea sull'orario di lavoro, probabilmente potremmo caratterizzarle, in un sistema sanitario oramai caratterizzato da esigenze regionali e locali, a seconda

- 1) dei carichi di lavoro specifici della struttura;
- 2) del ruolo, essendo palese che chi non sia coinvolto nei turni notturni abbia meno interesse a diventare paladino della Direttiva;
- 3) dell'attività specifica.

Senza entrare nel particolare si sono sentite molte cose inesatte per esempio da medici attivi nella chirurgia dei trapianti. Cose inesatte perché la deroga della legge nel caso in questione è del tutto attuabile, a patto di ristorare poi le persone con turni di riposo compensativo immediatamente successivi.

Chi si lamenta dell'esiguità dell'organico, che renderebbe impossibile la gestione del reparto se non violando la normativa, dovrebbe ricordare che, come ben ha espresso la Corte di Giustizia nella sentenza contro la Grecia (C180/14), *"non possono essere questioni di natura economica a rendere possibili le violazioni della normativa"*. In sintesi in un mondo ospedaliero pubblico dove la gobba pensionistica crea ampi buchi in organico l'unico modo per sostenere il sistema sanitario pubblico è chiedere a gran voce e con tutti i mezzi disponibili l'adeguamento dell'organico ai volumi di attività effettuate.

In una relazione fatta qualche anno orsono Carlo Palermo, più che correttamente, ha definito la Direttiva come una sorta di Giano bifronte che può guardare verso un futuro con più tutele o verso un passato remoto ancor più insidioso di quanto non lo fosse quello prossimo. Dipende da noi dalle nostre attenzioni e dalle nostre resistenze.

A prescindere da alcune espressioni palesemente datoriali, espresse da alcuni giuslavoristi, in cui si enfatizza la sola caratteristica di flessibilità del lavoro derivante dalla Direttiva dobbiamo invece notare come nelle premesse della Direttiva sono contemplati tutti i punti salienti a difesa dei lavoratori e della loro salute.

PREMESSE ALLA DIRETTIVA 2003/88/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 4 novembre 2003

(1) La direttiva 93 /104 /CE del Consiglio, del 23 novembre 1993, concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro (3), che prevede **prescrizioni minime di sicurezza e sanitarie** in materia di organizzazione dell'orario di lavoro, in relazione ai periodi di riposo quotidiano, di pausa, di riposo settimanale, di durata massima settimanale del lavoro e di ferie annuali, nonché relativamente ad aspetti del lavoro notturno, del lavoro a turni e del ritmo di lavoro, ha subito sostanziali modificazioni. È opportuno per motivi di chiarezza procedere alla sua codificazione.

(2) L'articolo 137 del trattato dispone che la Comunità sostiene e completa l'azione degli Stati membri al fine di **migliorare l'ambiente di lavoro per proteggere la sicurezza e la salute dei lavoratori**. Le direttive adottate sulla base di tale articolo devono evitare di imporre vincoli amministrativi, finanziari e giuridici di natura tale da ostacolare la creazione e lo sviluppo delle piccole e medie imprese.

(3) Le disposizioni della direttiva 89 / 391 / CEE, concernente l'attuazione di misure volte a **promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro** rimangono pienamente applicabili ai settori contemplati dalla presente direttiva, fatte salve le disposizioni più vincolanti e/o specifiche contenute nella medesima.

(4) **Il miglioramento della sicurezza, dell'igiene e della salute dei lavoratori durante il lavoro rappresenta un obiettivo che non può dipendere da considerazioni di carattere puramente economico.**

(5) **Tutti i lavoratori dovrebbero avere periodi di riposo adeguati.** Il concetto di «riposo» deve essere espresso in unità di tempo, vale a dire in giorni, ore e frazioni d'ora. I lavoratori della Comunità devono beneficiare di periodi minimi di riposo giornaliero, settimanale e annuale e di adeguati periodi di pausa. È anche necessario, in tale contesto, prevedere un limite massimo di ore di lavoro settimanali.

(6) Conviene tener conto dei principi dell'Organizzazione internazionale del lavoro in materia di organizzazione dell'orario di lavoro, compresi quelli relativi al lavoro notturno.

(7) Alcuni studi hanno dimostrato che l'organismo umano è più sensibile nei periodi notturni ai fattori molesti dell'ambiente nonché a determinate forme di organizzazione del lavoro particolarmente gravose e che lunghi periodi di lavoro notturno sono nocivi per la salute dei lavoratori e possono pregiudicare la sicurezza dei medesimi sul luogo di lavoro.

(8) Occorre limitare la durata del lavoro notturno, comprese le ore straordinarie, e prevedere che il datore di lavoro che fa regolarmente ricorso a lavoratori notturni ne informi le autorità competenti, su loro richiesta.

(9) È importante che i lavoratori notturni beneficino di una valutazione gratuita del loro stato di salute, prima della loro assegnazione, e in seguito a intervalli regolari, e che i lavoratori notturni che hanno problemi di salute siano trasferiti, quando possibile, ad un lavoro diurno per cui siano idonei.

(10) La situazione dei lavoratori notturni e dei lavoratori a turni esige che essi beneficino di un livello di protezione in materia di sicurezza e di salute adattato alla natura del lavoro e che i servizi e mezzi di protezione e prevenzione siano organizzati e funzionino efficacemente.

(11) **Le modalità di lavoro possono avere ripercussioni negative sulla sicurezza e la salute dei lavoratori; l'organizzazione del lavoro secondo un certo ritmo deve tener conto del principio generale dell'adeguamento del lavoro all'essere umano.**

(15) In funzione dei problemi che possono essere sollevati dall'organizzazione dell'orario di lavoro nell'impresa, pare opportuno prevedere una certa flessibilità nell'applicazione di determinate disposizioni della presente direttiva, garantendo nel contempo il rispetto dei principi della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori.

(16) Occorre prevedere che talune disposizioni della presente direttiva possano formare oggetto di deroghe operate, a seconda dei casi, dagli Stati membri o dalle parti sociali. Di norma, **in caso di deroga, devono essere concessi ai lavoratori interessati equivalenti periodi di riposo compensativo.**

Quindi non crediamo proprio che si possa definire una Direttiva promulgata per rendere più flessibile il lavoro, come qualcuno sostiene

Ma in questo 2018 quali sono ancora le cose irrisolte?

- 1) **Applicazione a macchia di leopardo.** Purtroppo non tutti sono tutelati come vorrebbe la Direttiva, nella maggior parte dei casi le Direzioni Generali adducono motivazioni di tipo economico. A parte la insostenibilità di tale giustificazione dovremmo ricordare più spesso a queste DG come esistano delle deroghe al "ridimensionamento" della spesa per il personale, in atto in tutta Italia, che includono anche il rischio dell'interruzione di pubblici servizi. La domanda lecita è : ma che fine hanno fatto le assunzioni promesse necessarie per poter applicare la Direttiva ? La ministra delle promesse mancate oramai è volatilizzata. La sola applicazione potrebbe dar risposta sia alla gobba pensionistica che di concerto al precariato medico. Tuttavia con molta probabilità il piano che il governo (di qualsiasi colore sia) porterà avanti sarà legato al rapporto (bocconiano) Oasi 2017. Oramai la politica sanitaria la fanno loro e vediamo con che risultati: aumento dei costi di gestione/controllo per concretizzare risparmi a volte risibili.
- 2) **Libere interpretazioni delle norme stesse.** Un esempio su tutti: ad ogni lavoratore deve essere concessa una pausa di 30 minuti dopo le 6 ore di lavoro continuativo. Bene, questa norma di tutela si trasforma in un "prelievo forzoso" nei turni pomeridiani nei quali una tale pausa, specie in alcuni settori PS-Urgenza-Sale operatorie-Rianimazioni etc, è impossibile ed impensabile. Quindi diventa una regola applicata in modo fiscale e rigido per detrarre 30 minuti ad ogni lavoratore in turno. Per chi non ci avesse pensato, in un'azienda medio-grande corrispondono, sommati agli sforamenti delle 6 ore dei turni del mattino, a cifre nell'ordine di grandezza superiori al milione di euro su base annua.
- 3) **Definizioni delle reperibilità:** dal 2008 è noto come la reperibilità non venga più considerata come interruzione del riposo minimo di 11 ore ma, con un assurdo giuridico, semplicemente una sospensione. Qui si gioca con le parole non conoscendo la fisiologia del sonno. Le fasi REM ignorate senza il minimo ripensamento o dubbio. Che lo ignorino dei solerti risparmiatori degli spiccioli altrui, ma non dei loro mi risulta, può anche essere comprensibile. Un po' meno accettarlo. Le reperibilità notturne poi vengono molto spesso correlate alle 12 ore di lavoro diurno creando un nonsenso rispetto alla normativa ed, anche qui molto spesso, senza un reale riposo compensativo successivo. Stando alla sentenza SIMAP, contrariamente alle conclusioni dell'Avvocato Generale, la reperibilità non rientra nelle definizioni dell'orario di lavoro ma appare del tutto ingiustificabile lo scorsoio per il quale si sostanziano come ore di lavoro solo quelle timbrate all'interno dell'Ente di appartenenza. Infatti, per gli astuti, il recarsi in ospedale e ritornarsene a casa si configura con la definizione di riposo. In questo senso, tuttavia, potrebbe essere d'ausilio un'altra sentenza della Corte di Giustizia che riconosce al lavoratore il tragitto da compiere, non quello ordinario ovviamente, quando questo si renda necessario per sostanziare l'azione lavorativa. Bene, questo è un punto cardine: gli esperti ci parlano di dicotomia della norma senza alcun tempo ulteriore (la

teoria del cosiddetto terzo tempo = non lavoro, non riposo che le raffinate menti europee hanno escluso). Per questo principio nei turni che finiscano alle 21 con rientro in servizio alle 8 del mattino successivo il tempo di percorrenza ospedale casa e casa ospedale fa parte delle ore di riposo. Per i detrattori della teoria del "terzo tempo" ricordo come lo stesso Ministero del Lavoro (circ. 8/2005) così si esprime: *"Nel periodo di riposo non si computano i riposi intermedi, nonché le pause di lavoro di durata non inferiore a dieci minuti e complessivamente non superiore a due ore, comprese tra l'inizio e la fine di ogni periodo della giornata di lavoro, durante le quali non sia richiesto alcun tipo di prestazione lavorativa in quanto non si tratta di un periodo di riposo continuativo. Questi periodi non rientrano nell'orario di lavoro né nel periodo di riposo"*. Credo che occorra una spinta forte sull'Unione europea per far modificare questa sicura incongruenza. Si perché le cosiddette ore minime di riposo sono in realtà considerate massime ed erose ulteriormente dai tragitti da e per l'ospedale. Ancora non basta, la FIASO ha chiesto già da tempo che queste ore minime, con la scusa di poter garantire la tenuta del sistema, siano ridotte ulteriormente. Che questi non siano vaneggiamenti di chi scrive lo dimostra la recentissima sentenza della Corte di Giustizia Matzac del febbraio 2018 che ha collocato in una fattispecie diversa la reperibilità domiciliare di un pompiere volontario, riconoscendo di fatto l'impossibilità di dedicarsi alle proprie attività in modo fattivo ed esaudiente e l'impossibilità di muoversi al di fuori di un certo perimetro minimo, di non potersi recare dunque in luoghi ove potessero esserci dei malfunzionamenti del cellulare (mancata copertura rete). La condizione per il riconoscimento, e per la soddisfazione economica ulteriore, di quelle ore di reperibilità (che diventano così implicitamente orario di lavoro) passa attraverso l'obbligo di essere presente ove chiamato in 6 minuti. Bene 6 minuti in una piccola città del Belgio a cosa corrispondono nel caos di alcune grandi città italiane? Non sono forse i 30 minuti che caratterizzano la nostra normativa, ed anche se non lo fossero noi siamo il sindacato non possiamo muoverci sulla scorta di sottili ragionamenti giuridici che non ci sono propri e che spesso sentiamo citare, anche e di frequente a sproposito, durante le trattative. Crediamo che come sindacato ci sia l'obbligo di inserirsi nelle smagliature e nelle crepe delle interpretazioni cercando di forzarle per il bene della categoria. La stessa applicazione del D.Lgs 66/2003 è nata per volontà di singoli, sostenuta poi dal sindacato, che non hanno creduto a quanto dicevano legislatori e giuristi.

- 4) **Azione legale per il riconoscimento economico dei turni impropriamente assegnati:** in questo momento di magre soddisfazioni economiche non vedo perché rinunciare alla possibilità di un risarcimento che, stando alla Corte di Giustizia, dovrebbe essere doppio: da una parte per i turni mattino notte fatti (e credo che si possa chiedere il risarcimento sino a 10 anni indietro) da una parte (Sentenza Fuss) e dall'altra per il "diritto negato" (Sentenza Fuss 2) con l'aggravante di non aver voluto applicare una Direttiva che, come cita la Corte di Giustizia, era *"chiara e precisa"* e dunque non aveva bisogno di essere recepita per poter essere applicata. Non averla voluta applicare dicevamo contro i diritti dei propri sottoposti. Tutto questo è già scritto nelle sentenze della Corte di Giustizia basta riallinearle e sarebbe ora di farlo ponendo in essere una grande azione collettiva di tutti i medici ospedalieri. (Ricordiamo come più volte detto che la Corte sentenza sulla base del "Common law" ovvero ogni sentenza diventa giurisprudenza; di qui il richiamo alle sentenze precedenti come capisaldi di una qualsiasi azione). Lo stesso Parlamento europeo ad una interrogazione specifica sull'argomento ha invitato a sollevare il caso presso i giudici competenti qualora le disposizioni contenute nella Direttiva fossero bypassate da interpretazioni capziose. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+WQ+E-2016-004241+0+DOC+XML+V0//IT&language=it>

Interrogazione Parlamento Europeo: *L'articolo 41, comma 4, del decreto-legge n. 112/2008, convertito con modificazioni dalla legge n.133/2008, modifica l'articolo 7 del decreto legislativo n. 66/2003 ("Attuazione delle direttive 93/104/CEe 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro") come segue: dopo le parole "frazionati durante la giornata", sono aggiunte le seguenti: "o da regimi di reperibilità". In tal senso, la legislazione italiana, in merito al periodo di reperibilità dei medici, vorrebbe intendere che il periodo di riposo verrebbe solo*

“sospeso” e non “interrotto” dalle chiamate notturne, e nella fattispecie per il solo periodo di attività all’interno dell’ospedale ignorando con ciò sia l’effettivo tempo sottratto al riposo sia la fisiologia del sonno, rendendo così possibile il compimento delle 11 ore minime sommando i vari periodi, tra una chiamata e l’altra.

Si chiede pertanto alla Commissione:

- 1) ritiene tale norma conforme alle disposizioni della direttiva 93/104/CE (ora **2003/88/CE**) riguardo alla continuità del periodo di riposo minimo di 11 ore?
- 2) ritiene che la fattispecie del riposo frazionato, introdotta da tale norma, sia conforme alla ratio della direttiva 93/104/CE (ora **2003/88CE**), che è quella di assicurare ai lavoratori un tempo ragionevole di riposo **continuativo**?
- 3) quali iniziative intende assumere nei confronti dell’Italia, qualora verificasse la non conformità di tale norma?

Sintesi della risposta di Tyssen: *“La corretta attuazione e applicazione delle direttive UE, come recepite nella legislazione nazionale, è principalmente di competenza delle autorità nazionali, compresi gli ispettorati del lavoro e i tribunali. In caso di problemi nel recepimento della direttiva sull’orario di lavoro, la Commissione può avviare una procedura di infrazione.”*

In sostanza, visto che nessuno ci regala niente e che neppure le intimazioni a procedere della Corte Costituzionale, che dichiarò illegittimo il blocco contrattuale nel 2015, sono state rispettate dai governi passati ipotizziamo si debba proporre un piano di confronto meno *soft* e che ci dia la possibilità di recuperare parte di quei soldi che ci sono stati inaccettabilmente negati in questi anni. Alto il livello di guardia e legittime richieste di indennizzi perché chi sbaglia (volutamente) è giusto che paghi.

Proposte pratiche

a cura di **Pierluigi Api**, Ferrara

Orario di lavoro

- 1) E’ irrinunciabile riconfermare la durata dell’orario di lavoro settimanale, come già previsto dai precedenti CCNL, in 34 ore di attività clinica e 4 ore di aggiornamento.
- 2) Lasciare il periodo medio di computo/osservazione dell’orario sui 4 mesi, rammentando come in caso contrario (prevedendo per esempio 6 mesi) si attuerebbe una sostanziale *deregulation* del sistema “orario” potendo essere previsti lunghi periodi di lavoro giornaliero (fino a 12 ore e 50 min. al giorno) o settimanale (fino a 77 ore) compensati successivamente da periodi di minore impegno. A tale proposito diviene corretta la richiesta di un orario settimanale massimo e intangibile per evitare proprio tali derive incontrollate (per esempio 52 ore settimanali).
- 3) Riaffermare come il limite massimo europeo di 250 ore annue di straordinario retribuito, sia una misura, nonostante alcune opinioni contrarie, nelle intenzioni della Comunità Europea sostanzialmente volontaria e non obbligatoria, non potendo rappresentare lo straordinario un fattore per l’ordinaria programmazione dei servizi. Il suo rifiuto non può determinare danno alcuno ai Dirigenti. Sono fatte salve, ovviamente, le condizioni di emergenza/urgenza che abbiano caratteristiche di eccezionalità e transitorietà al fine di garantire la sicurezza delle cure.
- 4) Porre particolare attenzione e censura a quegli accordi aziendali che, in virtù di generici obiettivi, vogliano correlare attività aggiuntive incontrollate allo stipendio di risultato, vanificando di fatto il limite delle 250 ore da una parte ed inducendo straordinario non retribuito dall’altra.
- 5) In considerazione dei lunghi anni di attesa e della cancellazione, ad opera della Corte Costituzionale, del diritto agli arretrati chiediamo di incrementare il valore retributivo dell’ora di straordinario per i Medici Dirigenti inserendo alla base iniziale di calcolo la “indennità di specificità medica” cioè: base iniziale di calcolo = tabellare + specificità medica;

- 6) Istituire la “banca ore individuale” dove ciascuno può depositare le ore di lavoro straordinario autorizzate per recupero o pagamento.

Guardie e reperibilità

- 1) Il servizio di guardia deve rimanere all'interno del normale orario di lavoro;
 - 2) Normare i criteri di riposo e redistribuzione delle ore nei casi, contrattualmente previsti, di effettuazione di guardie in regime di attività aggiuntiva.
 - 3) Identificare un numero massimo di posti letto controllati da una singolo medico in guardia divisionale o inter-divisionale (ad esempio 60/70 per area medica e di 80/90 per quella chirurgica);
 - 4) Stabilire un limite quantitativo individuale massimo mensile per la guardia e per la reperibilità notturne: massimo 10 turni tra guardia e reperibilità;
 - 5) Incrementare l'indennità oraria di servizio notturno (ad es. di €10/ora);
 - 6) Incrementare la retribuzione della guardia medica notturna in attività aggiuntiva (ad es. €600/turno);
 - 7) Incrementare la retribuzione dell'ora di lavoro diurno in attività aggiuntiva (ad es. €70/ora)
 - 8) Prevedere che, per finanziare l'incremento di spesa per le attività di cui sopra, il cui costo è da porre in carico al fondo contrattuale del disagio, vi possa afferire anche l'intero incremento contrattuale prevedibile per il fondo di risultato. Ulteriori risorse eventualmente necessarie saranno in carico al bilancio aziendale.
 - 9) Età ed esonero dalle guardie: proposte.
- Tutto il personale Medico, non avente incarico di direzione di struttura complessa o di struttura semplice dipartimentale, e di età inferiore a 64 anni è tenuto a svolgere servizio di guardia. Al compimento dei 57 anni, il personale Medico potrà essere esonerato dal servizio di guardia notturna secondo la seguente procedura:
- Prima del 31 dicembre di ogni anno, i Direttori di unità operativa e di struttura semplice dipartimentale, verificano che in ogni turno di guardia, il numero dei dirigenti sia sufficiente a garantire la copertura in ragione di massimo 40 guardie notturne o festive diurne su base annua per ogni dirigente con età inferiore ai 57 anni e massimo 10 guardie notturne e festive diurne per ogni dirigente con età compresa tra 57 e 63 anni.
 - Qualora la copertura non sia garantita, il limite massimo per i dirigenti con età compresa tra 57 e 63 viene elevato a 20 guardie notturne e festive diurne;
 - Qualora la copertura non sia garantita, il limite di 40 guardie annuali notturne e festive diurne per i dirigenti con età inferiore ai 57 anni viene incrementato fino ad un massimo di 50 guardie notturne e festive diurne;
 - Le guardie in orario notturno e festivo diurno danno diritto ad una uguale indennità di guardia, corrisposta su base mensile, di importo pari a €200 lordi per ciascun turno fino a 40 turni annui e a €300 lordi per ciascun turno aggiuntivo ai 40;
 - Rimane valida la possibilità di concordare con l'Azienda un numero fisso di guardie notturne (20% del totale) o festive diurne pagate in produttività aggiuntiva, anche finalizzata alla copertura dei turni non attribuibili con la procedura sopra indicata.

La femminilizzazione della professione: ricadute sull'organizzazione del lavoro e tutele *a cura di Concetta Liberatore, Anna Tomezzoli, Elisabetta Lombardo, Gerardo Anastasio*

Premessa

L'impatto delle differenze di genere nel mercato del lavoro medico sta assumendo negli ultimi anni dimensioni rilevanti a livello europeo ed in particolare in Italia, sia sul piano quantitativo legate alla crescente difficoltà a ricoprire ruoli ben retribuiti, sia in termini qualitativi per la particolare attenzione al carattere, alla tipologia e alla qualità delle posizioni occupate dalle donne medico nell'attuale assetto organizzativo sanitario italiano.

La femminilizzazione del lavoro medico è di fatto un fenomeno consolidato ed in crescente espansione. In Europa ed in Italia l'attuale forza lavoro complessiva sanitaria è composta principalmente da donne con un trend in crescita (incremento del 10% circa in Italia - OECD 2015).

Una trasformazione di genere della sanità in grado di determinare un forte impatto sulla organizzazione del lavoro e sui modelli familiari in misura di certo non inferiore a quella determinata dalla stessa transizione demografica ed epidemiologica.

Purtroppo l'assenza di concrete politiche sociali e di organizzazione del lavoro, oggi molteplici e inadeguate, ma soprattutto non bilanciate tra i diversi Stati, impongono una profonda riflessione nello Stato italiano rispetto a quanto già in corso a livello europeo. In particolare la mancanza di studi ad hoc sulla femminilizzazione e la tendenza a focalizzarsi prevalentemente sulla disparità economica, in particolare nella retribuzione lavorativa tra uomo e donna, impongono la necessità di dare una interpretazione omogenea e univoca in riferimento alla qualità del lavoro della donna medico.

Quest'ultimo diviene un concetto imprescindibile per le pesanti ricadute personali, familiari e lavorative che un modello organizzativo sanitario ancora poco declinato al femminile si ostina a disconoscere e rispetto alle quali diviene necessario interrogarsi al fine di *ri-cercare* nuovi approcci nella gestione delle risorse umane, che tengano conto del delicato equilibrio tra i bisogni percepiti e reali della donna medico e della complessità esperienziale lavorativa della stessa. Soprattutto laddove le emergenti molteplicità e diversità che il lavoro medico impone stanno diventando il principale ostacolo alla crescita lavorativa e professionale della donna nel suo duplice ruolo di medico e madre.

Evidenze empiriche derivanti da indagini ad hoc condotte a livello sindacale e ordinistico documentano l'esistenza di un *gap gender* tra uomini e donne nella classe medica rispetto a quelli che sono gli ambiti di riferimento di un *c.d lavoro di qualità*.

Vale a dire:

- 1) la dimensione **economica** (che insiste sugli ambiti retributivi, sulla stabilità economica e sulla sicurezza del lavoro);
- 2) la dimensione **ergonomica** (che fa riferimento ai bisogni relativi alla qualità fisica dell'ambiente di lavoro, all'ambiente sociale, nonché ai bisogni ergonomici di tipo psicologico);
- 3) la dimensione della **complessità** (che corrisponde alle esigenze di creatività, di sviluppo delle competenze e di valorizzazione delle capacità);
- 4) la dimensione dell'**autonomia** (che corrisponde al bisogno di stabilire con una certa libertà le condizioni del proprio lavoro, di determinare autonomamente la propria condotta lavorativa e le regole da seguire per svolgere le attività assegnate a un dato livello decisionale);
- 5) la dimensione del **controllo** (che si riferisce al bisogno di controllare le condizioni generali del proprio lavoro, la sua destinazione, l'organizzazione, le attività da assegnare al proprio e agli altri centri decisionali).

Sulla base di queste considerazioni diviene opportuno affrontare il tema del ruolo delle donne in medicina con particolare attenzione alle problematiche e alle criticità specifiche in ambito lavorativo, evidenziando e analizzando le problematiche di carattere organizzativo-gestionale così da incidere sul Sistema con politiche contrattuali mirate

Welfare - Il benessere organizzativo

Quando si esplorano le differenze di genere in sanità in riferimento all'opportunità degli uomini e donne di svolgere un buon lavoro, le donne presentano maggiori sintomi di svantaggio rispetto agli uomini.

Le donne medico che lavorano sono penalizzate rispetto agli uomini in termini di autonomia (minore possibilità di determinare l'intensità, le modalità e le condizioni del proprio lavoro), in ambito economico (retribuzioni ridotte, minore stabilità economica, maggiore precarietà lavorativa), in riferimento alla complessità del lavoro svolto (minori possibilità di partecipare ad attività formative *on the job* e di carriera, maggiore incoerenza tra percorso formativo e posizione lavorativa ricoperta), per ciò che comporta il controllo del proprio lavoro (minore possibilità di partecipare ai processi decisionali e nel dare indirizzi per migliorare l'organizzazione del lavoro o i processi lavorativi).

In Italia, infatti, sembra che i problemi di conciliazione tra vita professionale e privata siano una prerogativa esclusivamente femminile; le donne rinunciano frequentemente a percorsi lavorativi impegnativi che richiedono un importante investimento in termini sia di tempo che di responsabilità. Un sintomo evidente di tale meccanismo lo troviamo in Europa, in particolare nel Sistema Sanitario anglosassone dove si registra una elevata quota di lavoro part-time tra le donne medico.

Si può ipotizzare dunque che vi sia per molte donne da una parte una rinuncia a priori nell'investire sulla costruzione di una carriera professionale e dall'altra la scelta, più o meno consapevole, di dare al lavoro retribuito un ruolo di secondo piano.

Eppure le politiche di conciliazione non dovrebbero riguardare necessariamente le donne, ma tutti coloro che devono affrontare situazioni contingenti e che rendono necessario (ed opportuno da parte dello Stato) l'approntare di piani d'azione in grado di fornire soluzioni specifiche. Nella massima parte si tratta di situazioni legate ad esigenze familiari, ma non è escluso che possano riguardare anche situazioni personali legate alla salute e all'età.

La conciliazione – Integrare e conciliare il binomio famiglia-lavoro

✓ Part-time

La normativa che regola il part-time dovrebbe essere riconsiderata ed estesa. Un utilizzo agevole e flessibile di questo istituto potrebbe portare ad un aumento della produttività, all'offerta di nuovi posti di lavoro, ad una riduzione dello stress dei lavoratori, ad una gestione più facile della vita quotidiana.

Gli aspetti negativi dovuti alla ricaduta nel lavoro di équipe potrebbero essere gestiti e mitigati rendendo l'istituto maggiormente accessibile, anche per brevi periodi, tali da rendere normale e circolare il ricorso al tempo ridotto.

Potrebbe essere interessante prendere in considerazione anche il numero dei figli, l'età dei dipendenti, poter personalizzare e modulare la modalità all'interno del lavoro di équipe.

La possibilità di ricorso in modo più agevole potrebbe avere ricadute interessanti anche sul piano previdenziale, stante l'utilizzo facile e limitato all'effettivo e contingente bisogno.

Allo stesso tempo andrebbe prevista un incremento retributivo, anche in forma indennitaria a favore di coloro che ricorrono al part-time.

✓ Flessibilità

Anche il telelavoro, il lavoro in autonomia d'orario, la banca delle ore potrebbero essere adattabili alla professione medica, pur nei limiti legati al fatto che l'attività medica rimane una professione "di contatto" (con il paziente) e nella quale si deve essere disponibili la notte, i festivi e in sincronia con le esigenze e l'attività dell'équipe. Tuttavia la possibilità di modulare tali istituti all'interno dell'équipe consentirebbe un utilizzo appropriato e limitato alle effettive e condivise esigenze familiari e lavorative, creando un circolo virtuoso con ricadute positive in entrambi gli ambiti.

✓ La sostituzione per lunghi congedi di maternità e/o parentali e l'attività di sostegno

Il lavoro del medico è un lavoro di squadra. L'assenza dal lavoro di una dipendente per motivi correlati alla maternità, qualora questa non venga sostituita crea enormi disagi a livello di équipe e produce malcontento in ambito lavorativo.

Andrebbe pensato – oltre che un sistema sanzionatorio in parte già esistente e da implementare attraverso la contrattazione collettiva – anche un livello premiale per le aziende c.d. virtuose. In tale ottica diventano fondamentali le graduatorie e la corretta gestione delle stesse.

Andrebbe strutturata la possibilità per la donna medico di usufruire di un periodo di tutoring al rientro dal congedo così come la possibilità di accorpare l'orario lavorativo nel periodo dell'allattamento.

✓ I congedi parentali

La necessità di flessibilità nell'orario di lavoro è perlopiù limitata a periodi circoscritti nella vita della donna/dell'uomo ed è generalmente legato alla cura di minori e anziani non autosufficienti.

Implementare il ricorso al congedo parentale da parte degli uomini attraverso politiche normative e contrattuali ad hoc avrebbe ricadute positive in ambito lavorativo e sociale contribuendo ad innescare il meccanismo di normalizzazione dell'alternanza nei compiti di cura.

Andrebbe inoltre previsto un incremento delle percentuali retributive nel periodo di congedo parentale nonché promosso un congedo parentale part-time da estendersi anche ai padri.

Allo stesso tempo le modalità di fruizione delle forme di congedo parentale dovrebbero strutturarsi in modo da conciliarsi con la normale turnistica dell'attività di guardia.

✓ **Welfare aziendale**

Rilevare i principali fattori di stress sul posto di lavoro e individuare buone prassi comportamentali e gestionali per la risoluzione degli stessi non è solo un obbligo di legge regolamentato dal Dlgs 81/08, ma è anche un'arma per aumentare la produttività del personale, diminuire il grado di assenteismo, ridurre la quota di incidenti intra/extra-lavorativi, ma soprattutto diminuire il rischio di errore clinico.

✓ **Lo stress da mancata conciliazione famiglia-lavoro**

Stabilire un obbligo normativo di disciplina ad hoc legata alla verifica della mancata conciliazione famiglia – lavoro consentirebbe di rilevare le criticità ancora sommerse ed evidenziare le mancanze specifiche a livello aziendale.

✓ **Il bilancio di genere**

Altro strumento indiretto – ma efficace e previsto a livello normativo – è il c.d. bilancio di genere, cui le aziende potrebbero provvedere in modo da misurare le politiche effettivamente attuate e le loro ricadute in ambito di genere.

✓ **I Cug**

A tale scopo fondamentali risultano anche i CUG, presenti obbligatoriamente in ogni azienda, ma addirittura sconosciuti ai più (come è risultato da una recente indagine effettuata a livello regionale). Diviene pertanto fondamentale rafforzare il lavoro e la conseguente visibilità di tali organismi al fine di renderli effettivamente operativi ed utili allo scopo per cui sono stati pensati dal legislatore.

✓ **L'osservatorio permanente**

Unitamente ai CUG e/o parallelo ed essi potrebbe essere previsto un *Osservatorio permanente* della condizione lavorativa della donna medico nelle aziende sanitarie, cui affidare compiti di monitoraggio degli indicatori di disagio individuati in ogni regione, che diverrebbe poi uno strumento da utilizzare anche nella redazione del bilancio di genere.

✓ **La tutela legale**

Allo stesso tempo apparirebbe utile, a livello aziendale e/o regionale, un percorso di tutela legale c.d. rosa, con punto d'ascolto, di supporto e consulenza per tutte le problematiche connesse alla maternità, alla conciliazione casa-lavoro, allo stress dei lavoratori in Sanità

La formazione

Il vero cambiamento si attua grazie alle modifiche culturali. Soltanto attraverso la formazione continua che accompagni il percorso lavorativo, gli uomini e le donne sono in grado di rispondere adeguatamente ai cambiamenti in atto in ogni ambito, sociale, politico ed economico.

Aggiornare le competenze diviene perciò strategico ed il Sindacato, anche al suo interno, si può fare autentico promotore del cambiamento attraverso una formazione di genere in grado di sostenere il lavoro delle donne, valorizzando al contempo le differenze di cui sono portatrici e divenendo così anche strumento di prevenzione di lotta alla violenza di genere.

tesi congressuale

LO STATO GIURIDICO, IL RAPPORTO DI LAVORO DELLA DIRIGENZA SANITARIA E LA RIFONDAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

- **Il Titolo V**
- **La farsa dell'aziendalizzazione**
- **Stato giuridico e rapporto di lavoro propriamente detto**

a cura di
Giorgio Cavallero
Eleonora Albanese
Claudio Aurigemma
Anna Maria Mazzella
Alberto Spanò

L'idea di un sistema sanitario pubblico e universalistico è in pericolo nel nostro Paese nonostante sia ampiamente dimostrato che rappresenti il sistema più efficace, efficiente, equo ed economico. Lo dimostrano i risultati in termini di aspettativa di vita, di copertura della popolazione ed il paragone con gli Stati che ne sono sprovvisti, a partire dagli USA, dove la spesa per la salute è almeno doppia rispetto alla nostra, nonostante larghi strati della popolazione siano esclusi dall'assistenza pubblica.

Tuttavia in Italia l'idea del SSN, nato su richiesta quasi unanime, anche per sostituire il sistema precedente mutualistico irrimediabilmente fallito ed insostenibile sul piano economico e sanitario, sta pericolosamente arretrando.

A ridimensionare pesantemente il sistema sanitario pubblico italiano hanno contribuito alcuni provvedimenti legislativi ed economici che hanno configurato una vera propria controriforma sanitaria.

1) Il titolo V

La riforma del titolo V della Costituzione ha sancito lo smembramento del SSN in 21 servizi sanitari regionali in un Paese notevolmente diseguale per reddito nelle diverse Regioni.

Si è ampliata la divaricazione tra Regioni ricche, che rivendicano sempre maggiore autonomia come dimostrato da iniziative referendarie locali e da protocolli di autonomia, e la maggioranza del Paese.

Si contraddice il dettato della prima parte della Costituzione.

Si è creata una inaccettabile differenziazione dei servizi che ha prodotto nel tempo significative differenze nell'aspettativa di vita (l'OMS ribadisce che il finanziamento dei sistemi sanitari pubblici è il primo fattore che determina l'aspettativa di vita delle popolazioni)

Si è creato un ruolo delle Regioni improprio che gestiscono, ma non contribuiscono: dei veri e propri intermediari finanziari che acquisiscono le risorse esclusivamente dallo Stato centrale riversandole sui servizi e talora distogliendole dalla sanità. Ogni Regione peraltro gestisce a propria discrezione il sistema creando disuguaglianze intollerabili tra i servizi resi ai cittadini. Anche in materia contrattuale svolgono un ruolo di mera mediazione tra i finanziamenti e le regole centrali e gli operatori che si trovano di fatto con due datori di lavoro.

L'assenza di un ruolo centrale (l'ultimo piano sanitario nazionale risale al 2006 l'ultimo nomenclatore dei LEA al 1999) conferisce alle Regioni poteri spesso esorbitanti da cui nascono abusi inaccettabili.

I processi di riforma e di adeguamento del SSN richiedono accordi Stato-Regioni con infinite trattative ed esiti incerti e differiti.

Anche i contratti di lavoro sono di seconda mano, successivi non solo alle legge di bilancio, ma anche successivi ad una trattativa Stato-Regioni.

Le autonomie delle singole Regioni impediscono una politica unitaria della Conferenza delle Regioni e l'accorpamento delle funzioni sanitarie, i confini regionali sono diventati ancora più forti.

L'autonomia ha moltiplicato i poteri e gli attori ed i tagli al finanziamento hanno esasperato il conflitto tra la parte sanitaria e socio sanitaria gestita dai comuni, aggravando la divisione di competenze in particolare sull'assistenza ai non autosufficienti e agli affetti da patologie croniche.

Il sistema di gestione delle aziende è oggetto della peggiore lottizzazione e i direttori generali, attori unici e solitari, si sono dimostrati un fallimento epocale. Il sistema delle aziende in realtà è fallito.

E' venuto così meno il ruolo centrale del servizio sanitario nazionale, con l'implementazione del privato accreditato e del ricorso al privato puro, favorito da ticket eccessivi (superiori al costo nel pubblico rispetto al privato con conseguente concorrenza sleale e incentivo all'esodo dei pazienti verso il privato) e legislazione di vantaggio (decontribuzione e detassazione delle prestazioni e del salario accessorio solo per il solo privato)

Il regionalismo ha favorito il proliferare delle clientele locali, come dimostrato dalla magistratura che ha coinvolto numerosi vertici regionali assessori e manager, tutti condannati per clientelismo a vantaggio di strutture private.

Lo smembramento del SSN ha prodotto una cifra di spesa sanitaria di tasca propria (out of pocket) pari a 36 miliardi di euro ovvero il 30% della spesa complessiva. In nessun Paese al mondo dotato di servizio sanitario nazionale tale cifra supera il 10%.

Infine si sono delineate due medicine: una altamente redditizia basata sulle prestazioni ad appannaggio quasi esclusivo del privato e una medicina rimasta al pubblico che prende in carico globale il paziente, poco redditizia e gravata dai costi delle complicità e della cronicità. Il ruolo del SSN rischia di essere ridotto a soddisfare quella parte di popolazione che non può o non può più essere appetita dalle strutture private. Nessuno mette in dubbio il SSN che fa comodo anche alla concorrenza privata, ma è in discussione il suo ruolo primario o subalterno.

Anche le sperimentazioni gestionali tanto care alle Regioni e il proliferare di micro welfare aziendali solo formalmente integrativi ma di fatto sostitutivi aumentano lo spezzettamento del sistema.

Il titolo V ha già fatto troppi danni.

Per questi motivi per superare la dissoluzione, la residualità e recuperare la centralità del servizio sanitario pubblico nazionale occorre superare il titolo V e il regionalismo impegnando l'associazione in una battaglia, anche legislativa e eventualmente referendaria, di fondamentale importanza per la salvaguardia di principi e diritti fondamentali riformando il sistema sanitario verso la creazione di un unico Ente Nazionale per la Salute, gestito centralmente da soggetti competenti e garante di un unico livello di qualità e quantità di servizi in ogni regione italiana.

2) La farsa dell'aziendalizzazione

E' tempo perciò di porre rimedio all'equivoco dell'aziendalizzazione figlia di un ideologia superata. Lo slogan "meno Stato più privato" che tanti proseliti ha fatto, è stato abbandonato in tutti i Paesi avanzati (pur di diverso orientamento politico) dove l'intervento pubblico ha sostenuto la ripresa certamente più contenuta in Italia per le scarse disponibilità di uno Stato appesantito dal debito pubblico, dalla spesa per interessi che comporta (60-70 miliardi annui) e dalla flagrante e non adeguatamente contrastata evasione fiscale e contributiva che compromette il welfare.

In realtà le privatizzazioni in Italia hanno avuto effetti disastrosi.

In sanità si è perpetuato l'equivoco che considera la direzione generale l'equivalente del datore di lavoro privato. Questo paragone è del tutto incongruo: l'imprenditore privato mette a rischio le proprie risorse e

questo fatto lo autorizza a scegliersi la classe dirigente. L'aziendalizzazione ha, tra l'altro, distrutto le carriere mediche interamente decise dal direttore generale con inevitabili condizionamenti politici. Il direttore generale ha competenza quasi esclusiva sulle carriere di tutte le posizioni da quelle apicali fino all'ultima posizione organizzativa del comparto. Con l'esclusione delle Organizzazioni sindacali nella definizione di specifici criteri per il conferimento degli incarichi lo strapotere dei Direttori generali è ulteriormente aumentato. La meritocrazia vigente è talmente subordinata al gradimento del vertice politico che si rischia di trasformare le carriere da professionali a politiche.

Medici e dirigenti devono riprendersi le loro carriere nell'interesse del merito e dei cittadini, la professionalità deve essere incentivata. Al pari di magistratura e università anche nella dirigenza medica sanitaria e pubblica le carriere devono essere decise dalla comunità scientifica senza ripetere gli errori del passato.

E' in gioco l'indipendenza e l'autonomia di servizi pubblici essenziali che devono essere svincolate dal politico di turno. E' una battaglia di civiltà giuridica e di valorizzazione della professionalità e del merito da fare al più presto. Qualunque soluzione non può che essere migliore di un'esistente che demotiva i colleghi e li costringe a trovare gratificazione e riconoscimento del lavoro svolto solo nell'attività libero-professionale certamente da tutelare ma che non deve essere l'unica opportunità.

3) Stato giuridico e rapporto di lavoro propriamente detto

Va respinto qualunque tentativo di sottrarre la dirigenza medica e sanitaria dal contesto della dirigenza pubblica. Da un lato le proposte proprie dei confederali che enfatizzando i disagi della dirigenza e auspicano il ritorno allo status di semplici dipendenti e dall'altro l'atteggiamento di sigle autonome che auspicano l'abbandono del ruolo dirigenziale per trasformarlo in quello di professionisti privi di competenze gestionali, ed entrambe vanno contrastate. La differenza tra Anaa Assomed e altre sigle risiede proprio nel fatto di aver creduto e nel continuare a credere nella Dirigenza come elemento qualificante di medici e sanitari. Senza la Dirigenza aumenterebbe ulteriormente la subalternità nei confronti dei vertici politico-amministrativi e la confusione nel quadro delle competenze delle figure professionali. La Dirigenza indispensabile per un minimo di autonomia professionale e di capacità decisionale. Anche le larvate ipotesi di un rapporto di tipo convenzionale, come i medici di base, sottende l'intenzione di ridurre il medico e il sanitario ad un ruolo di mero prestatore d'opera. Non a caso è in atto una progressiva riduzione del ruolo dei dirigenti sanitari sempre più marginalizzati, l'abbandono della richiesta di pareri da parte dei Consigli dei sanitari, ridotti quasi all'inutilità e sistematicamente manomessi e condizionati, la dice lunga sul fastidio per una dirigenza medica e sanitaria potenzialmente capace di disturbare il manovratore. Sempre più frequente è la sottrazione ai dipendenti dell'elaborazione di pareri che vengono sistematicamente richiesti a consulenti esterni di comodo assoldati per confezionare giustificazioni tecniche a decisioni politiche. Non solo una parte della categoria e le Direzioni generali ma l'attacco alla Dirigenza sanitaria parte anche dalle Regioni e dallo Stato centrale: gli obiettivi sono un risparmio economico sulle retribuzioni sganciandole dal tabellare unico della Dirigenza pubblica e di ridurre il ruolo dei professionisti medici a compiti esclusivamente tecnici senza incidere, sia pur marginalmente, all'organizzazione del lavoro e alle scelte gestionali e politiche delle cosiddette Aziende sanitarie. Il ruolo sociale delle professioni sanitarie ne uscirebbe distrutto.

L'irresistibile tentazione alla distruzione della dirigenza sanitaria trova sempre nuovi tragici esempi quali la cosiddetta "piramide" degli IRCCS varata nell'ultima legge di bilancio che ha relegato a dipendenti del comparto numerosi ricercatori, all'assalto alla dirigenza di professioni sanitarie che prefigurano una sanità a compartimenti stagni e del tutto inefficiente, al ricorso alla sostituzione del dirigente con altri soggetti convenzionati, precari o con rapporti libero-professionali, all'assunzione mediante il 15 septies. Sono tutte manovre che tendono a sminuire, diluire e limitare il ruolo dirigenziale.

La dirigenza effettiva in effetti è rimasta nelle mani esclusive del vertice aziendale di nomina politica. L'illusione che l'aziendalizzazione esaltasse il ruolo dirigenziale dei sanitari è andata delusa. Per questo le argomentazioni fatte in precedenza incidono pesantemente sui contenuti effettivi e l'effettiva praticabilità della dirigenza stessa.

La soluzione pertanto non è il ritorno al passato bensì il rilancio del ruolo dirigenziale.

Il tentativo di precarizzare la dirigenza passa anche attraverso l'abbattimento dei vincoli per l'accesso alla dirigenza rivedendo e rielaborando il vincolo della specializzazione al di fuori di un periodo transitorio determinato, certo, nel rispetto dei vincoli europei e del diritto del cittadino alle cure specialistiche. Ogni apertura in tal senso viene sistematicamente strumentalizzata per creare una nuova coorte di precari senza futuro utili solo al becerato risparmio economico immediato. In un contesto aziendale di questo tipo, come si è cercato di spiegare nei punti precedenti, risulta difficile non arroccarsi sulla difesa dell'esistente.

Non siamo noi a dover decidere il destino dei colleghi specializzandi, ma nemmeno compete a Regioni ed Università.

Semmai va riproposto con forza il tentativo di un riconoscimento della Dirigenza sanitaria come categoria speciale. Non si comprende perché tale status venga negato ai medici e ai sanitari del SSN mentre viene riconosciuto ai medici e sanitari universitari a dispetto delle effettive capacità produttive, a tutte le forze del comparto sicurezza e perfino ai vigili del fuoco.

Il medico e il sanitario non possono essere dei ruoli qualunque, non si può negare l'impatto sociale e sull'interesse generale delle nostre professioni, ruolo di mediazione tra cittadini e azienda sanitaria tra diritti, bisogni reali e istituzioni.

In particolare il medico e il sanitario dirigente dovrebbero essere i primi interlocutori di cittadini ed istituzioni a loro dovrebbe essere affidata la vigilanza e la supervisione del privato accreditato e che persegue fini di lucro in termini anche di appropriatezza, leale concorrenza, qualità delle prescrizioni.

Il contributo alla programmazione sanitaria, alla formazione all'innovazione sono compiti da recuperare nel contesto della dirigenza sanitaria. In definitiva più che ricercare nuovi contenitori si tratta di recuperare contenuti alla funzione dirigenziale.

Insiste il dovere di informare correttamente i cittadini sulle effettive condizioni economiche ed organizzative del SSN e guadagnare la loro fiducia a prescindere dai legami con l'Azienda, ente fallimentare che come abbiamo detto va rifondato in un modello completamente diverso e riportato in capo alla responsabilità dello Stato.

Le sperimentazioni, possibili ed auspicabili, possono avvenire solo in un contesto di garanzia del ruolo centrale della dirigenza sanitaria da parte di tutti gli interlocutori.

Va contrastata anche la tendenza delle Regioni a scardinare lo stato giuridico unitario della professione medica e sanitaria, le normative concorsuali e di reclutamento, le norme europee e le buone pratiche organizzative riconosciute dalla comunità sanitaria internazionale.

Riconoscere autonomia e competenza è l'unica strada se si vuole perseguire l'interesse generale sapendo che in mancanza di idee nuove riemergono quelle vecchie e perdenti. Il passato che ritorna è sempre la peggior soluzione.

LIVELLI E CONTENUTI DELLA CONTRATTAZIONE

- **Premessa**
- **Inquadramento storico-legislativo**
- **Criticità del modello di relazioni sindacali conseguente al d. Lgs. 150/2009**
- **Innovazioni sul modello di relazioni sindacali apportate dal d. Lgs. 75/2017**
- **Modello vigente di relazioni sindacali e di contrattazione: valutazioni, criticità, interventi**

a cura di

Giuseppe **Montante**

Eleonora **Albanese**

Gabriele **Gaggero**

Gabriele **Gallone**

Anita **Parmeggiani**

Andrea **Rossi**

PREMESSA

Sviluppare un tema così attuale e strategico, come quello in oggetto, e nel contempo complesso per le implicazioni legislative, politiche e sindacali che lo condizionano, presuppone in premessa una contestualizzazione storico legislativa dei principi fondanti di tale modello e in particolare degli argomenti in oggetto, a maggior ragione se si intende valutare se apportare o meno delle modifiche al modello di relazioni sindacali ed in particolare al modello di contrattazione, insito in esso, in atto per la Dirigenza del Ruolo Sanitario e con quali prospettive.

INQUADRAMENTO STORICO LEGISLATIVO

Il modello di relazioni sindacali e di conseguenza il modello contrattuale attualmente in uso nel Pubblico Impiego ed in particolare nella Dirigenza del Ruolo Sanitario basano le **origini dei principi fondanti della loro architettura** in due provvedimenti legislativi degli anni 90':

- **D. Lgs. 29/1993:** "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego" mediante cui è stato introdotto un nuovo modello base di relazioni sindacali da utilizzare per tutte le diverse Aree della dirigenza;
- **D. Lgs. 502/1992:** "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che ha influenzato l'architettura del modello di relazioni sindacali riferito alle categorie professionali di dipendenti pubblici operanti nel S. S. N. con l'assegnazione ai Medici e ai laureati non medici delle professioni sanitarie della qualifica di dirigenti con peculiari condizioni di specialità rispetto alle altre dirigenze del Pubblico Impiego e con l'articolazione del S. S. N. in due livelli direzionali:
 - livello nazionale con la "mission" di creare le condizioni per garantire il rispetto del dettato costituzionale sulla salute in tutto il territorio italiano;
 - livello periferico (aziende sanitarie) con il compito di attuare le disposizioni nazionali, nonché erogare l'assistenza sanitaria necessaria nel territorio.

Caratteristiche principali di questo nuovo modello alle sue origini sono state:

1. somiglianza nell'impostazione generale a quello utilizzato nel Settore Privato;
2. articolazione della contrattazione fra Parte Pubblica e Parte Sindacale in due livelli:
 - nazionale con la Contrattazione Collettiva Nazionale (CCNL),
 - periferico con il Contratto Collettivo Integrativo (CCIP), Aziendale per il S. S. N. (in precedenza per il S. S. N. l'articolazione era su tre livelli: nazionale, regionale e locale al livello di U. L. S.);

3. l'individuazione degli istituti contrattuali e delle tipologie di materie contrattabili al livello nazionale;
4. l'assegnazione di un preciso ruolo alla contrattazione collettiva nazionale (definizione puntuale delle regole, dei principi attuativi, della dimensione retributiva, nonché degli istituti e delle materie contrattabili al livello periferico) e di uno altrettanto preciso ma diverso ruolo alla contrattazione collettiva integrativa periferica Aziendale (definizione delle modalità attuative);
5. la definizione dei limiti della contrattazione collettiva integrativa periferica: contrattazione solamente sulle materie individuate dal CCNL nel rispetto dei principi, regole e limiti economici posti dallo stesso (nullità in caso di non rispetto di questi limiti) e la non contrattabilità al livello periferico della organizzazione delle strutture e degli uffici;
6. la puntuale definizione di ulteriori forme di relazioni sindacali al livello aziendale (partecipazione sindacale) fra OO. SS. e dirigenza della azienda sanitaria mediante: **l'informazione** nelle sue diverse forme temporali (preventiva all'assunzione degli atti deliberativi o successiva a questi), **l'esame congiunto** di alcune materie prima dell'assunzione delle decisioni e l'eventuale costituzione di **commissioni paritetiche di studio o osservatori**;
7. la possibilità di attivare un tavolo di **confronto regionale** su alcuni degli argomenti oggetto di contrattazione aziendale.

Negli anni successivi si sono avuti dei progressivi aggiustamenti del modello di relazioni sindacali originario e di conseguenza anche del modello ed architettura della contrattazione che sono stati attuati per "steps evolutivi" in concomitanza di modifiche del D. Lgs. di "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego".

Le modifiche della Disciplina legislativa sul Pubblico Impiego con le sue ricadute sul modello di relazioni sindacali hanno risentito di volta in volta anche delle modifiche del "sentire politico" maggioritario.

Un primo "step evolutivo" si è avuto **con il D. Lgs. 165/2001** di revisione della disciplina in materia di Pubblico Impiego.

Le modifiche più importanti introdotte da questo nel modello di relazioni affermatosi negli anni 90' sono state:

- accentuazione della non contrattabilità al livello periferico della organizzazione delle strutture e degli uffici e di tutto ciò che rientra nelle prerogative decisionali delle direzioni in conseguenza del rafforzamento del potere decisionale autonomo dei dirigenti a cui viene affidata la responsabilità di direzione;
- accentuazione della potestà decisionale della direzione aziendale, anche se temporanea, nelle materie con ambito esclusivamente normativo e non economico, allo scadere della moratoria decisionale prevista per i primi 30 giorni di contrattazione;
- rafforzamento degli strumenti di partecipazione sindacali al livello aziendale mediante un rafforzamento nominalistico dello strumento dell'esame congiunto attraverso una rinominazione maggiormente enfatica in : "concertazione" e l'introduzione della "consultazione" come ulteriore strumento;
- accentuazione e maggiore organicità da un punto di vista regolamentale dello strumento del confronto regionale.

Un ulteriore "step evolutivo" si è avuto con il **D. Lgs. 150/2009** di riordino del Pubblico Impiego mediante cui sono state introdotte alcune modifiche sostanziali al modello in atto:

- la possibilità per il Legislatore di modificare a posteriori le norme pattizie nazionali assunte con il CCNL con disposizioni legislative nazionali assunte in modo unilaterale dalla Parte Pubblica;
- la limitazione degli strumenti di partecipazione mediante il tentativo di estendere nei fatti alla concertazione le limitazioni già esistenti per la contrattazione in campo organizzativo e nelle materie oggetto di prerogative decisionali da parte delle direzioni;
- la maggiore enfasi posta nella contrattazione aziendali agli obiettivi di efficienza economica rispetto a quelli di efficacia professionale, sia di equipe che individuali;
- l'ulteriore accentuazione del ruolo delle Regioni in materia di proposizione di indirizzi attuativi nei riguardi della contrattazione integrativa aziendale.

CRITICITÀ DEL MODELLO DI RELAZIONI SINDACALI CONSEGUENTE AL D. LGS. 150/2009

Le modifiche introdotte al modello di relazioni fra OO. SS. e Direzioni delle Aziende Sanitarie dall'evoluzione legislativa della disciplina sul Pubblico Impiego ed in particolare quelle apportate dal D. Lgs. 150/2009 (Legge "Brunetta") insieme alle norme di forte risparmio economico su personale presenti all'art. 9 della Legge 122/2010 hanno determinato per parecchi anni delle forti criticità nella contrattazione integrativa aziendale e nei rapporti fra sindacati ed aziende allo stesso livello.

Il nuovo approccio politico alle professioni, caratterizzato da una sottovalutazione del ruolo di intermediazione sociale dei Sindacati, da una invadenza legislativa nazionale e regionale sulle norme dei Contratti Nazionali con l'associato corollario di interpretazioni delle modifiche alle norme e con i relativi conflitti di competenze fra Legge e CCNL, nonché il blocco per un periodo piuttosto lungo di alcuni istituti contrattuali oggetto di contrattazione periferica ha stimolato nella Parte Pubblica la convinzione errata che fosse lecita una "devolution" delle norme del CCNL e che quindi non fosse più necessario un rigoroso rispetto delle norme pattizie dei Contratti Nazionali, ma queste potevano essere modificate in modo unilaterale al livello aziendale.

Le conseguenze di questa deriva dirigista nelle relazioni sindacali sono state l'accrescersi ed il diffondersi:

- nelle aziende, della convinzione che **non fosse più necessario il coinvolgimento nelle scelte dei dirigenti del ruolo sanitario** attraverso i propri sindacati;
- nelle OO. SS. al livello aziendale, della constatazione dell'esistenza di una **realità di incertezza e non correttezza attuativa delle norme contrattuali**;
- fra i dirigenti del ruolo sanitario, maggiormente esposti a condizioni di carichi di lavoro elevati o addirittura di "burnout" rispetto agli altri dirigenti del Pubblico Impiego, una **sensazione crescente di forte disagio e di disaffezione professionale**.

INNOVAZIONI SUL MODELLO DI RELAZIONI SINDACALI APPORTATE DAL D. LGS. 75/2017

Il D. Lgs 75/2017 (Legge "Madia") di ulteriore riordino del Pubblico Impiego ha solamente in parte frenato la deriva dirigista del Legislatore con il conseguenziale tentativo di marginalizzazione delle relazioni sindacali stimulate dal D. Lgs 150/2009.

Questo parziale risultato positivo è stato soprattutto ottenuto modificando la condizione di invadenza unilaterale delle Leggi sui Contratti Collettivi Nazionali e introducendo invece la derogabilità delle norme legislative sulla disciplina dei rapporti di lavoro mediante i Contratti Collettivi Nazionali del Pubblico Impiego. Per contro il suddetto D. Lgs. ha apportato alcune ulteriori modifiche al modello di relazioni sindacali miranti ad:

- accrescere ancor di più l'autonomia decisionale ed i poteri della Direzione aziendale sottraendo alla concertazione le decisioni sull'organizzazione delle strutture e degli uffici e tutto ciò che rientra nelle prerogative decisionali delle direzioni;
- sveltire i tempi di contrattazione integrativa aziendale e nel contempo stimolare la necessità di arrivare ad un accordo fra le parti, introducendo mediante il CCNL un limite temporale per arrivare ad un accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale dopo il quale l'azienda, per evitare un ostacolo alla sua operatività, può attuare temporaneamente, con modalità decise in modo unilaterale, alcune materie oggetto di contrattazione integrativa fin quando non si arriva ad un accordo, continuando nel frattempo la contrattazione;
- ridurre la possibilità di abusi da parte delle aziende nell'utilizzo della facoltà di attuare temporaneamente in modo unilaterale alcune materie oggetto di contrattazione integrativa mediante l'istituzione di un Osservatorio Paritetico Nazionale con funzione di controllo;
- enfaticizzare ancor più nella contrattazione aziendale gli obiettivi di efficienza economica rispetto a quelli di efficacia professionale, mediante gli obiettivi di performance, sia di equipe che individuali.

Il D. Lgs. 75/2017 ha inoltre chiarito in modo definitivo le differenze esistenti fra la contrattazione integrativa di 2° livello (livello periferico) attuato nel Pubblico Impiego e quella invece attuata nel Settore Privato, malgrado l'apparente somiglianza.

Nel Pubblico Impiego il contratto integrativo di 2° livello (in Sanità: aziendale) è:

- attuativo delle norme del CCNL;
- si svolge sulle materie demandate alla contrattazione periferica dal CCNL;
- deve rispettare i principi, le norme e i limiti posti dal CCNL;
- deve utilizzare le risorse economiche dei fondi contrattuali nazionali destinate alla contrattazione periferica dal CCNL e deve rispettarne i limiti quantitativi di queste.

In conseguenza di quanto sopra, **i Contratti Integrativi Periferici non rispettosi delle suddette disposizioni sono automaticamente nulli e decade la loro validità.**

Nel Settore Privato il contratto integrativo di 2° livello:

- si svolge sulle materie decise dalla contrattazione periferica;
- può derogare ai principi e norme posti dal CCNL;
- utilizza risorse economiche aggiuntive a quelle del CCNL, messe a disposizione dall'azienda per la contrattazione periferica.

MODELLO VIGENTE DI RELAZIONI SINDACALI E DI CONTRATTAZIONE

Ricapitolando per maggiore chiarezza, il **modello vigente di relazioni sindacali** fra Parte Pubblica e Parte Sindacale per l'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario, in conseguenza del D. Lgs 502/1992 e sue successive variazioni e dell'evoluzione legislativa della disciplina sul Pubblico Impiego dal 1993 al 2017, presenta nelle sue modalità fondamentali: la **contrattazione** e la **partecipazione**, le cui caratteristiche sono di seguito riportate.

Contrattazione

1. È di tipo pattizio per confronto tra le parti;
2. risponde nella sua impostazione generale ai principi e norme del Codice Civile, salvo quanto espressamente specificato nella Legislazione che disciplina il Pubblico Impiego;
3. è articolata in due livelli:
 - nazionale con la Contrattazione Collettiva Nazionale (CCNL),
 - periferico con il Contratto Collettivo Integrativo (CCIP) Aziendale;
4. al livello nazionale della contrattazione (CCNL) compete la definizione puntuale:
 - delle regole, principi attuativi e dimensione retributiva delle materie e degli istituti contrattuali individuati dalla legislazione vigente, dai Contratti Collettivi Nazionali Quadro e/o suggeriti dagli atti di indirizzo "madre" sui Contratti Nazionali emanato dal Ministero della Funzione Pubblica,
 - degli istituti e delle materie la cui definizione è demandata al livello di contrattazione integrativa aziendale,
 - dei limiti temporali massimi entro cui deve essere raggiunto un accordo fra le parti, oltre cui può scattare la possibilità motivata per l'azienda ad una applicazione momentanea unilaterale di alcuni istituti contrattuali in attesa di un accordo al livello aziendale,
5. non sono oggetto di contrattazione nazionale l'organizzazione delle strutture e degli uffici e le prerogative decisionali della dirigenza;
6. al livello periferico aziendale della contrattazione (Contrattazione Collettiva Integrativa Periferica) compete la definizione delle modalità attuative nelle materie individuate dal CCNL ed in particolare soprattutto degli obiettivi di efficienza (performance), sia di equipe che individuali;
7. allo stesso livello compete anche il rispetto dei seguenti limiti posti dal CCNL e dalla Legislazione vigente onde evitare la nullità di fatto di quanto deciso a questo livello:
 - non possono essere oggetto di contrattazione collettiva integrativa periferica materie diverse da quelle individuate dal CCNL
 - devono essere rispettati i principi, le regole e i limiti economici posti dallo stesso (nullità in caso di non rispetto di questi limiti),

- la non contrattabilità al livello periferico della organizzazione delle strutture e degli uffici.

Partecipazione

Questa viene attuata fra Parte Pubblica e Parte Sindacale per l'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario mediante i seguenti strumenti:

- **l'informazione** nelle sue diverse forme temporali (preventiva all'assunzione degli atti deliberativi o successiva a questi);
- **la concertazione** prima dell'assunzione delle decisioni per tentare di arrivare ad una condivisione di queste sulle materie previste dal Contratto Collettivo Nazionale che non sono oggetto di contrattazione collettiva integrativa aziendale, ad eccezione delle decisioni sull'organizzazione delle strutture e degli uffici e tutto ciò che rientra nelle prerogative decisionali delle direzioni;
- **consultazione** nelle sue diverse forme temporali (preventiva ed obbligatoria all'assunzione degli atti deliberativi nelle decisioni di tipo organizzativo e nelle materie previste dal CCNL che non sono oggetto di contrattazione e concertazione, o facoltativa e successiva all'assunzione degli atti nelle altre materie);
- l'eventuale costituzione di **commissioni paritetiche di studio o osservatori**;
- **confronto regionale** di tipo sindacale su alcune degli argomenti oggetto di contrattazione aziendale previste dal CCNL, al fine di migliorarne le condizioni di omogeneità attuativa.

VALUTAZIONE DI TALE MODELLO

Condizionamenti da fattori esterni

Il modello di relazioni sindacali ed in particolare di contrattazione che viene utilizzato per la Dirigenza del Ruolo Sanitario è **molto condizionato da alcuni fattori esterni** a tale tipologia di dirigenza, quali ad esempio:

- **la tipologia di cultura imperante** nel Pubblico Impiego: amministrativa, ben distante dalla cultura tecnica presente invece in sanità;
- **il modello di dirigenza diffuso** nel Pubblico Impiego: di tipo burocratico – amministrativo, basato essenzialmente sul lavoro individuale di ciascun dirigente, sul rispetto di procedure burocratiche e protocolli prefissati e nella produzione formale di atti, ben diverso dal modello di dirigenza di tipo tecnico che caratterizza la parte sanitaria del S. S. N., basata invece sul lavoro in equipe, sul coordinamento di attività, sull'osservanza di linee guida e sul rispetto delle evidenze scientifiche;
- **il modello di gerarchia presente** negli uffici e ministeri, di tipo verticale, con architettura e tassonomia di tipo militare, poco consona al lavoro in equipe della dirigenza sanitari, basato invece sul coordinamento delle varie professionalità;
- **il modello utilizzato di rapporti fra OO. SS. e Dirigenza degli uffici** (un ibrido fra il “modello padronale” presente nelle aziende private e il modello dirigista di tipo militare) è ben distante dalla “cultura” del coinvolgimento che dovrebbe invece ispirare i rapporti fra aziende sanitarie e OO. SS. della Dirigenza Sanitaria.

Conseguenza

La conseguenza dell'influenza di questi fattori esterni è **l'inappropriatezza di base** di tale modello alla realtà professionale e culturale della dirigenza del ruolo sanitario che negli anni è stata solo in parte lenita dagli adattamenti apportati.

In una realtà lavorativa a forte sviluppo tecnico – professionale la cultura e la metodologia dei rapporti fra “l'apparato dirigenziale” dell'aziende e i suoi professionisti dipendenti e di conseguenza con le OO. SS. che li rappresentano è rimasta rigidamente abbarbicata al modello burocratico ministeriale della dirigenza, senza aperture significative verso la diversa cultura della realtà lavorativa tecnico – professionale.

Discrasia fra i livelli contrattuali e legislativi in Sanità

Alla precedente criticità si aggiunge **la discrasia creata** fra i due livelli (nazionale e aziendale) con le relative competenze del modello di contrattazione in atto, e i livelli (nazionale e regionale) e le competenze di ciascuno di questi introdotte dalla modifica costituzionale del Titolo V con il “federalismo sanitario” nazionale, a cui compete l’individuazione delle garanzie costituzionali, il controllo sulla loro attuazione, gli indirizzi tecnici generali, il finanziamento del S. S. N. mediante la fiscalità.

Nel modello contrattuale vigente per la Dirigenza del Ruolo Sanitario:

- il livello nazionale (CCNQ e CCNL) decide le regole, i principi attuativi e di garanzia, nonché la dimensione retributiva delle materie e degli istituti contrattuali;
- il livello aziendale si limita a decidere le modalità attuative delle materie demandate a tale livello dal CCNL;
- Il livello regionale non ha alcuna potestà contrattuale, ad eccezione della decisione sulla quantità e sull’utilizzo di eventuali risorse aggiuntive regionali non vincolate dal CCNL; solamente negli ultimi anni è stata data facoltà a tale livello mediante lo strumento del “confronto” di concordare indirizzi per omogenizzare l’attuazione al livello aziendale.

Nel “federalismo sanitario”:

- il livello nazionale ha la competenza sull’individuazione delle garanzie costituzionali, sul controllo della loro attuazione, sull’emanazione di indirizzi tecnici generali, sul finanziamento del S. S. N. mediante la fiscalità;
- il livello regionale ha invece la competenza in merito alla programmazione, organizzazione e gestione delle strutture e del personale;
- il livello aziendale è uno strumento operativo del livello regionale.

Conseguenze

Le conseguenze più importanti di questa discrasia fra livelli contrattuali sono:

- **l’insufficiente aumento dei fondi contrattuali**, in conseguenza del CCNL, **in alcune Regioni**, malgrado l’entità sia stata decisa dal livello legislativo nazionale per tutto il Pubblico Impiego e il finanziamento di questo aumento per i dipendenti in Sanità sia già ricompreso nel finanziamento del F. S. N., trova però spesso un ostacolo reale nell’insufficiente finanziamento di tale Fondo e nell’eccessivo indebitamento regionale; tale criticità spesso non trova una soluzione soddisfacente per il gioco dello scarica barile fra le parti per quanto riguarda le responsabilità;
- **la condizione di “convitato di pietra” delle Regioni** nella contrattazione aziendale e nell’attuazione delle norme contrattuali, che pur avendo competenze programmatiche, organizzative e gestionali delle strutture e del personale, non hanno alcun ruolo contrattuale nelle aziende, costituisce una delle cause maggiori di incertezza e non correttezza attuativa.

COSA FARE PER CORREGGERE LE CRITICITÀ?

Dopo questa disamina sui modelli di relazioni sindacali e contrattuali in uso per la Dirigenza del Ruolo Sanitario e sulle loro criticità, viene spontaneo chiedersi se si possa fare qualcosa per correggerle.

Di seguito si esaminano le possibili soluzioni per ciascuno dei due gruppi di criticità precedentemente esplicitate.

Inappropriatezza da condizionamenti da fattori esterni

Due sono le tipologie di correzioni ipotizzabili, in base allo strumento utilizzato: legislative e contrattuali.

Le **correzioni ipotizzabili** in teoria di una certa efficacia possono essere **solamente le seguenti di tipo legislativo**:

1° Ipotesi:

Uscita dal Pubblico Impiego dei professionisti dipendenti del S. S. N. che esercitano attività sanitarie.

In tal caso sarebbe tutta da immaginare la nuova collocazione giuridica e la tipologia di rapporto di lavoro: dipendenti o convenzionati?

2° Ipotesi:

Definizione legislativa di un modello di relazioni sindacali e di contrattazione che tenga conto delle peculiari specificità e specialità della Dirigenza del Ruolo Sanitario, di tipo tecnico – professionale e delle differenze esistenti con il resto delle dirigenze presenti nel Pubblico Impiego, di tipologia burocratico – amministrativa.

Consiglio

La scelta fra queste ipotesi dovrà essere preceduta da una preventiva valutazione della reale percorribilità politica e legislativa e dei possibili vantaggi e svantaggi.

Discrasia fra livelli di relazioni sindacali e di contrattazione e livelli decisionali in Sanità

Le conseguenze critiche per il non allineamento fra i livelli di relazioni sindacali e di contrattazione previsti per il S. S. N. dalle Leggi vigenti e i livelli decisionali previsti invece dal “federalismo sanitario” sono in sintesi conseguenti alla discrasia esistente sul reale ruolo delle Regioni.

Qualsiasi soluzione dovrà inevitabilmente chiarire il ruolo di queste.

In questo caso le soluzioni possibili sono di due tipologie: legislative o contrattuali.

Soluzione legislativa

Allineamento legislativo dei livelli di relazioni sindacali e di contrattazione ai tre già presenti per i medici convenzionati: nazionale, regionale e aziendale.

In tal caso:

- il livello nazionale (CCNL) deciderebbe le regole, i principi attuativi e di garanzia, nonché la dimensione retributiva minima garantita delle materie e degli istituti contrattuali;
- Il livello regionale deciderebbe la dimensione retributiva aggiuntiva legata alle peculiarità regionali e le modalità attuative, nel rispetto delle regole e norme di garanzia nazionali;
- il livello aziendale si limiterebbe a definire le modalità attuative aziendali di quanto deciso al livello nazionale e regionale.

-

Consiglio

Anche in questo caso sarà necessario una approfondita valutazione della reale percorribilità politica e legislativa.

Soluzioni contrattuali

In caso di impossibilità a percorrere la soluzione legislativa, precedentemente descritta, per la presenza di una volontà politica diffusa di non creare un terzo livello regionale, sarebbe **necessario comunque tentare di risolvere almeno in parte le conseguenze di questa discrasia**, precedentemente esplicitate.

Questo potrebbe essere possibile attraverso queste scelte contrattuali:

- rendendo il “confronto regionale”:
 - obbligatorio,
 - limitandolo alle materie contrattuali mediante cui esplicitare le peculiari specificità regionali,
 - accrescendo la cogenza al livello aziendale delle eventuali indirizzi regionali condivisi;
- modificando i ruoli e le competenze dei livelli di contrattazione nazionale e aziendale.

Le ipotesi di modifiche possibili dei ruoli e competenze dei livelli di contrattazione potrebbero essere le seguenti 3.

1° Ipotesi:

Aumento della cogenza delle norme contrattuali nazionali, che non si limiterebbero a decidere le regole, i principi attuativi e di garanzia, nonché la dimensione retributiva garantita delle materie e degli istituti contrattuali, ma definirebbero anche con maggiore puntualità le modalità attuative di buona parte delle materie contrattuali, impedendo così qualsiasi attuazione errata.

Di conseguenza riduzione del livello di contrattazione aziendale a mera attuazione delle norme nazionali e degli indirizzi risultanti dal confronto regionale.

2° Ipotesi:

Riduzione della cogenza delle norme contrattuali nazionali che sarebbe limitata alle norme quadro sulle regole, sui principi attuativi e di garanzia, nonché alla dimensione retributiva minima garantita delle materie e degli istituti contrattuali.

Di conseguenza potenziamento del livello di contrattazione aziendale dove verrebbero decise la suddivisione delle risorse economiche a disposizione fra i diversi fondi e le modalità attuative degli istituti contrattuali, nel rispetto comunque delle norme quadro nazionali e tenendo nel giusto conto gli indirizzi risultanti dal confronto regionale.

3° Ipotesi:

Mantenimento delle attuali competenze normative e cogenza della contrattazione nazionale.

Mantenimento del ruolo, delle attuali competenze e dei limiti della contrattazione aziendale.

Potenziamento del ruolo e della cogenza del confronto regionale con le modalità già descritte in precedenza.

Consiglio

La scelta fra queste tre dovrà essere preceduta da una accurata disamina sulle reali percorribilità politiche e contrattuali e soprattutto sui possibili vantaggi e svantaggi di ciascuna di queste in dimensioni nazionale.

COSA DECIDERE?

Se si vorranno correggere le criticità che affliggono gli attuali modelli vigenti di relazioni sindacali e di contrattazione per i Dirigenti del Ruolo Sanitario, si dovranno scegliere, prima come Associazione Sindacale e poi come categoria professionale, le ipotesi migliori fra le soluzioni ipotizzate e poi ci si dovrà adoperare a tutti i livelli affinché siano recepite ed attuate.

Per evitare che tutto ciò sia una mera chimera, le norme che regoleranno l'istituto delle relazioni sindacali prescelto e gli argomenti correlati dovranno essere:

- scritte in modo chiaro e inequivocabile;
- individuate delle condizioni di garanzia e delle procedure extra giudiziarie che scorraggino fortemente le eventuali omissioni e/o scorrettezze.

La scelta su cambiamenti così importanti dovrà passare da un elevato grado di maturazione e da un ricco e approfondito dibattito interno.

LA GOVERNANCE DELLE AZIENDE SANITARIE TRA REGIONALISMO E CENTRALISMO

- Introduzione
- Evoluzione della governance delle aziende sanitarie dopo la riforma costituzionale
- La sanità nelle regioni italiane: differenze
- Disavanzo sanitario nelle regioni in piano di rientro
- Indietro sugli adempimenti dei Lea
- Conclusioni

a cura di

Domenico **Iscaro**
Adriano **Benazzato**
Flavio **Civitelli**
Silverio **Selvetti**
Mario **Vitale**
Filippo **Gianfelice**
Cosimo **Nocera**
Basilio **Passamonti**

INTRODUZIONE

Con la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" vengono definite le materie per le quali allo Stato viene attribuita la legislazione esclusiva, tra queste la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e le materie di legislazione concorrente per le quali competenza legislativa è attribuita alle Regioni, (tra queste la sanità) mentre allo Stato è riservata la determinazione dei principi fondamentali entro il quale è possibile legiferare.

Questa autonomia affidata alle Regioni in materia legislativa si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di numero e dimensione media delle ASL e delle AO, numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL, presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale (AOU, IRCSS, Policlinici universitari privati/religiosi). Tale eterogeneità è andata crescendo in virtù dei processi di riordino che hanno interessato diversi SSR negli ultimi anni, contribuendo a modificare in modo rilevante le rispettive strutture istituzionali.

EVOLUZIONE DELLA GOVERNANCE DELLE AZIENDE SANITARIE DOPO LA RIFORMA COSTITUZIONALE

Il SSN era stato definito dal D.lgs. 502/92 come un sistema sanitario regionalizzato nel quale ogni Regione avrebbe dovuto costruire, gestire e regolare una rete di aziende pubbliche e private accreditate in competizione tra di loro. Sotto la spinta politica federalista e dopo l'approvazione della legge costituzionale di modifica del titolo V si sviluppa una progressiva trasformazione del SSN.

A partire dal triennio 2008-2010, si avvia una progressiva evoluzione e trasformazione del SSN in un **sistema di holding regionali**: le reti di aziende in competizione diventano progressivamente in ogni Regione sistemi di erogazione **coordinati dalla capogruppo regionale**. Si instaura di fatto il passaggio da una logica competitiva a una logica di programmazione **centralizzata** e si determina un cambiamento strutturale delle logiche di governance dei sistemi sanitari regionali.

Tutte le Regioni trasformandosi in **capogruppo**, agiscono in piena autonomia stabilendo la struttura del gruppo ed individuando le aziende sanitarie pubbliche e gli enti che lo compongono. Sono le Regioni che definiscono l'articolazione del territorio regionale in ASL ed in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università), che decidono gli ospedali che hanno rilievo nazionale o regionale e la eventuale presenza di discipline ad alta specializzazione. Inoltre sono le Regioni che definiscono e regolamentano il ruolo di IRCCS e Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN. In molte Regioni inoltre si sviluppano forme inter-aziendali o sovra-aziendali, con funzioni di governo, coordinamento o centralizzazione (ATS lombarde, ESTAR toscano, EGAS friulano, fondazioni).

Il fine dichiarato di questi cambiamenti è principalmente per:

- cercare nuovi equilibri a livello istituzionale sia organizzativi che gestionali per generare economie di scala, grazie a riduzione del numero di ASL/AO ed alla creazione di aziende sanitarie di maggiori dimensioni più idonee ad una logica di "sistema regionale" e di una programmazione unitaria;
- semplificare la «catena di comando», riducendo i costi di direzione;
- eliminare sacche di spesa fuori controllo e duplicazioni nelle strutture di erogazione, intervenendo direttamente sulla rete assistenziale (es numero di posti letti, specialità, grandi tecnologie) concentrando molte funzioni amministrative e servizi sanitari (es. diagnostica di laboratorio), promuovendo la standardizzazione dei percorsi clinico-assistenziali e criteri di appropriatezza, il controllo della spesa per tecnologie e della spesa farmaceutica;
- riorganizzare la rete ospedaliera sia con la pianificazione e gestione delle reti di alta specialità/alta complessità rivolta a bacini di utenza ampi, sia integrando le strutture ospedaliere con quelle territoriali, con l'intento di superare la divisione tra azienda di produzione e azienda di committenza;
- istituire nuove tipologie di strutture sanitarie e socio sanitarie tra ospedale e territorio (case della salute, ospedali di comunità, presidi territoriali di assistenza, strutture polifunzionali ambulatoriali, ecc.) in grado di fissare un nuovo baricentro dei sistemi sanitari;
- riorientare i propri servizi rispetto alle tendenze della domanda (invecchiamento della popolazione, cronicità) con interventi finalizzati a potenziare l'assistenza primaria e la continuità assistenziale.

In una recente indagine Cergas Bocconi (Oasi 2017) si è dimostrato che In tutti i sistemi regionali analizzati la Regione ha riservato per sé tutte le decisioni critiche e strategiche come l'apertura di bandi di concorso per l'assunzione di nuovo personale medico ed infermieristico, la definizione d'acquisto di macchinari ed impianti di grande tecnologia e della loro localizzazione geografica, la scelta delle modifiche all'assetto di gestione del magazzino e della logistica dei beni.

Quindi di fatto la regione si struttura come **capogruppo/holding**. Da un lato, è il livello centrale che autorizza la quantità e il mix dei fattori produttivi di rilevanza strategica, dall'altro lato è il livello locale che può decidere come organizzare fattori produttivi strategici messi a disposizione per aumentare la produttività e l'efficacia del sistema nel suo complesso, pur sempre nell'ambito di indirizzi regionali vincolanti.

Diverse sono le tipologie oggi presenti tra le Regioni. La Regione in funzione di capogruppo può semplicemente limitarsi ad offrire alle aziende servizi su richiesta senza esercitare un vero potere di guida, propriamente come una **centrale di servizio** o può invece attribuirsi il compito di pianificazione degli obiettivi di sistema e della allocazione di risorse, quindi porsi come **capogruppo di pianificazione**. La capogruppo può aggiungere ai compiti di pianificazione anche quelli di definizione delle strategie delle singole aziende come per esempio, l'individuazione delle principali patologie su cui devono focalizzarsi le politiche sanitarie regionali o la definizione dei setting assistenziali da sviluppare maggiormente, e quindi caratterizzarsi come capogruppo **strategica**. In tutti questi casi le aziende conservano il potere e la responsabilità gestionale. Se invece la capogruppo riserva per sé oltre alla pianificazione e alla definizione delle strategie di ogni azienda, anche la decisione in merito alle singole procedure verticali che le aziende devono applicare allora si parla di una **capogruppo di tipo direzionale**.

In conclusione è possibile affermare che la stretta economica del SSN che si è riversata su tutte le Regioni, ancora di più sulle quelle in piano di rientro anche se con intensità diversa ha prodotto effetti simili ed ha determinato una **verticalizzazione della politica centralistica** che ha condotto al rafforzamento della linea gerarchica decisionale governatore-assessorato-aziende.

LA SANITÀ NELLE REGIONI ITALIANE: DIFFERENZE

La sanità in Italia in virtù dei diversi sistemi sanitari regionali e di una profonda disuguaglianza delle condizioni economiche delle regioni caratterizzata da bassi livelli di crescita economica ed elevata disoccupazione sconta sempre più una crescente disuguaglianza tra regione e regione ed anche nella stessa regione.

Anche se negli ultimi anni i dati diffusi da ISTAT confermano un livello di crescita del PIL questa non avviene in egual misura in tutte le Regioni, ma anzi ha contribuito ad aumentare i divari già presenti nel nostro Paese.

Un confronto sull'arco dell'ultimo decennio, mostra infatti, un divario del Mezzogiorno, in termini di ricchezza, sempre più marcato rispetto al Centro e al Nord. Dopo la debole ripresa del 2010 e del 2011, il PIL aggregato delle Regioni del Sud e delle Isole ha subito una variazione negativa dello 0,6% nel 2012, proseguita nel 2013 (-1,2%) e 2014 (-0,5%), anni in cui le altre zone del Paese hanno ripreso invece a crescere. (figura 1)

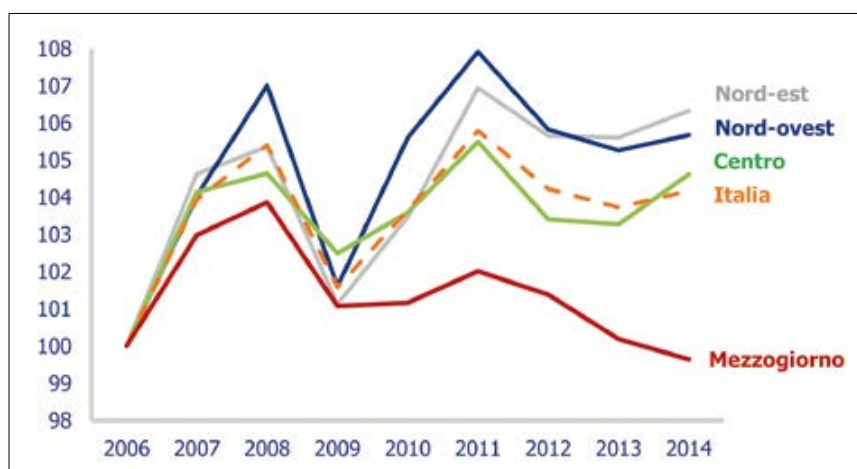


Figura 1. Andamento del PIL per macro-aree in Italia (euro a prezzi correnti, numero indice 2006=100), 2006-2014 - Rapporto Meridiano Sanità 2016 p. 211

Incrociando i dati di spesa **sanitaria pubblica e privata pro capite** emerge una situazione di forte disparità tra le Regioni del Nord e le Regioni del Sud Italia. Queste ultime, ad eccezione di Sardegna e Molise presentano una spesa sanitaria pro capite privata e pubblica inferiore rispetto alla media italiana. La Provincia Autonoma di Bolzano presenta i livelli di spesa pubblica e privata pro capite maggiori; per contro la Regione Campania è quella più con i valori più bassi. (figura 2)

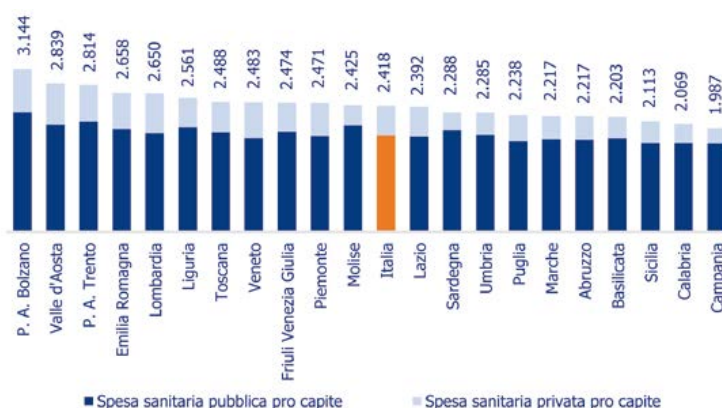


Figura 2. Spesa sanitaria totale pro capite nelle Regioni (euro), 2015 - Rapporto Meridiano Sanità 2016 p. 214

Dall'analisi **della spesa pubblica** pro capite per Regione è la Provincia Autonoma di Bolzano ad aver sostenuto il maggior livello di spesa (2.291 euro), seguita dalla Provincia Autonoma di Trento (2.107 euro) e dalla Valle D'Aosta (2.051 euro). Tra le Regioni con i valori più bassi troviamo Campania, Sicilia, Calabria.

Sono nove le Regioni che spendono meno rispetto alla media nazionale e, ad eccezione del Veneto, si trovano nel Centro-Sud. (figura 3)



Figura 3. Spesa sanitaria pubblica pro capite (euro) delle Regioni, 2015 - Rapporto Meridiano Sanità 2016 p. 215

Nel 2015, la spesa **sanitaria privata** a livello nazionale è aumentata a 34,5 miliardi di euro (+4,7% rispetto al 2014), mettendo in evidenza un aumento delle disuguaglianze delle cure per i cittadini delle diverse Regioni italiane causata principalmente da difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie offerte dal pubblico (es. liste di attesa) (figura 4).

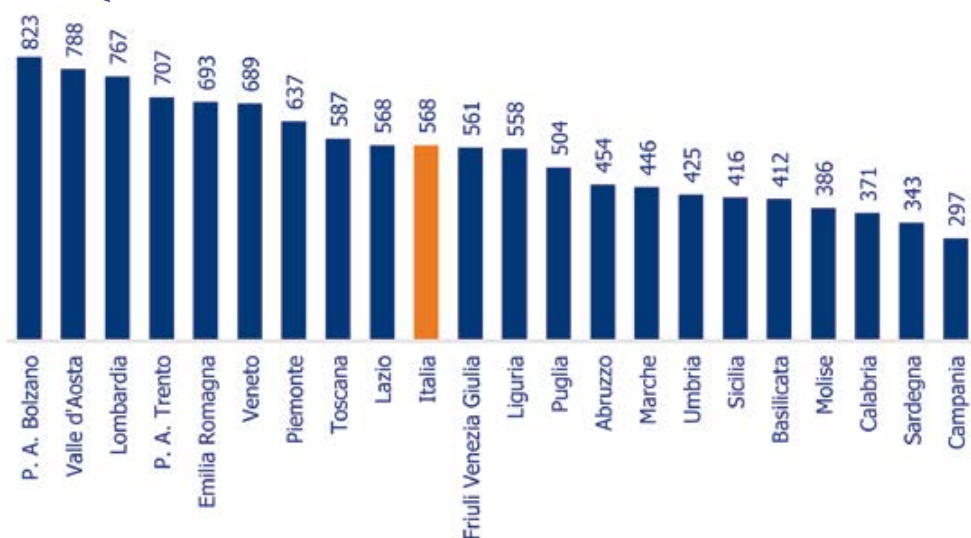


Figura 4. Spesa sanitaria privata pro capite (euro) delle Regioni, 2015 - Rapporto Meridiano Sanità 2016 p. 217

Nel Nord Italia la spesa privata pro capite è maggiore rispetto alla media nazionale e questo è dovuto in parte alle migliori condizioni economiche e sociali della popolazione. Sono 12 le Regioni che presentano un livello di spesa privata pro capite inferiore rispetto alla media nazionale, che si attesta a 564 euro.

DISAVANZO SANITARIO NELLE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO

Il disavanzo sanitario nel 2006 era pari a 6 miliardi di euro, poco più del 6% della spesa sanitaria che nello stesso anno era pari a 98,9 miliardi di euro. Per frenare l'aumento incontrollato del disavanzo ed evitare il default dei sistemi sanitari, la legge finanziaria del 2005 ha introdotto i **Piani di Rientro**. Le Regioni in disavanzo erano obbligate all'elaborazione di un programma di rientro dal debito. Fatto salvo l'obbligo del

rispetto dei LEA, la Regione doveva provvedere nell'arco di un triennio alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

Nel 2007 le 7 Regioni (Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna) che generavano il 71,6% del disavanzo totale sono entrate in Piano di Rientro. Nel 2009 si è aggiunta la Calabria e nel 2010 la Puglia e il Piemonte.

Ad oggi sono uscite dal piano di rientro Piemonte, Liguria e Sardegna.

Tra i principali interventi contenuti nei Piani di Rientro si segnalano: il blocco del turnover del personale, la rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post-acuti, il potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza, le revisioni delle centrali di acquisto di beni e servizi, la riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali e il potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale.

Sono anche approvati interventi sulle addizionali Irpef, Ires e aumenti nelle compartecipazioni alla spesa dei cittadini che hanno contribuito alla riduzione dei disavanzi. Tra il 2010 e il 2015 l'addizionale regionale Irpef è aumentata del 39%, attestandosi a 3,1 miliardi di euro. Nelle Regioni in Piano di Rientro l'aumento maggiore si riscontra nel Lazio (variazione media annua del 13,2%) e in Piemonte (variazione media annua dell'11,2%).

A quasi dieci anni dall'introduzione dei Piani di Rientro i risultati contabili sono complessivamente positivi dal punto di vista del calo del disavanzo, che nel 2015 è sceso a 1 miliardo di euro, anche se registra aumento del 16,3% rispetto all'anno precedente.

Messi in ordine i conti, a pagarne le maggiori conseguenze sono stati i cittadini che vedono ridotte quantità e qualità delle cure, oltre a dover pagare tasse più alte.

INDIETRO SUGLI ADEMPIMENTI DEI LEA

Nella valutazione degli adempimenti dei LEA il punteggio minimo da raggiungere è 160 ma dai risultati del 2015 (report del Ministero della Salute), risultano sotto soglia Calabria (147 punti), Molise (156), Puglia (155), Sicilia (153) e Campania con 99 punti. Il dato della Campania poi è davvero preoccupante perché, rispetto al 2014, dove la Regione raggiungeva un punteggio di 139, nell'ultimo anno si è notato un calo di ben 40 punti che la spinge molto lontana dalla Toscana (212). Ma ad aver peggiorato le performance sono anche Puglia, Molise e Sicilia. I maggiori ritardi nella erogazione dei LEA sono riferibili alle difficoltà di organizzare un'adeguata assistenza territoriale, in particolare l'assistenza domiciliare, alla carenza dei posti letto per assistenza residenziale, all'assistenza ai disabili, alle coperture vaccinali, e agli screening del tumore a colon-retto, mammella e cervice uterina.

CONCLUSIONI

Il processo di regionalizzazione è da considerarsi ormai un'evoluzione irreversibile del SSN. Una **regionalizzazione della sanità** che a partire dagli ultimi anni si sta configurando in **una forma centralistica** con una catena di comando verticale facente capo ad una capogruppo regionale in funzione di holding. Le caratteristiche storiche, geografiche e politico-sociali delle Regioni hanno provocato una forte disegualianza nella erogazione dei servizi con una conseguente limitazione della sfera dei diritti dei cittadini.

La principale risposta politica alla frantumazione del SSN è riformare il titolo V introducendo criteri di salvaguardia nazionale del diritto alla cura, equi ed uniformi su tutto il territorio nazionale, attraverso **l'attribuzione al Parlamento della funzione legislativa ed al Ministero della Salute della funzione di coordinamento delle Regioni**, alle quali restano affidati compiti di programmazione, organizzazione e gestione.

BIBLIOGRAFIA

- Cantarelli P., Lega F., Longo F., La Regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti, Rapporto OASI 2017
- Rapporto Meridiano Sanità 2016

FONDI INTEGRATIVI E POLIZZE ASSICURATIVE

- **Evoluzione e trasformazione della domanda sanitaria**
- **La spesa sanitaria**
- **Le forme di intermediazione sanitaria: fondi e polizze**
- **I fondi sanitari integrativi: l'evoluzione legislativa**
- **Fondi e polizze: criticità e conclusioni**
- **Appendice - Riflessioni sulla sostenibilità del Ssn e sul futuro della nostra professione**

a cura di

Fabio Florianello
Domenico Iscaro
Claudio Aurigemma
Filippo Gianfelice
Mario Lavecchia
Silverio Selvetti

I - EVOLUZIONE E TRASFORMAZIONE DELLA DOMANDA SANITARIA

I sistemi sanitari del cosiddetto "Welfare europeo" attraversano una fase di profondo mutamento in relazione a numerosi fattori.

Scenario demografico e variazione del quadro epidemiologico

Secondo gli ultimi dati Istat gli individui di 65 anni e più superano i 13,5 milioni e rappresentano il 22,3% della popolazione totale; quelli di 80 anni e più sono 4,1 milioni, il 6,8% del totale, mentre gli ultranovantenni sono 727 mila, l'1,2% del totale. Gli ultracentenari ammontano a 17 mila. Per gli uomini l'aspettativa di vita si attesta a 80,6 anni (+0,5 sul 2015, +0,3 sul 2014), per le donne a 85,1 anni (+0,5 sul 2015, +0,1 sul 2014). L'allungamento della vita, già incredibilmente allungatasi e destinata ad allungarsi ulteriormente nei prossimi decenni, sta cambiando profondamente la domanda sanitaria e la cambierà ancora di più in futuro.

Oggi circa tre quarti della spesa sanitaria è destinato alla popolazione oltre i 65 anni e si è realizzato un progressivo spostamento del quadro epidemiologico in prevalenza caratterizzato dalle malattie acute verso le malattie croniche. Ma l'allungamento della vita sta avvenendo in assenza di una elaborazione culturale su come gestire le nuove fasi della vita ed organizzativa su come affrontare le nuove sfide.

La principale criticità è rappresentata da una spesa sanitaria crescente in risposta al crescere della domanda e dei bisogni di salute a fronte di risorse economiche insufficienti, soprattutto in considerazione della grave crisi economica che ha investito i paesi europei nell'ultimo decennio.

II - LA SPESA SANITARIA

Nel 2016 la **spesa sanitaria corrente** è stata di €149.5 mld, con un'incidenza sul Pil dell'8,9% (quella pubblica del 6,9%), per il 75% a carico del settore pubblico e per il 25% a carico del settore privato. La spesa pro capite annua è stata di €2.468 e ha registrato rispetto al 2012 un aumento medio dello 0,7% restando significativamente inferiore a quella degli altri partner UE: Lussemburgo €4.112, Danimarca €4.094, Austria €3.679, Germania €3.624, Regno Unito €3.020 (*Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, Anni 2012-2016. Istat 2017, Il monitoraggio della spesa sanitaria – MEF 2017*).

La **spesa privata** è stata di 37.318 mld, (2,2% del PIL), in costante crescita, nel 2013 ammontava a 27,5 mld. Tale spesa corrisponde a 580 € pro capite/annuo di cui l'89,9% di spesa "out of pocket" pari in media a €

503 (max € 800/Lombardia, min. € 280/Sicilia) e il 10,1% di spesa "Intermediata" pari a € 77. Questi 77 € sono garantiti da Compagnie di Assicurazione (68%), da Enti operanti in regime di autoassicurazione (29% di cui 26% Fondi autoassicurati, 3% da Società di Mutuo Soccorso), da Enti operanti in regime misto (3%) ossia autoassicurazione e polizza. In totale ogni cittadino aggiunge al finanziamento per il SSN attuato attraverso la fiscalità generale e pari a € 1888 un contributo aggiuntivo di € 580 (*Fonte Rapporto CREA-Tor Vergata 2017*).

Gli assicurati da Forme Sanitarie Integrative sono il 19,6% della popolazione pari a 11 mln. di cui 7 mln. titolari e 4,9 mln. componenti il nucleo familiare. La maggior diffusione è tra lavoratori dipendenti mentre la minor diffusione è tra i lavoratori autonomi (imprenditori e i libero professionisti con 73,5% di adesione). Dall'ultimo monitoraggio del Ministero delle Attività Produttive emerge che su 12.711 contratti di lavoro "attivi", 3.909 - quindi quasi uno su tre - offrono ai dipendenti la possibilità di scegliere il welfare aziendale "esentasse" in alternativa al bonus monetario in busta paga (tassato al 10 per cento). Nel welfare aziendale è sempre presente una polizza sanitaria "integrativa" oltre a benefit per asili nido, palestra, piano di previdenza complementare, viaggi di formazione, abbonamento a mezzi pubblici (*Lavoro e produttività: welfare aziendale in un contratto su tre – Il Sole24 Ore, 28 agosto 2017*).

La spesa per polizze sanitarie private ammonta a 2,5 mld € di cui un quarto per polizze individuali e tre quarti per polizze collettive. I premi versati come polizza individuale non godono di alcun trattamento agevolato, ma gli assicurati possono beneficiare delle detrazioni al 19%. I premi versati a copertura di polizze collettive sono soggetti, se rispondenti a specifici requisiti, ad un regime fiscale analogo a quello riconosciuto ai Fondi. Il numero totale degli iscritti, compresi i familiari, è pari a 9,2 milioni di persone. I contributi complessivamente versati ai fondi sanitari ammontano a 2,2 miliardi di euro, per la quasi totalità riferiti ai fondi ex art. 51 TUIR, ossia non integrativi (vedi paragrafo IV).

Tuttavia allo stato attuale la conclusione è che il 90,9% della spesa sanitaria privata è sostenuta direttamente dalle famiglie e cresce all'aumentare dell'età e della gravità delle patologie e riguarda per il 70% i malati cronici, i non autosufficienti e i malati gravi.

LA spesa sanitaria privata è così ripartita: Out of pocket 51% ai farmaci, 49% odontoiatria, Vs. Specialistiche e Diagnostica Intermediata 49% prestazioni ospedaliere, 30% prestazioni diagnostiche e Vs. Specialistiche, 11% odontoiatria, 10% prevenzione e screening (*Rapporto Censis 2016*).

III - LE FORME DI INTERMEDIAZIONE SANITARIA: FONDI E POLIZZE

Si articolano in tre tipologie:

1) FONDI INTEGRATIVI SSN (Dlgs 502/92 art 9 e s.m.i. o Fondi doc)

- **Collettivi**, quando previsti dai CCLN - Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro - o da Albi Professionali. In questo caso i beneficiari sono quasi esclusivamente i lavoratori e a volte i loro familiari.
- **Aziendali**, quando assumono una valenza di benefit per il lavoratore. Spesso, ma non sempre, sono estesi anche al nucleo familiare.

Entrambi questi Fondi erogano prestazioni di natura assistenziale e socio-sanitaria rientranti tra quelle individuate dal *Dlgs n. 502/1992 e Dlgs229/1999*.

2) ENTI, CASSE E SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO (art. 51 comma 2, lettera a) D.P.R. 917/1986 ex Fondi non doc).

- Hanno esclusivamente fine assistenziale, in conformità a disposizioni di contratti o di regolamenti aziendali. Non rientrano nell'ambito di operatività dei fondi sanitari integrativi e riconoscono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie anche sostitutive rispetto a quelle del sistema pubblico, secondo i propri statuti e regolamenti.
- I costi di compartecipazione alla spesa sono sostenuti dai cittadini insieme agli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria

N.B. Presso il Ministero della Salute è stata istituita l'Anagrafe dei Fondi Sanitari con D.M. 27 ottobre 2009.

Sono iscritti 290 Fondi, integrativi e non, di cui 124 gestiscono il rischio con una convenzione assicurativa, 121 sono autoassicurati e 45 Fondi utilizzano una forma mista di autoassicurazione e polizza.

3) ASSICURAZIONI

– **Polizze mediche**, assicurano dai problemi di salute, permettendo di usufruire di determinate prestazioni a fronte del pagamento di un premio annuale. Si distinguono in:

a) *Polizza sanitaria in forma indennitaria*, consiste nel pagamento al contraente di un indennizzo, che copre il periodo di degenza in ospedale o comunque di interruzione dal lavoro per malattia o infortunio. Questa soluzione è molto utile ai lavoratori autonomi che, a differenza dei lavoratori dipendenti, non godono delle agevolazioni legate alla malattia.

b) *Polizza sanitaria a rimborso*, prevede il rimborso delle spese sostenute per visite mediche, medicinali, interventi chirurgici, trattamenti fisioterapici, odontoiatrici a seconda della copertura offerta. Questa è la tipologia più frequente ed è legata al contratto di lavoro dipendente, in particolare per alcune tipologie di CCNL, per le quali è parte integrante del suo aspetto economico.

N.B. Una polizza individuale, ovvero siglata da un lavoratore con una compagnia assicurativa di propria iniziativa, ha un costo molto più elevato rispetto ad un Fondo integrativo collettivo, con una differenza che può arrivare anche a 15/20 volte il costo del premio annuo. Questo perché la polizza collettiva svolge, attraverso la legge dei grandi numeri, una sorta di funzione “sociale”, mediando la buona salute e l’età di alcuni lavoratori con gli altri. Ecco perché i nuovi Contratti di lavoro prevedono con sempre maggiore frequenza la sottoscrizione ad un Fondo Sanitario Integrativo.

IV - I FONDI SANITARI INTEGRATIVI: L’EVOLUZIONE LEGISLATIVA

Fin dalla legge n. 833 del 1978, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, il Legislatore faceva espresso riferimento alle eterogenee realtà di assistenza privata e volontaria, riconoscendo al cittadino la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal sistema pubblico non solo attraverso il ricorso diretto al mercato sanitario, ma anche mediante la partecipazione alla mutualità volontaria (art. 46).

Tuttavia, per avere una vera e propria norma relativa ai fondi sanitari occorre attendere il d. lgs. n. 502 del 1992 che all’articolo 9 “forme differenziate di assistenza” istituisce per la prima volta i cosiddetti fondi sanitari integrativi con l’obiettivo di porre le basi per un “secondo livello di assistenza sanitaria” in grado di rappresentare una significativa integrazione del sistema sanitario nazionale.

Con il d.lgs. 517/1993, all’art. 10, venivano altresì descritte le prestazioni che potevano essere erogate da un fondo sanitario integrativo. Tali prestazioni, definite come “aggiuntive” rispetto a quelle fornite dal SSN avrebbero dovuto avere ulteriore specificazione in un decreto ministeriale la cui promulgazione era prevista entro 120 giorni dall’entrata in vigore del d.lgs. n. 517 del 1993. La mancata emanazione di tale decreto ha impedito che la normativa trovasse applicazione. Il d.lgs n. 229 del 1999 all’articolo 9, che modifica l’articolo 9 del d.lgs. n. 502 del 1992 – introduce la tipologia dei fondi integrativi del Sistema sanitario nazionale, i cosiddetti fondi “doc”, il cui fine è quello di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica e allo stesso tempo incoraggiare la copertura di servizi integrativi (prestazioni eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza LEA) attraverso l’assistenza privata.

I fondi integrativi “doc” vengono pensati come complementari alla sanità pubblica, garantiscono quindi una copertura su base collettiva per tutte le prestazioni non garantite dal SSN o che sono anche solo parzialmente a carico delle famiglie.

Tali fondi sono caratterizzati da tre elementi:

1. non selezione dei rischi sanitari;
2. non discriminazione nei premi da pagare;
3. non concorrenza con il Sistema sanitario nazionale (o meglio “concorrenza limitata” in quanto possono offrire prestazioni sostitutive purché svolte nell’ambito della libera professione intramuraria).

Di converso, venivano definiti fondi “non doc” i fondi che non avevano l’obbligo di rispettare i vincoli appena elencati e che quindi potevano offrire anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle del sistema pubblico, ovvero ricadenti nei livelli essenziali di assistenza.

NB: il comma 2 dell'articolo 9 del d.lgs. n. 229 del 1999 prevede che un fondo di "nuova istituzione" possa essere definito "doc" soltanto qualora indichi espressamente nella propria denominazione la locuzione "integrativo del Sistema sanitario nazionale". È fatto quindi divieto di utilizzare tale espressione con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse da quelle proprie dei fondi tipizzati dal decreto 229/1999.

Il DM Turco del 31 marzo 2008 rappresenta il primo provvedimento normativo che riconosce espressamente l'esistenza dei fondi diversi da quelli tipizzati all'articolo 9 del Dlgs 229, consente il superamento della locuzione "fondi non doc" definendoli come "enti, casse, società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale" e, al contempo, individua gli ambiti di intervento degli stessi nonché dei Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, l'articolo 1 del suddetto decreto estende gli ambiti di intervento dei fondi ex articolo 9 d.lgs. n. 502 del 1992 (integrativi), nei limiti in cui non siano ricompresi nei livelli essenziali di assistenza:

- (i) prestazioni sociosanitarie;
- (ii) spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili;
- (iii) prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
- (iv) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Altra novità del 2008 è l'istituzione dell'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute in cui sono censiti tutti i fondi sanitari integrativi del Sistema sanitario nazionale nonché gli enti, casse, società di mutuo soccorso aventi fine esclusivamente assistenziale.

L'ultimo intervento normativo in materia di assistenza sanitaria integrativa è il DM del 27 ottobre 2009 (o anche decreto Sacconi) che modifica e integra il decreto Turco. Tale provvedimento nasce col fine di rilanciare i fondi integrativi.

Attualmente il sistema dei Fondi sanitari è caratterizzato da una netta distinzione tra "fondi ex art. 9" e "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale".

Recentemente, il Ministero della Salute ha, infatti, ribadito questa distinzione dal punto di vista civilistico e fiscale e ne ha tracciato una netta linea di demarcazione. La differenza tra i "fondi sanitari integrativi" e gli "enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale" consiste proprio nel fatto che i primi, come detto, sono finalizzati all'erogazione di prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza (*prestazioni integrative*), mentre i secondi possono finanziare anche *prestazioni sostitutive* rispetto a quelle già erogate dal Servizio sanitario nazionale".

In quest'ottica per chi aderisce a un fondo sanitario integrativo in forma individuale e volontaria (pensionati, lavoratori autonomi, liberi professionisti o inoccupati) il contributo di adesione versato dall'iscritto concorre alla formazione del reddito di lavoro dipendente e quindi solo le spese mediche sono detraibili dalle imposte nella misura del 19% per la parte eccedente 129,11 euro.

Diverso il caso, invece, dei lavoratori dipendenti che aderiscono a un fondo previsto da un contratto, accordo o regolamento aziendale. In questo scenario i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale non concorrono a formare il reddito di lavoro e vanno in deduzione per un importo massimo di 3.615,20 euro.

V - FONDI E POLIZZE: CRITICITA' E CONCLUSIONI

CRITICITÀ

Rispetto all'impostazione del SSN di tipo universalistico, l'attuale funzionamento dei Fondi rischia di riportare il quadro italiano a prima del 1978: aspetti equivoci tra "integrazione" e "sostituzione" della cura, diffusa iperframmentazione (290 Fondi iscritti all'Anagrafe del Ministero) e forte eterogeneità nell'accesso e nelle prestazioni, a seconda delle caratteristiche socio-lavorative e di età degli individui.

Inoltre le manovre finanziarie degli ultimi anni (in particolare 2010, 2011, 2012) hanno colpito duramente la sanità pubblica ed hanno promosso la reintroduzione/innalzamento di ticket sanitari con una spesa a carico dei cittadini di circa 3 miliardi di euro. In questo contesto i Fondi possono essere letti come una

compensazione dei tagli ai servizi pubblici ed una stampella per evitare che questi si trasformino in aumento della spesa out-of-pocket. Tale processo rischia di accentuare fortemente il carattere sostitutivo dei Fondi a scapito della loro natura integrativa. Se una parte consistente di ceto medio e medio-alto, rappresentato da lavoratori di settori “forti” (ma non solo), inizia a rivolgersi fuori dal servizio pubblico a causa delle mancanze dello stesso (liste di attesa troppo lunghe, eccessive compartecipazioni ai costi, ecc.), si rischia di scardinare dall’interno una parte dell’universalismo del SSN.

Bisogna anche considerare che lo spostamento dei Fondi da una logica “integrativa” ad una sempre più “sostitutiva” è destinata a porre problemi anche ai Fondi stessi. Questi ultimi, infatti, hanno attualmente impostato un’offerta di prestazioni basata su un calcolo economico che non può prescindere dalla tenuta del welfare pubblico. I Fondi investiti da un aumento di richieste che non sono in grado di controllare da un lato potrebbero aumentare i premi annuali, con il rischio di diventare troppo costosi per molte aziende, categorie e lavoratori, dall’altro possono conservare i livelli di contribuzione attuale, abbassando però le prestazioni offerte (tramite diminuzione dei massimali, aumento delle franchigie, etc.), rischiando l’insoddisfazione dei propri clienti. Un’altra criticità riguarda il fatto che oltre la metà dei Fondi non prevede una funzione di “filtro” delle richieste di cure. Non esiste nella maggior parte dei casi una commissione sanitaria o un medico che valutino l’appropriatezza dell’intervento richiesto ed il singolo iscritto può effettuare una prestazione e poi farsela rimborsare o addebitare la prestazione al Fondo.

Da ultimo è da sottolineare che l’attuale funzionamento dei Fondi non pone attenzione al problema delle cure e dell’assistenza per cronicità e non autosufficienza. Solo un terzo dei Fondi assicurano qualche prestazione in questo campo e praticamente quasi nessuno di essi si occupa di anziani over 70.

CONCLUSIONI

Il ruolo e la diffusione che la “Sanità Privata” ha assunto nel nostro Paese rappresenta ormai una realtà irreversibile. Soprattutto a fronte della maggiore domanda che la sanità pubblica, sottoposta a tagli recenti e meno recenti, rischia di non poter più sostenere. La prima considerazione da cui partire è l’insostituibilità del S.S.N. per equità, garanzie di accesso, efficacia delle cure e costi, pur con tutte le criticità riconducibili ai problemi di finanziamento ed alle diversità organizzativo-gestionali dovute ai 21 servizi sanitari regionali. Situazione che nel prossimo futuro potrebbe andare incontro ad un peggioramento in vista della maggior autonomia per Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna in una frettolosa applicazione del titolo V della Costituzione.

La seconda considerazione è l’alto livello di spesa raggiunto dalla sanità privata salita ad oltre 37,3 mld e in continuo aumento, il cui ruolo e la cui funzione in relazione al servizio pubblico è, allo stato attuale, lasciata a sé in termini di organizzazione, governo, appropriatezza e sicurezza.

La terza considerazione è l’innegabile “gap in progress” tra quanto garantito a livello di assistenza e cure dal sistema pubblico (offerta) e la domanda di salute reale (o presunte tale), che ha portato negli ultimi anni ad una impennata delle prestazioni da parte privata.

E’ indispensabile chiedersi a questo punto se sia sufficiente procedere ad una revisione del SSN, anche e soprattutto sotto il profilo del finanziamento, oppure se sia più realistico percorrere nuove strade (peraltro già imboccate) attraverso Fondi e Polizze per assicurare assistenza e cure ad ampie parti di popolazione che già oggi, e ancor più in futuro, rischiano di dovervi rinunciare.

Queste nuove strade non possono tuttavia essere lasciate al caso senza un chiarimento definitivo su cosa sia realmente integrativo dei servizi che il SSN, pilastro fondamentale, non è in grado di erogare.

Per conservare il ruolo centrale del SSN la politica di contenimento della spesa che non può essere perseguita con i, tagli lineari, ma è necessario una complessiva riforma del sistema basata su: a) riorganizzazione della qualità dell’offerta, c) gestione delle cure in modo da assicurare l’erogazione di servizi effettivamente necessari e l’eliminazione di quelli non necessari o non richiesti, b) appropriatezza delle prestazioni. La domanda che oggi è necessario porci è se, alla luce della evoluzione della domanda sanitaria e delle nuove esigenze, sia possibile un rifinanziamento del SSN reperendo i 20-30 mld necessari a partire da oggi e per tutto il prossimo decennio (*Le proiezioni della spesa sanitaria SSN – Cerm, Working Paper 2013*). O se valga la pena di aprire ad una riflessione circa un nuovo scenario che permetta un completamento-integrazione dell’offerta sanitaria pubblica con una sanità complementare organizzata e

governata, peraltro già presente in molti Paesi UE: Germania al 22,9%, Belgio all'82%, Francia al 95,5%, Paesi Bassi all'84% (*Benchmark Ocse sui sistemi sanitari di 29 Paesi – Quotidianosanità, aprile 2017*).

Il risultato dell'assenza di una strutturazione di questo progetto è l'attuale quadro assistenziale pluriframmentato, in cui l'19% degli italiani è sì beneficiario di una sanità complementare, ma ad elevata dispersione e scarsamente coordinata con il Servizio Sanitario Nazionale, in pratica equivocando tra integrazione e sostituzione. L'integrazione pertanto deve essere regolata da precisi requisiti, governata e organizzata intorno ad un servizio sanitario pubblico come fondamentale pilastro dell'offerta sanitaria in attuazione del principio costituzionale, sbarrando la strada ai tentativi di deriva verso sistemi sanitari a copertura esclusivamente assicurativa.

In conclusione, se l'esperienza dei Fondi va valutata complessivamente in maniera positiva in quanto si tratta di una modalità di raccogliere risorse per la sanità sotto forma collettiva (il cosiddetto secondo pilastro), la sua collocazione in un contesto non governato, non coordinato e di definanziamento del SSN rischia di trasformarsi in un meccanismo di depotenziamento della copertura sanitaria non solo pubblica, ma, paradossalmente, anche dei Fondi stessi.

Bibliografia

- Rapporto annuale Istat 2017
- Rapporto annuale Censis 2017
- Lavoro e produttività: welfare aziendale in un contratto su tre – Il Sole24Ore, 28 agosto 2017
- *Rapporto CREA-Tor Vergata - 2016*
- Fondi sanitari, la necessità di un riordino – ANIA 2015
- Sanità integrativa – GVM Care & Research
- Il monitoraggio della spesa sanitaria – MEF 2017
- State of health in EU – Italia 2017
- VII Rapporto RBM-Censis 2017
- Rapporto Oasi 2016
- Benchmark Ocse sui sistemi sanitari di 29 Paesi – quotidiano sanità aprile 2017
- Rapporto AIOP 2017
- Sostenibilità del sistema e secondo pilastro - Commissione Igiene e sanità del Senato 2017
- Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, Anni 2012-2016. Istat 2017.
- La previdenza sanitaria integrativa - Fnomceo ottobre 2017
- Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN - Commissione Igiene e sanità del Senato 2018
- Il servizio sanitario conta- *Saluteinternazionale.info* 2013
- L'evoluzione della disciplina dei fondi sanitari – Mefop 2017
- I Fondi sanitari – Min. Salute
- Le Polizze assicurative sanitarie Min. Salute
- Luci ed ombre nell'esperienza dei fondi sanitari – Il Mulino 2014
- Le proiezioni della spesa sanitaria SSN – Cerm, Working Paper 2013

Appendice RIFLESSIONI SULLA SOSTENIBILITÀ DEL SSN E SUL FUTURO DELLA NOSTRA PROFESSIONE

a cura di
Domenico **Montemurro**
Matteo **D'Arienzo**

La domanda dalla quale si parte è: **“il SSN è sostenibile a lungo?”**. Difficilmente. Se continuiamo a difendere un sistema che, seppur tra i più belli ed efficienti del mondo, è difficilmente migliorabile, tende al peggioramento e, nonostante questo, richiede sempre più risorse, allora forse si sbaglia già in partenza. Sappiamo bene che il nostro servizio pubblico sta “arrancando”, è tenuto su dalle migliaia di ore in eccesso non retribuite che i nostri colleghi regalano tutti i giorni, sudando e faticando come muli.

La qualità delle prestazioni in sanità è legata al finanziamento di cui dispone, all'interno del quale appare fondamentale la promozione di un uso razionale delle risorse disponibili e una buona governance del sistema.

Il FSN probabilmente non aumenterà, la politica è miope e difficilmente, a prescindere dai colori politici, investirà in un settore come quello sanitario. Sarebbe di certo la soluzione di una buona parte dei problemi presenti e futuri, ma ormai non crediamo più alle utopie. Abbiamo allora bisogno di un sistema più efficiente, ma sappiamo anche che ci vogliono soldi freschi che lo Stato non può garantirci.

La successiva domanda è questa: **vale la pena continuare a sostenere il SSN così com'è? Quali sono le prospettive?**

Se osserviamo i colleghi over 50, essi sono demotivati da un sistema che non sa premiare e che distribuisce pochi, pochissimi benefit a pioggia. Otto anni di contratto fermo, lo stesso stipendio, gli stessi ruoli, la stessa frustrazione.

Se guardiamo ai colleghi più giovani, essi accedono al ruolo nel SSN alla soglia dei 40 anni, dopo anni di precariato selvaggio e di remunerazioni al limite dell'oscuro. Al termine della loro carriera percepiranno una pensione, col metodo contributivo, pari al 55-60% rispetto al loro stipendio medio della loro vita lavorativa.

Allora, forse, semplicemente non ne vale più la pena. I recenti licenziamenti volontari di specialisti nella Regione Veneto, che hanno abbandonato il pubblico per andare nel privato, sono un sintomo grave che disegna uno scenario a tinte fosche.

Se cambio modello organizzativo al SSN, esso può reggere rispettando il principio della sua universalità? La fusione di aziende, l'accorpamento di reparti, il taglio di strutture semplici e complesse non ha portato, al momento, ad alcun miglioramento sostanziale. Lo avvertiamo tutti sulla nostra pelle, siamo ai limiti della sostenibilità, forse oltre. E allora come si fa?

Proviamo, ipoteticamente, a immaginare un sistema pubblico-privato.

Il SSN deve continuare a essere universalistico: il soggetto pubblico affida la gestione di determinati LEA al privato, che deve assicurare che il costo sia calmierato e soprattutto deve garantirne la sostenibilità.

L'integrazione tra pubblico e privato potrebbe dunque avvenire tramite il finanziamento privato delle prestazioni e dei servizi attraverso la mutualità, che in Italia è cresciuta enormemente negli ultimi anni e sta ancora crescendo.

La spesa privata dei cittadini in sanità e per le prestazioni sociali cresce in Italia ed ammonta ad oltre 32,7 miliardi di euro di cui circa 4-5 miliardi sono veicolati da fondi sanitari e sociosanitari. Gli assistiti dei fondi iscritti all'Anagrafe del Ministero sono circa 7 milioni e sono in aumento. Appare giunto il momento di affrontare la questione della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale senza voler rinunciare ai principi fondativi dello stesso, ma costruendo un sistema che sia in parte finanziato dalla fiscalità generale ed in parte da finanziamenti privati dei singoli cittadini o meglio mediati dalla mutualità, ampliando così la copertura dei bisogni, riducendo la massa ingente dell'out of pocket a tutto carico dei cittadini. In sostanza

bisogna attuare quel secondo pilastro capace di rendere più solide e proattive le politiche pubbliche di tutela e promozione della salute e del benessere dei cittadini.

I fondi sanitari e sociosanitari possono avere un ruolo determinante nella costruzione del nuovo quadro di insieme della tutela della salute nel nostro Paese ma devono essere supportati da una serie di azioni ed interventi quali: opportuni incentivi fiscali, che già in parte esistono, misure volte a favorire lo sviluppo delle organizzazioni no profit e di tutte le realtà esistenti nel settore, la loro promozione/informazione, la predisposizione di progetti regionali per l'individuazione di linee guida e regolamenti, il loro inquadramento nell'ambito dei contratti collettivi di lavoro, nazionali e locali, l'estensione degli ambiti applicativi e delle prestazioni tutelate, la revisione del principio di accreditamento, secondo il quale le strutture accreditate, in possesso di requisiti di qualità certificati, possono operare sia per conto e a carico del SSN sia per conto e a carico di fondi integrativi.

E dal punto di vista del medico? Sarebbe un sistema nel quale chi produce di più, viene premiato di più e guadagna di più. Se guadagna di più, sarà più gratificato e la sua pensione futura sarà più alta. Niente più incentivi stipendiali a pioggia, basati solo sull'età, ma finalmente in base al merito, all'impegno quotidiano di ognuno di noi.

L'ultima domanda che ci poniamo è: perché no? Cosa abbiamo da perdere?

RAPPRESENTANZA E AUTORITÀ VERSO UNA SANITÀ ORIENTATA DALLE DONNE

- **Le donne Anaa Assomed e i numeri**
- **L'attività svolta nel quadriennio 2014-2018**
- **Obiettivi e prospettive**
- **Rappresentanza sindacale e sovranità femminile differente**
- **Dal protagonismo all'autorevolezza: le sfide della femminilizzazione della medicina e del sindacato**
- **Quello che le donne dicono, quello che le donne vogliono**
- **Quale sindacato vogliamo**
- **Possibili sviluppi e scenari futuri**
- **Verso il futuro: autorità o autorevolezza?**
- **Appendice: le tabelle**

a cura di

Anita **Parmeggiani**
Simona **Bonaccorsi**
Marlene **Giugliano**
Sandra **Morano**
Sara **Piu**
Chiara **Pozzi**
Alessandra **Spedicato**
Rosella **Zerbi**

Le riflessioni pregressuali che vorremmo condividere sono orientate a presentare:

- un quadro numerico della presenza femminile non solo come iscritte ma anche come elette nei vari organismi che rappresentano il sindacato dal livello aziendale al vertice
- una descrizione di quanto è cambiato negli ultimi anni a livello partecipativo e propositivo, da quando cioè la "questione femminile" è stata affrontata nella sua globalità con iniziative ad hoc
- una introduzione alle parole e allo sguardo della differenza, per ripensare la rappresentanza sindacale ed attrezzarla a scenari futuri.

LE DONNE ANAAO IN NUMERI

Questo paragrafo ha l'obiettivo di descrivere:

- la quantità delle donne all'interno del nostro sindacato
- la quantità delle donne all'interno dei quadri
- una valutazione della variazione (se presente) vs 2014 e 2010
- una valutazione della diversa rappresentatività nelle tre macroaree (nord-centro-sud) delle iscritte e delle donne all'interno dei quadri.

L'Anaa e la paritaria presenza di genere

L'Anaa, nel suo congresso nazionale del 2010 ha eletto, per la prima volta dalla sua fondazione, una donna nell'esecutivo nazionale e ha contemporaneamente cooptato, con i limiti della cooptazione, due giovani under 40, una donna ed un uomo, sempre nell'esecutivo nazionale. Il nostro sindacato, dunque, per 51 anni consecutivi dalla sua fondazione avvenuta nel 1959 ha avuto esclusivamente uomini a ricoprire le cariche

negli organismi nazionali e la maggior parte di quelle regionali. Un sindacato per mezzo secolo esclusivamente nelle mani degli uomini. Possiamo legittimamente chiederci come sarebbe andata se le donne avessero potuto esprimersi e rappresentare/ rappresentarsi sin dall'inizio o maggiormente?

Da anni, parlando di rappresentanza di genere si parla di problema di rappresentanza femminile. Sarebbe interessante invertire il punto di vista e parlare di problema della rappresentanza maschile, dei limiti e delle conseguenze di una dirigenza sindacale monogenere maschile che da una parte si avvale e si fa forte del peso della iscritte ormai prossime al 50%, ma che dall'altra, nei fatti, le esclude sistematicamente dai luoghi decisionali.

Una pietra miliare della equa rappresentanza in Anaaò è stato lo Statuto di Caserta (2013) che ha introdotto la quota della soglia minima del 20% di rappresentanza di genere¹, modificando sostanzialmente l'enunciato dell'allora vigente articolo 28 (Silvi Marina 2010) che recitando "Nella composizione degli organismi dirigenti dell'Associazione a livello nazionale, regionale ed aziendale va garantita la presenza di entrambi i generi maschile e femminile assumendo come riferimento tendenziale la percentuale della suddivisione di genere sul totale degli iscritti" rimase completamente disatteso, non applicato. Probabilmente perché letto alla stregua di una dichiarazione di intenti piuttosto che di una norma statutaria volta a garantire una democrazia paritaria nel governo e nelle politiche sindacali.

Tuttavia anche il congresso di Abano Terme non ha pienamente rispettato lo statuto: presidenza e vicepresidenza del sindacato e del consiglio nazionale sono 100% maschili e negli organismi elettivi nazionali solo la Direzione Nazionale (26,6% vs 73,4%) esprime almeno il 20% del genere meno rappresentato (vedi tabella 1).

Molte di noi iscritte Anaaò avevamo chiesto invano il 30% ritenendo necessaria una azione positiva analoga attraverso la legge n. 120/2011 Golfo-Mosca, che introduce le quote di genere nella composizione dei consigli di amministrazione delle società quotate, pubbliche e partecipate pubbliche e della legge n. 215 del novembre 2012, grazie alla quale per la prima volta si è votato con la "doppia preferenza" nei comuni superiori ai 5000 abitanti, pena l'annullamento della seconda preferenza. Richiesta non accolta.

Alla luce dei fatti molto rimane da fare. Si può tuttavia ritenere che qualcosa si è lentamente mosso e che molte delle colleghe elette negli organismi nazionale e periferici nei rinnovi delle cariche del 2014 lo siano state grazie alla soglia del 20%.

Possiamo certamente affermare che è stata una grande occasione di arricchimento aver potuto beneficiare delle presenze e dei contributi delle colleghe!!! In più la presenza femminile ha indotto non certo a modificare linguaggio, ma almeno a contenere derive lessicali discriminatorie nelle riunioni, contribuendo nei fatti a migliorare il contesto sindacale e, vogliamo credere, non solo quello.

Tutto conta.

Tabella 1 - Rappresentanza congresso ABANO TERME

ORGANISMO	COMPONENTI	UOMINI (%)	DONNE (%)
Esecutivo Nazionale	12	10	2 (16,6%)
Direzione nazionale	30	22	8 (26,6%)
Commissione controllo	7	6	1 (14,3%)
Revisori conti	3	3	0 (0%)
Revisori dei conti (con supplenti)	5	4	1 (20%)

Le donne del nostro sindacato sono soddisfatte di come sono rappresentate? Le colleghe del settore dirigenza sanitaria, in particolare, come vedono nel loro settore la distanza tra il numero di iscritte e la loro rappresentanza? Anche questo crediamo sia un tema da affrontare.

¹ Statuto Caserta. Articolo 30 "Rappresentanza di genere. Nella composizione degli organismi dirigenti dell'Associazione a livello nazionale, regionale ed aziendale va garantita la presenza di genere in proporzione non inferiore al 20%".

ATTIVITA' SVOLTA NEL QUADRIENNIO 2014-2018

Questo paragrafo ha l'obiettivo di descrivere le iniziative svolte nel quadriennio indicato, ed in particolare:

- le conferenze Anaa Donna come eventi nazionali, (2012 e in particolare 2016), e regionali (la prima Conferenza Anaa Donna Toscana del 2018)
- I convegni ANAAO Giovani: partecipazione delle donne
- Scuola Quadri ed eventi Pietro Paci: presenza delle donne.

Il nostro sindacato ha mostrato attenzione ai cambiamenti legati all'aumento del numero di donne nel panorama medico con un importante numero di incontri incentrati su tematiche di genere e su una migliore organizzazione del lavoro.

Nel Dicembre 2012 si riunisce a Roma la I Conferenza Nazionale "Donne e Medicina: una nuova Sfida per la Sanità del Futuro" ponendo l'attenzione sulle difficoltà delle dirigenti mediche e sanitarie in ambito lavorativo. Con il congresso straordinario del 2013 di Caserta, si apre un nuovo scenario per le dirigenti interessate all'attività dell'Anaa; nell'ultimo statuto, infatti, viene introdotto "l'impegno a favorire e supportare le politiche di conciliazione tra vita lavorativa e vita privata". Il quadriennio 2014-2018 raccoglie l'eredità di quanto fatto negli anni precedenti, e a Padova, nell'ambito del 23° Congresso Nazionale, viene organizzato un seminario satellite su "Donne Medicina e Rappresentanza Democratica", in cui, per la prima volta, veniva focalizzata la mutata natura della rappresentanza.

Con la II Conferenza Anaa Giovani, che si svolge a Napoli nel Settembre 2015, vengono evidenziate le difficoltà lavorative dei giovani, peggiorate dai continui e sempre maggiori tagli alla sanità. I partecipanti risultano essere 76, 46 uomini e 30 donne. È un dato importante: la presenza femminile ad un incontro di natura sindacale si dimostra viva ancorché non pienamente rappresentativa della proporzione di donne operanti nelle corsie tra gli under 40.

Sempre a Napoli, nel 2016, si svolge il convegno "Precarietà lavorativa: ipotesi di guida per la tutela dei diritti negati della donna lavoratrice", dove viene ripresa la difficile conciliazione tra lavoro e famiglia, in una organizzazione sanitaria ancora tarata su schemi tipicamente maschili.

Le partecipanti sono 54, un numero importante per un evento a carattere regionale.

Contestualmente l'Anaa Giovani lancia una survey, ad ottobre 2016, che cerca di analizzare quali siano i principali ostacoli delle donne medico in corsia. Il quadro che viene fuori, grazie all'importante risposta di oltre 1000 medici (di cui circa l'80% donne) evidenzia ancora una volta barriere quali: difficoltà nelle sostituzioni di maternità, nella conciliazione dei tempi casa lavoro, nelle prospettive di carriera.

I risultati della survey vengono resi noti nell'ambito della II Conferenza nazionale "Donne Sanità , Sindacato" tenutasi a Napoli, nel 2016. Con questa II conferenza inizia un percorso di formazione che partendo dalla storia, con il contributo della filosofia e con la metodologia della pedagogia medica, cerca di introdurre una prospettiva femminile nella trasformazione della sanità e del sindacato. Le partecipanti risultano 81, in linea con la crescente attenzione alla tematica.

Ancora a Napoli, nel 2017, viene organizzato il convegno a carattere regionale "Disagio lavorativo: analisi e prospettive" con un messaggio forte e chiaro sulle disparità lavorative, sulle mutate esigenze della famiglia e della conciliazione vita-lavoro.

Nel settembre 2017 si tiene a Firenze la III Conferenza Nazionale Anaa Giovani. I partecipanti sono 82 partecipanti, di cui 36 donne.



Infine, nel marzo 2018 a Chianciano, nella I Conferenza Regionale Anaaos Toscana, anche questa a carattere formativo, si parla di “Donne, Sanità e Sindacato”, ponendo l’attenzione su percorsi da sviluppare per arrivare ad una reale rappresentanza ed autorità femminile.

Le partecipanti sono 45, un numero importante per un evento a carattere regionale.

Nuovi dati, a conferma di una maggiore partecipazione femminile si possono ricavare dalla partecipazione all’attività formativa della Fondazione Pietro Paci.

Il sito è stato lanciato nella seconda metà del 2015. La piattaforma è entrata a pieno regime nel 2016, con la formazione residenziale e nel 2017 con quella FAD.

A oggi, le donne con un account al sito della Fondazione sono 2.163 su un totale di 4.146 iscritti.

Per quanto riguarda le docenze, invece, sono state 44 su 131.

OBIETTIVI E PROSPETTIVE

IL PROFILO DELLA DONNA ISCRITTA AL SINDACATO VERSO L'AUTOREVOLEZZA E CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO E POTENZIALITA' DELLE DONNE POSSIBILI SVILUPPI E SCENARI FUTURI

Dalle precedenti sezioni si delinea il profilo dei soggetti femminili che disegnano curve in salita e che si muovono oggi nel mondo delle cure come esponenti del più numeroso sindacato dei medici ospedalieri; la presenza di questi soggetti, nei vari ambiti e nella geografia del paese, dovrebbe preludere ad un sostanziale cambio di prospettiva.

Guardando indietro, nel 2010 appare per la prima volta nelle tesi congressuali la “questione di genere”. Ed è alla fine del 2012 che viene organizzata la I conferenza nazionale ANAAO Donne, seguita da una serie di iniziative specifiche nell’ultimo quadriennio. In particolare è interessante segnalare, rispetto ad altre associazioni sindacali mediche, la proposizione ad un numero selezionato di iscritte, di un Corso di Formazione al Femminile (*Donne Sanità, Sindacato, Napoli 2016*), che per tematiche, metodologia (interdisciplinarietà, pedagogia medica) ed obiettivi, si fa carico di preparare le donne medico alla svolta richiesta dai tempi.

Il 24° Congresso Nazionale ha tutte le caratteristiche di una cruciale **transizione ad una importante presenza femminile** nell’Associazione, ma, come più volte portato alla attenzione nei dibattiti ed in vari convegni, questa maggiore presenza di donne non significa ancora (non solo in questo Sindacato e non solo in questo Paese) il raggiungimento dell’identità di autrici di un futuro “governo”, né in assoluto né “al femminile”.

“Prima di tutto, bisogna liberarsi dalla suggestione che offre il dato numerico relativo al sorpasso delle donne in ambito medico così come negli altri ambiti in cui le donne oggi stanno diventando protagoniste. Aggrapparsi al successo del dato numerico può essere perfino controproducente, ai fini della vera femminilizzazione, che non consiste e non è mai consistita nel semplice diventare maggioranza in certi ambiti pubblici o nel mondo del lavoro. Può essere controproducente perché può sostenere la convinzione che il protagonismo femminile è vincente, che le donne finalmente ce l’hanno fatta a conquistarsi tutti i luoghi del mondo” (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5maggio2017).

RAPPRESENTANZA SINDACALE E SOVRANITA' FEMMINILE DIFFERENTE

Primo Obiettivo: cambiare la terminologia

Per introdurre e discutere nell’ambito delle Tesi Congressuali la contraddizione appena commentata, si avverte la necessità di uscire dalla proposta **“Politiche di genere”** (definizione che richiama spesso una ghettizzazione e un vittimismo legati alla condizione femminile) per indirizzare la riflessione precongressuale verso nuove e differenti parole chiave riguardo:

1) analisi delle attuali forme della **rappresentanza**

“In quanto alla rappresentanza... non è necessario avere una rappresentanza sindacale di genere, anzi direi che può essere nocivo, perché riduce le questioni a una pura misura di tutela, quando invece sappiamo che

il problema è quello di rendere operante l'autorità femminile, e questa non ha bisogno di rappresentanza di genere. La **rappresentanza sindacale** può fare molto di più, se si comporta da "legislatore" che recepisce dal basso ciò che viene sperimentato in un regime di **sovranità femminile differente.**" (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5maggio2017)

2) definizione di **autorevolezza femminile**

"Il protagonismo femminile non significa femminilizzazione, che invece ci sarà quando il dato numerico sarà un valore di secondo piano e, invece, in primo piano ci sarà il dato qualitativo: la differenza femminile che porta i suoi valori e le sue sapienze nel mondo così da trasformarlo. Queste è la vera femminilizzazione: **la qualità della differenza femminile che, indipendentemente dai numeri, è in grado di affermare la propria autorevolezza.** Non basta occupare posti che storicamente sono stati sempre occupati in esclusiva da uomini. Il vero passo avanti è qualitativo e riguarda l'assumersi positivamente le scelte, e non perdere mai per strada valori e significati originari(Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5maggio2017).

Constatiamo che finora il concentrarsi sulla prospettiva "di genere", pur necessaria alla denuncia di disparità (di trattamento economico, di progressione di carriera) e disagio lavorativo (sbilanciamento vita-lavoro, welfare sempre più ridotto e sempre più a carico delle donne), non ha diminuito la forbice tra crescente presenza femminile e peso nell'ambito della Associazione:

"..è sacrosanto fare richieste di Welfare anche nell'ambito del lavoro di cura sanitaria, ma le piccole concessioni in questo ambito, come gli asili nido aziendali, seppure migliorative, non serviranno a molto **se la forma del lavoro resta com'è attualmente:** una forma che aggredisce le relazioni e il piacere stesso di lavorare. Il lavoro retribuito è ormai diventato senz'anima, tutto orientato al servizio dell'organizzazione aziendale e del paradigma economicista." (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5maggio2017).

DAL PROTAGONISMO ALL'AUTOREVOLEZZA: LE SFIDE DELLA FEMMINILIZZAZIONE DELLA MEDICINA E DEL SINDACATO

Se si guarda alle succitate Tesi del 2010 e 2014, le "politiche di genere" coincidono con rivendicazioni da giustapporre a quelle generali, con in più la frustrazione derivante dalla consapevolezza che, se quelle dei medici in generale non sono state negli anni ascoltate ed attese dalla politica, a maggior ragione quelle delle donne sembrano al massimo un corollario, in primis per gli stessi compagni di lotta, quelli insieme a cui quotidianamente si rivendica a livello aziendale. Da una parte quindi la elementare richiesta di più "potere alle donne"; dall'altra il dato oggettivo dei numeri, in tutte le professioni, e segnatamente in Medicina, dove le iscritte sono sempre di più, anche in ragione della femminilizzazione crescente del lavoro medico di cura. Le qualità delle donne sono dimostrate non solo da migliori risultati delle studentesse, ma anche dalle ormai note osservazioni per cui "i pazienti seguiti e curati dalle donne porterebbero, nel tempo, ad *outcomes* migliori rispetto a quelli dei pazienti seguiti e curati dai colleghi uomini; a fare la differenza sembrerebbe, tra l'altro, essere *l'approccio più umano al paziente e le capacità di ascolto*, qualità che indurrebbero una maggiore *compliance* del paziente verso la terapia... Alle donne vengono anche riconosciute doti comunicative legate ad una più sviluppata intelligenza emotiva (punteggio più alto degli uomini in tutti gli aspetti: Korn Ferry Hay Group LOS ANGELES, 8 marzo 2016) e ad una maggiore assertività che le renderebbe particolarmente adatte al ruolo di leader".

Con Buttarelli, da cui abbiamo ripreso alcuni brani tratti dalla relazione fatta al Corso di Napoli sopra citato (DM speciale-5maggio2017) concordiamo che:

"Femminilizzazione significa reintrodurre precisamente le relazioni in un mondo individualistico e disumano. In molti altri luoghi le donne stanno facendo questo: insegnano che al primo posto bisogna sempre mettere le relazioni, poi il resto si fa da sé come irradiazione di conseguenze originate da questa priorità. Faccio un esempio che passa dal linguaggio: si dice "lavoro di cura", ma la chiave della trasformazione è pensare sempre che invece si tratta di "relazione di cura".

...**Femminilizzare** la Medicina significherebbe dunque accompagnare la propria scelta di diventare "medica" con la coscienza profonda della propria differenza femminile che, conservata, radicalizzata, sostenuta,

diventa un valore che trasforma l'ambiente sanitario e disfa i paradigmi che lo hanno disumanizzato. Gli uomini-medico non potranno realizzare questa trasformazione da soli oppure continuando nelle loro strategie tradizionali. Saranno le donne fedeli a se stesse, alle proprie genealogie, alle sapienze differenti che trasformeranno le relazioni di cura in ambito medico, se lo vorranno.” (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5maggio2017).

Ma questo percorso di trasformazione richiede tempo e chiarezza, necessari a superare parole chiave ancora prigioniere di aspetti emancipazionistici, “un passo avanti e due indietro” tra obiettivi quantitativi ed esigenze di autorevolezza, come evidenziato sia nelle esperienze individuali di alcune delle autrici (riportate in corsivo), sia nei lavori di gruppo del Corso di Chianciano.

QUELLO CHE LE DONNE DICONO, QUELLO CHE LE DONNE VOGLIONO

1) Perché hai scelto il sindacato?

“Che cosa spinge una donna medico a partecipare (o a non partecipare) alla vita sindacale? Come deve essere ripensato il sindacato per incontrare diverse esigenze di genere? Rispondere a queste domande non è semplice. Si corre il rischio o di generalizzare o di fare un riferimento al vissuto personale che per sua natura, è limitato. Possiamo permettere le donne medico non sindacalizzate in condizione di interessarsi alle nostre attività e possiamo fare questo con strumenti che abbiamo: le donne Anaa!! Le donne richiamano donne, perché anche i caratteri più timidi hanno meno difficoltà ad avvicinarsi ad un gruppo di lavoro composto da donne che da uomini. Mi viene in mente la Norvegia dove l'anno scorso è stata combattuta una battaglia molto aspra tra specializzande e governo riguardo la tutela dei diritti della maternità durante la specializzazione. Questa battaglia è stata vinta perché i primi a mettersi in gioco

(anche in modo scherzoso con pance finte e atteggiamenti caricaturali sui social networks) sono stati gli specializzandi maschi. Sarebbe interessante chiedere ad un gruppo di colleghi, quali sono le loro idee per incentivare la presenza femminile. Magari potrebbero offrirci punti di vista differenti”.

“Nella mia esperienza le donne e gli uomini scelgono il sindacato per le stesse motivazioni: cercano nel sindacato e nei suoi rappresentanti un interlocutore in grado di ascoltare, rispondere alle loro domande e di agire tutelando i loro interessi”

Parole chiave: sintesi condivisa, tutela, sindacato di categoria è più rappresentativo, crescita professionale, necessità, etica, impegno, condivisione, tutela, fiducia, senso di partecipazione, condizioni di lavoro, Iscrizione avvenuta per caso, avere una rappresentanza in sede istituzionale, rappresentare, maggior rispondenza di questo sindacato rispetto ad altri.

2) Come le donne hanno scelto, vivono e vogliono il sindacato?

“Per quanto riguarda il possibile interesse delle donne medico ai contenuti delle vertenze e delle lotte sindacali, credo che l'interesse ci sia già, anche sui temi correnti. Questo interesse viene però prontamente disilluso quando proposte concrete e fattive (e anche previste dalla legislazione corrente) quali sostituzione maternità, part time, flessibilità oraria e così via, vengono non attuate per i più disparati motivi. La disillusione nasce dall'incertezza del diritto”.

“Nella mia regione stiamo vivendo importanti e confuse trasformazioni in ambito sanitario, I colleghi sono inquieti e chiedono frequentemente spiegazioni in merito al nuovo contratto, alle delibere aziendali e regionali, alla normativa vigente, alla stabilizzazione e così via. D'altra parte si dimostrano molto collaborativi e provvedono a segnalare tutte le anomalie che osservano, contribuendo notevolmente alla mia attività. Non ho notato una sostanziale differenza tra uomini e donne; a parte la maternità, condividono ed esprimono gli stessi problemi. Diverso è invece il discorso relativo all'impegno attivo che viene in linea di massima evitato sia dagli uomini che dalle donne, perché oneroso in termini di tempo e poco soddisfacente in termini di risultati”.

3) Ti senti a tuo agio?

Si, adesso; da quando la componente femminile è aumentata perché ci si sente comprese. Bene. Sindacato usato come strumento per raggiungere obiettivi da parte di persone che lo strumentalizzano per i propri obiettivi personali. Bene, stiamo conquistando il nostro spazio, vogliamo averlo; c'è molto da fare e si deve fare; curiosità, desiderio di strumenti, desiderio di gestire il tempo altro (di vita); Sì, occasione di confronto; non sempre, difficoltà per diversi motivi, mancanza di collaborazione, personalismi maschili, conflitti di interesse

4) Che cosa ostacola ancora - non ultimo da parte delle stesse colleghe donne – il riconoscimento della piena autorevolezza, l'affermarsi di una riconoscibile e riconosciuta leadership femminile nella Associazione?

“Cultura maschilista diffusa e sue implicazioni lavorative e familiari (meno tempo e maggior frustrazione dei colleghi maschi) Maschilismo nelle figure istituzionali e nelle donne; Difficoltà per le donne non solo a fare gruppo ma anche a cooptare altre donne valide nei posti di potere (le donne non si coalizzano tra loro e non favoriscono l'ascesa delle colleghe donne); questa è una differenza importante perché gli uomini sono abituati a cercare un successore che sia valido quanto e più di loro. Indifferenza sostanziale (non formale, quella c'è) del mondo maschile alle problematiche femminili, le donne continuano a parlare dei problemi delle donne tra donne e gli uomini lasciano alle donne esattamente quello spazio”.

“Valorizzare con crescenti responsabilità le presenze femminili esistenti. Generalmente quando le donne sono nei gruppi dirigenti, si dimostrano molto più responsabili e diligenti nei confronti dei compiti assegnati, nei

confronti dei colleghi uomini. Premiare questo atteggiamento con incarichi crescenti. Nei momenti di creazione di un gruppo di lavoro, scegliere prima tra le donne e successivamente, coprire i posti mancanti con figure maschili. Solitamente avviene il contrario. Rispettare rigidamente i quorum di rappresentatività di genere. Pieno e sincero sostegno al progetto da parte della componente maschile”.

Parole chiave: quello che manca: regole certe a tutela delle diverse esigenze della donna che limitano il tempo che essa ha a disposizione per occuparsi di attività sindacale; validi strumenti che permettano un'adeguata rappresentanza femminile ai vertici; volontà; formazione ; appeal; conoscenza, impegno continuo; manca la coscienza di una tutela costante ; proposte sul concreto

Tempo Fattore tempo limitazione oggettiva o soggettiva, Se il fattore tempo è una limitazione oggettiva, dobbiamo affermare la nostra dignità di donna e professionista

Conoscenza La non conoscenza delle leggi e normative per poter essere rappresentative; competenza, problema di non essere abbastanza informate, Sensazione di non essere ascoltate come se le cose nostre fossero di minor importanza Pregiudizio, monopolio del potere, Precariato, non completa consapevolezza della propria autorevolezza, dignità di donna e professionista.

QUALE SINDACATO VOGLIAMO

Che abbia maggior rappresentatività del mondo femminile; Con donne medico pro-attive; Sindacato con ruolo propulsivo, che tutela chi se ne va, che mi fa lavorare in sicurezza; Sindacato comunicante, che ci informi, che ci faccia comunicare; Woman friendly; Contribuisca a creare una maggior consapevolezza del proprio valore attraverso la propria conoscenza e formazione adeguata; Maggior attenzione alle questioni di genere; Maggiore rappresentanza e rappresentatività del genere femminile, attribuire il diverso peso alle priorità; Ruolo propositivo vero, tuteli i diritti di chi ha diritto (a maternità) e di chi rimane, che vi faccia parlare; Maggiore consapevolezza personale del proprio valore, formazione che sia adeguata; Maggiore attenzione a equità e problematiche di genere, maggiore autorevolezza nelle Aziende.

Quali obiettivi

Portare la nostra differenza nel sindacato; A livello locale la specificità è qualitativa (empatia, ascolto, mettersi in discussione, fare un passo indietro); Farci portavoce nel gruppo delle donne medico; Far

conoscere i temi sindacali; Donne medico dovrebbero studiare temi sindacali e aspetti legislativi; Portare la nostra specificità nel sindacato; Fare formazione dei giovani... alcuni vanno in pensione e non sanno come trasferirlo ai giovani; Non dare per scontato i diritti acquisiti; Pensare in modo transgenerazionale (ci vogliono generazioni per cambiare mentalità), Creare rete di contatti per condividere linguaggio comune; Aumentare la consapevolezza del ruolo che possono avere le donne; Cambiare delle parole: lotta con coinvolgimento, progettazione, lavorare insieme, confronto, essere donna e arrivare a quel punto; Apertura di altre tematiche, apertura a singole professionalità, maggiore coesione, tutela della maternità, precariato come diversità; Formazione delle nuove generazioni, problema della trasmissione, rinnovare obiettivi e trasferirli; Riprendere le lotte del passato, tenendo presente le trasformazioni della società.

POSSIBILI SVILUPPI E SCENARI FUTURI

Come sarà il Sindacato della transizione alla Femminilizzazione della Medicina?

“La forza è nelle differenze, non nelle similitudini” (Stephen Covey 1932-2012) “Le donne che hanno cambiato il mondo non hanno mai avuto bisogno di mostrare nulla se non la loro intelligenza” (Rita Levi Montalcini 1909-2012) “Solo quando si potrà parlare liberamente e serenamente di “quote di merito” e non più di quote di genere, solo quando riusciremo ad accogliere più consapevolmente il concetto di “TEAM” inteso come “Squadra” all’interno dei nostri reparti ospedalieri, solo quando riusciremo a far anteporre il benessere lavorativo della Squadra alle logiche aziendali del risparmio, solo allora potremo dire di avere apportato il giusto passo in avanti, in giusto progresso nella vita lavorativa del medico e del medico donna. La strada è lunga e gli scenari sono complessi ma non immutabili e il sindacato può, senza alcun dubbio, porre le basi per tracciare il giusto percorso”.

E come saranno i luoghi della cura, gli strumenti, le parole?

Mentre ci immaginiamo che i primi tornino ad essere ospitali dopo la indegna dittatura economicistica degli ultimi anni, speriamo che gli **strumenti** siano sempre più appropriati e le **parole** sempre più capaci di trasformare.

Dicevamo a conclusione del I Corso di Napoli che probabilmente non sarà una semplice sostituzione di sessi, come si potrebbe immaginare: non si tratta di ereditare la concezione universalistica delle cure e l’eredità novecentesca della relazione tra forza lavoro e datore di lavoro, nata storicamente coi sindacati. Si tratta di catapultare in questa epocale mutazione in atto la novità, la passione, la differenza femminile, di cui finora non c’è traccia visibile in generale. Bisogna immaginare un diverso mondo delle cure in cui alla richiesta di modifiche della cornice organizzativa corrispondano anche obiettivi professionali differenti, orientati più al benessere che alla salute, e alla congruenza tra lavoro e felicità. Per poter essere protagoniste in pieno ed abitare con agio quello che diventerà l’attuale Servizio Sanitario.

VERSO IL FUTURO: AUTORITA' O AUTOREVOLEZZA?

Fare chiarezza: le parole sono importanti. Non si può confondere l'**autorevolezza** con il merito individuale, o con il protagonismo percentuale femminile:

Autorità: *“Molte donne soffrono atrocemente per un’autorità che vorrebbero ma, non si sa perché, non è loro riconosciuta. C’è da mettere ordine in questa faccenda. Bisogna che accettiamo la fragilità dell’autorità, perché questa fragilità fa parte della sua natura, della sua garanzia. Se c’è autorità, questa autorità è fragile. L’autorità c’è nel momento in cui si vede che c’è l’impersonale, quando una donna agisce, lavora, si mette in relazione non per sé, nel senso negativo del termine, dell’aver prestigio o per narcisismo, perché non passa da lì la costruzione di una solidità personale, non passa da fugaci riconoscimenti di ruolo ma, appunto, per amore del mondo.” (Anna Rosa Buttarelli, DM speciale-5maggio2017).*

La piena affermazione della autorità, non solo per le donne, sembra dover passare per la porta stretta della fragilità, dell’impersonale, dell’amore per il mondo. Categorie quasi sconosciute, ad oggi, nell’attuale panorama. Ma non alle donne, evidentemente, come hanno denunciato. Da qui deve partire la necessità etica di trasformare il sindacato ad opera delle donne e degli uomini che hanno a cuore, per sé e per gli altri, la priorità dell’umano e delle relazioni di cura.

GENNAIO 2018 maschi	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	CONV. EMERG	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	PENS	OSP PRIV	Totale
PIEMONTE	1.018	1	3	21	3	2	56	12	1.116
VAL D'AOSTA	66	0	2	2	1	0	1	0	72
LOMBARDIA	899	0	0	7	9	5	43	8	971
VENETO	1.118	12	0	2	129	4	51	2	1.318
FRIULI	189	0	1	0	3	15	7	0	215
LIGURIA	462	1	2	5	8	0	19	0	497
EMILIA R.	1.285	4	3	11	27	12	53	1	1.396
TOSCANA	890	5	11	0	28	3	19	1	957
UMBRIA	154	0	0	3	33	1	5	0	196
MARCHE	344	0	0	0	0	1	30	0	375
LAZIO	923	2	0	5	3	11	38	94	1.076
ABRUZZO	357	0	0	0	4	1	29	1	392
MOLISE	45	0	0	0	0	0	8	0	53
CAMPANIA	1.163	27	0	15	36	14	31	3	1.289
PUGLIA	546	1	14	0	0	1	7	1	570
BASILICATA	101	0	0	0	0	0	4	3	108
CALABRIA	199	2	0	0	0	0	5	2	208
SICILIA	395	0	0	2	6	1	20	0	424
SARDEGNA	264	0	0	1	1	0	7	1	274
BOLZANO	204	0	0	1	0	0	0	0	205
TRENTO	50	1	0	0	0	0	2	0	53
NON DEFINITO	5	0	0	0	4	3	0	0	12
TOTALI	10.677	56	36	75	295	74	435	129	11.777

GENNAIO 2018 femmine	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	CONV. EMERG	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	PENS	OSP PRIV	Totale
PIEMONTE	1.009	2	0	8	4	2	25	10	1.060
VAL D'AOSTA	38	0	0	0	0	0	0	0	38
LOMBARDIA	805	0	0	5	8	6	9	3	836
VENETO	907	4	1	3	162	3	16	6	1.102
FRIULI	164	0	0	1	5	48	0	0	218
LIGURIA	459	1	1	0	28	1	11	0	501
EMILIA R.	1.377	4	6	16	62	21	31	0	1.517
TOSCANA	855	7	8	1	43	1	10	2	927
UMBRIA	174	1	0	3	33	3	1	0	215
MARCHE	282	0	0	0	1	0	3	0	286
LAZIO	756	4	0	2	4	29	6	79	880
ABRUZZO	269	1	1	1	4	0	12	0	288
MOLISE	37	2	1	0	0	0	2	1	43
CAMPANIA	601	31	0	14	44	19	10	2	721
PUGLIA	317	2	7	0	3	1	3	0	333
BASILICATA	58	0	0	0	0	0	0	0	58
CALABRIA	157	0	4	0	0	0	0	0	161
SICILIA	352	0	0	2	8	3	5	1	371
SARDEGNA	408	0	0	2	1	1	3	0	415
BOLZANO	181	0	0	1	2	0	0	0	184
TRENTO	50	0	0	1	0	0	0	0	51
NON DEFINITO	4	0	0	0	0	0	0	0	4
TOTALI	9.260	59	29	60	412	138	147	104	10.209

GENNAIO 2018 dirigenza medica maschi	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	CONV. EMERG	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	PENS	OSP.PRIV.	Totali
PIEMONTE	983	1	3	21	3	2	54	12	1.079
VAL D'AOSTA	61	0	2	2	1	0	1	0	67
LOMBARDIA	795	0	0	7	9	5	42	8	866
VENETO	1.055	12	0	2	129	4	50	2	1.254
FRIULI	163	0	1	0	3	3	7	0	177
LIGURIA	443	1	2	5	8	0	16	0	475
EMILIA R.	1.215	3	3	11	27	9	52	1	1.321
TOSCANA	847	5	11	0	28	3	17	1	912
UMBRIA	134	0	0	3	32	1	5	0	175
MARCHE	317	0	0	0	0	1	28	0	346
LAZIO	859	2	0	5	3	9	36	86	1.000
ABRUZZO	342	0	0	0	3	1	29	0	375
MOLISE	38	0	0	0	0	0	8	0	46
CAMPANIA	1.094	27	0	15	34	12	29	3	1.214
PUGLIA	507	1	14	0	0	0	5	1	528
BASILICATA	91	0	0	0	0	0	4	3	98
CALABRIA	173	2	0	0	0	0	5	2	182
SICILIA	367	0	0	1	6	1	19	0	394
SARDEGNA	242	0	0	1	1	0	7	1	252
BOLZANO	196	0	0	1	0	0	0	0	197
TRENTO	46	1	0	0	0	0	1	0	48
NON DEFINITO	5	0	0	0	4	3	0	0	12
TOTALI	9.973	55	36	74	291	54	415	120	11.018

GENNAIO 2018 dirigenza sanitaria e veterinari maschi	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	VETERI NARI	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	PENS	OSP.PRIV.	Totali
PIEMONTE	35	0		0	0	0	2	0	37
VAL D'AOSTA	5	0		0	0	0	0	0	5
LOMBARDIA	104	0		0	0	0	1	0	105
VENETO	63	0		0	0	0	1	0	64
FRIULI	26	0		0	0	12	0	0	38
LIGURIA	19	0		0	0	0	3	0	22
EMILIA R.	70	1		0	0	3	1	0	75
TOSCANA	43	0		0	0	0	2	0	45
UMBRIA	20	0		0	1	0	0	0	21
MARCHE	27	0		0	0	0	2	0	29
LAZIO	63	0	1	0	0	2	2	8	76
ABRUZZO	15	0		0	1	0	0	1	17
MOLISE	7	0		0	0	0	0	0	7
CAMPANIA	65	0	4	0	2	2	2	0	75
PUGLIA	38	0	1	0	0	1	2	0	42
BASILICATA	10	0		0	0	0	0	0	10
CALABRIA	26	0		0	0	0	0	0	26
SICILIA	28	0		1	0	0	1	0	30
SARDEGNA	22	0		0	0	0	0	0	22
BOLZANO	8	0		0	0	0	0	0	8
TRENTO	4	0		0	0	0	1	0	5
NON DEFINITO									0
TOTALI	698	1	6	1	4	20	20	9	759

GENNAIO 2018 dirigenza medica femmine	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	CONV. EMERG	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	PENS	OSP.PRIV.	Totali
PIEMONTE	860	2	0	8	4	2	25	9	910
VAL D'AOSTA	29	0	0	0	0	0	0	0	29
LOMBARDIA	538	0	0	3	8	4	8	1	562
VENETO	776	3	1	3	162	3	15	5	968
FRIULI	113	0	0	0	5	1	0	0	119
LIGURIA	381	1	1	0	28	1	10	0	422
EMILIA R.	1.132	4	6	14	60	6	26	0	1.248
TOSCANA	713	7	8	1	43	1	10	2	785
UMBRIA	104	0	0	3	32	1	1	0	141
MARCHE	217	0	0	0	1	0	2	0	220
LAZIO	590	3	0	2	4	13	5	60	677
ABRUZZO	219	1	1	1	4	0	12	0	238
MOLISE	18	2	1	0	0	0	2	1	24
CAMPANIA	457	31	0	14	38	12	8	2	562
PUGLIA	241	2	7	0	3	0	2	0	255
BASILICATA	38	0	0	0	0	0	0	0	38
CALABRIA	80	0	4	0	0	0	0	0	84
SICILIA	248	0	0	0	8	1	5	1	263
SARDEGNA	311	0	0	1	1	1	3	0	317
BOLZANO	154	0	0	1	2	0	0	0	157
TRENTO	38	0	0	1	0	0	0	0	39
NON DEFINITO	4	0	0	0	0	0	0	0	4
TOTALI	7.261	56	29	52	403	46	134	81	8.062

GENNAIO 2018 dirigenza sanitaria e veterinari femmine	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	VETERINA RI	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	PENS	OSP.PRIV.	Totali
PIEMONTE	143	0	6	0	0	0	0	1	150
VAL D'AOSTA	9	0		0	0	0	0	0	9
LOMBARDIA	267	0		2	0	2	1	2	274
VENETO	131	1		0	0	0	1	1	134
FRIULI	48	0	3	1	0	47	0	0	99
LIGURIA	78	0		0	0	0	1	0	79
EMILIA R.	245	0		2	2	15	5	0	269
TOSCANA	142	0		0	0	0	0	0	142
UMBRIA	69	1	1	0	1	2	0	0	74
MARCHE	65	0		0	0	0	1	0	66
LAZIO	163	1	3	0	0	16	1	19	203
ABRUZZO	50	0		0	0	0	0	0	50
MOLISE	19	0		0	0	0	0	0	19
CAMPANIA	144	0		0	6	7	2	0	159
PUGLIA	76	0		0	0	1	1	0	78
BASILICATA	20	0		0	0	0	0	0	20
CALABRIA	77	0		0	0	0	0	0	77
SICILIA	104	0		2	0	2	0	0	108
SARDEGNA	97	0		1	0	0	0	0	98
BOLZANO	27	0		0	0	0	0	0	27
TRENTO	12	0		0	0	0	0	0	12
NON DEFINITO									0
TOTALI	1.986	3	13	8	9	92	13	23	2.147

GENNAIO 2018 dirigenza medica maschi	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	CONV. EMERG	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	OSP.PRIV.	Totali
PIEMONTE	43	0	0	0	3	2	0	48
VAL D'AOSTA	3	0	0	2	1	0	0	6
LOMBARDIA	50	0	0	3	9	2	0	64
VENETO	98	1	0	1	128	3	0	231
FRIULI	14	0	0	0	3	1	0	18
LIGURIA	29	1	0	1	8	0	0	39
EMILIA R.	108	1	2	7	26	6	0	150
TOSCANA	54	1	2	0	28	2	0	87
UMBRIA	13	0	0	2	32	0	0	47
MARCHE	29	0	0	0	0	0	0	29
LAZIO	16	1	0	2	3	3	37	62
ABRUZZO	17	0	0	0	3	0	0	20
MOLISE	1	0	0	0	0	0	0	1
CAMPANIA	60	5	0	13	34	6	0	118
PUGLIA	9	0	1	0	0	0	0	10
BASILICATA	0	0	0	0	0	0	0	0
CALABRIA	3	0	0	0	0	0	0	3
SICILIA	19	0	0	0	6	0	0	25
SARDEGNA	15	0	0	0	1	0	0	16
BOLZANO	10	0	0	0	0	0	0	10
TRENTO	3	0	0	0	0	0	0	3
NON DEFINITO	0	0	0	0	3	0	0	3
TOTALI	594	10	5	31	288	25	37	990

GENNAIO 2018 dirigenza sanitaria e veterinari maschi	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	VETERINAR I	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	OSP.PRIV.	Totali
PIEMONTE	0	0	0	0	0	0	0	0
VAL D'AOSTA	1	0	0	0	0	0	0	1
LOMBARDIA	4	0	0	0	0	0	0	4
VENETO	0	0	0	0	0	0	0	0
FRIULI	0	0	0	0	0	9	0	9
LIGURIA	0	0	0	0	0	0	0	0
EMILIA R.	4	0	0	0	0	1	0	5
TOSCANA	1	0	0	0	0	0	0	1
UMBRIA	0	0	0	0	0	0	0	0
MARCHE	1	0	0	0	0	0	0	1
LAZIO	1	0	0	0	0	1	1	3
ABRUZZO	0	0	0	0	1	0	0	1
MOLISE	0	0	0	0	0	0	0	0
CAMPANIA	0	0	0	0	2	2	0	4
PUGLIA	0	0	0	0	0	1	0	1
BASILICATA	0	0	0	0	0	0	0	0
CALABRIA	1	0	0	0	0	0	0	1
SICILIA	4	0	0	0	0	0	0	4
SARDEGNA	1	0	0	0	0	0	0	1
BOLZANO	0	0	0	0	0	0	0	0
TRENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
NON DEFINITO	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALI	18	0	0	0	3	14	1	36

GENNAIO 2018 dirigenza medica femmine	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	CONV. EMERG	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	OSP.PRIV.	Totali
PIEMONTE	85	0	0	2	3	0	1	91
VAL D'AOSTA	3	0	0	0	0	0	0	3
LOMBARDIA	51	0	0	2	8	3	0	64
VENETO	126	2	0	2	160	3	0	293
FRIULI	14	0	0	0	5	0	0	19
LIGURIA	37	0	0	0	28	0	0	65
EMILIA R.	184	2	2	7	60	4	0	259
TOSCANA	102	4	1	1	42	1	1	152
UMBRIA	14	0	0	1	32	0	0	47
MARCHE	27	0	0	0	0	0	0	27
LAZIO	20	0	0	0	4	5	23	52
ABRUZZO	20	0	0	0	3	0	0	23
MOLISE								0
CAMPANIA	73	8	0	13	38	11	1	144
PUGLIA	25	1	0	0	2	0	0	28
BASILICATA	3	0	0	0	0	0	0	3
CALABRIA	4	0	0	0	0	0	0	4
SICILIA	36	0	0	0	8	0	1	45
SARDEGNA	25	0	0	1	1	1	0	28
BOLZANO	17	0	0	1	2	0	0	20
TRENTO	4	0	0	0	0	0	0	4
NON DEFINITO								0
TOTALI	870	17	3	30	396	28	27	1.371

GENNAIO 2018 dirigenza sanitaria e veterinari femmine	DIPEND. SSN	CONV. AMB.	VETERINA RI	LIB.PROF.	SPEC.	CONTR. ATIP	OSP.PRIV.	Totali
PIEMONTE	0	0	2	0	0		0	2
VAL D'AOSTA	0	0	0	0	0		0	0
LOMBARDIA	7	0	0	1	0		0	8
VENETO	7	1	0	0	0		0	8
FRIULI	0	0	0	0	0	31	0	31
LIGURIA	0	0	0	0	0		0	0
EMILIA R.	10	0	0	0	2	9	0	21
TOSCANA	3	0	0	0	0		0	3
UMBRIA	4	0	0	0	1	1	0	6
MARCHE	1	0	0	0	0		0	1
LAZIO	1	0	0	0	0	5	1	7
ABRUZZO	1	0	0	0	0		0	1
MOLISE	1	0	0	0	0		x55	1
CAMPANIA	2	0	0	0	6	1	0	9
PUGLIA	2	0	0	0	0		0	2
BASILICATA	0	0	0	0	0		0	0
CALABRIA	2	0	0	0	0		0	2
SICILIA	1	0	0	0	0	2	0	3
SARDEGNA	2	0	0	0	0		0	2
BOLZANO	1	0	0	0	0		0	1
TRENTO	0	0	0	0	0		0	0
NON DEFINITO	0	0	0	0	0		0	0
TOTALI	45	1	2	1	9	49	1	108

a cura di

Cosimo Nocera

Giuseppe D'Auria

Susana Montaldo

Pietro Pata

Domenico Saraceno

Eustachio Vitullo

Bruno Zuccarelli

La Questione meridionale è diventata, con gli anni, soprattutto una questione di Sanità negata.

Il divario territoriale tra Nord e Sud rispetto alle condizioni di salute è cresciuto negli ultimi anni: il dato statistico più eclatante è quello che riguarda l'aspettativa di vita: un cittadino del Sud ha un'aspettativa di vita di circa tre anni più bassa rispetto ad un altro che risiede nelle regioni settentrionali.

La spesa sanitaria pro-capite si conferma sbilanciata sulle regioni del Nord: a Bolzano la cifra si attesta a 2.255 euro, di gran lunga superiore rispetto alla media nazionale (1.838 euro) e dei 1.725 euro della Calabria. Anche la riduzione della mortalità negli ultimi 15 anni, per quanto presente, si rivela al Sud più lenta rispetto al resto del Paese, segnando un calo del 20% contro il 22% e il 27% fatto registrare rispettivamente al Centro e al Nord. E ancora, il trend sulla mortalità sotto i 70 anni, parametro considerato dall'Organizzazione mondiale della sanità uno dei principali indicatori per misurare l'efficacia dei sistemi sanitari, si rivela persino in controtendenza rispetto a quanto fatto registrare nel resto della Penisola: numeri in calo in quasi tutte le regioni del Nord, mentre nel Mezzogiorno la curva punta verso l'alto.

I dati disponibili mostrano che nelle regioni del Sud la deprivazione economica correla direttamente con una scarsa disponibilità di servizi sanitari e di efficaci politiche di prevenzione. In dieci anni sono stati persi circa diecimila posti di lavoro tra gli operatori della Sanità, le politiche dei tagli lineari perpetrate attraverso i tagli lineari hanno prodotto riorganizzazioni pericolose per gli operatori e gli utenti.

Secondo la letteratura la misura della performance complessiva ottenuta considerando un valore pari a uno che rappresenta un sistema "ottimale", va da un massimo di 0,83 della Regione Toscana ad un minimo 0,21 per la regione Campania. A cinque SSR è stato attribuito un valore inferiore a 0,5: Sardegna, Molise, Puglia, Calabria e Campania.

Il commissariamento ha azzerato con metodicità maniacale la *Governance Clinica* a discapito del ruolo di professionisti richiesto ai Medici e agli Infermieri del S.S.N, ruolo su cui si incardina la qualità del Servizio Sanitario per come era stato concepito dalla Legge di Riforma Sanitaria 833 volta a garantire dignità, salute, equità, appropriatezza ed economicità in maniera uniforme su tutto il territorio.

Ciò che rese straordinaria e illuministica questa riforma sanitaria, oltre all'aspetto curativo e terapeutico universalistico considerato come obiettivo fondamentale, fu la rilevanza data al Sistema della prevenzione e riabilitazione.

È a tutti evidente che il controllo della spesa nelle Regioni in Piano di rientro ha portato al solo risultato positivo di conseguire il pareggio di bilancio”. Conti in equilibrio quindi ma a quali costi sanitari e sociali!

Un sistema sociale pressato dalle esigenze di tenuta e alle prese con una feroce crisi economica, ha smarrito il pensiero guida su cui si fondava il Sistema Sanitario Nazionale istituito nel 1978, restando vittima di luoghi comuni e spesso di rappresentazioni drammaturgicamente faziose.

Basta dare uno sguardo alla griglia LEA per ricevere la spiacevole sensazione che anche questi anni trascorsi dal Congresso di Abano non sono serviti a far decollare la sanità del Mezzogiorno!

Le Regioni Meridionali si sono rincorse, talora si sono scambiate di posto ma in nessun caso i proclami dei potenti governatori locali sono stati in grado di garantire finalmente l'equità delle cure previste dall'articolo 32 della Costituzione!

Il metodo di riparto dei fondi sanitari alle Regioni della Conferenza Stato-Regioni basata sul calcolo della popolazione pesata, penalizza fortemente il meridione (ad esempio la Valle d'Aosta spende in sanità quasi mille euro in più rispetto alla Calabria);

Ancora in Calabria, a fronte di questo sottofinanziamento (che dura fin dal 1998), ci sono più malati cronici ad alta spesa sanitaria, che non nel resto d'Italia; la Calabria è da otto anni sottoposta da parte del Governo, al piano di rientro sanitario e al commissariamento che impone ulteriori tagli alla spesa sanitaria già sottofinanziata.

Commissariamento che si è rivelato ovunque un fallimento totale e non ha dato i risultati sperati .

L'allentamento delle morse del MEF per le regioni in piano di rientro ed il parziale sblocco del turn over hanno creato effimere speranze.

Attese non seguite da risultati adeguati per le note inefficienze locali e soprattutto perché riempire voragini storiche con la “sabbia” è un lavoro improbo ed inutile!

Nulla è stato fatto per incidere sul gap strutturale!

Riequilibrare il finanziamento cambiando i metodi del riparto della spesa, abolire i commissariamenti per ritornare a percorsi morbidi di affiancamento, rilanciare il sistema sanitario meridionale con investimenti straordinari, vigilare su sprechi ed inefficienze sono le uniche ricette possibili.

Quello che per noi sembra persino ovvio :

- “ogni euro investito in sanità ne genera molti altri (vaccini, prevenzione etc.)”
- “Non si possono fare parti eguali tra diseguali”
- “Basta con 23 sistemi Sanitari differenti”
- Rompere l'intreccio tra spesa sanitaria e attività criminose,
- Compensare il deficit di etica della responsabilità della politica e di cultura organizzativa dei settori dirigenziali,
- Contrastare l'atavica allergia alle regole,
- Sconfiggere l'evasione fiscale

..... per chi decide i destini sanitari del nostro paese è assolutamente da ignorare.

Altra necessità assoluta per non perdere definitivamente la speranza è quella della creazione di una rete sempre più fitta e forte ! Rete tra istituzioni, cittadini, professionisti e rappresentanze dei lavoratori che promuova quel controllo democratico sull'allocazione delle risorse in sanità che non si è mai realizzato al meridione.

In questi anni abbiamo visto incrementare il triste fenomeno dell'emigrazione medica : schiere di giovani formati nelle regioni meridionali arricchiscono con la loro competenza la sanità del nord e

cosa molto più grave quella dei paesi europei: gli investimenti delle famiglie del Sud vengono sfruttati da economie ben più forti!

In questi anni l'Anaa Assomed si è molto impegnata su questi temi e continuerà a spingere perché la questione sanitaria meridionale trovi finalmente il posto che merita nell'agenda dei governanti.

La Sanità è quindi il vero centro della nuova Questione meridionale. Una grande questione che non può essere ancora elusa con discorsi di facciata; un tema che dovrebbe obbligare la rappresentanza politica e le istituzioni democratiche (partiti, sindacati, associazioni) ad un concreto impegno e ad intraprendere una coraggiosa e onesta sfida nazionale con l'impiego di risorse mentali ed economiche, per un piano straordinario di interventi

La medicina è diventata terra di conquista e luogo di battaglia di spending-review e tutti stanno dimenticando quale sia il vero ruolo e la vera natura del nostro lavoro ed i vantaggi sociali che possono derivare da una sanità di qualità

Nelle tesi del Congresso Nazionale di Abano Terme del 2014 immaginammo percorsi innovativi e trasgressivi per permettere alle regioni meridionali di uscire dal guado.

Ciò è ancor più necessario adesso che qualche timido segnale di ripresa si intravede!

In conclusione possiamo dire che la trasgressione più grande è quella di coltivare la speranza che la sanità al Sud sia presto in grado di assicurare il diritto costituzionale a tutti.

Ed ancor più trasgressivo è volersi impegnare affinché ciò si realizzi.

Noi ci impegniamo a farlo!

LE PROFESSIONI SANITARIE

- **Le competenze professionali**
- **L'autonomia professionale**
- **La responsabilità professionale**
- **Conclusioni**
- **Allegato 1 - Le professioni sanitarie: principali elementi del contesto normativo**
- **Allegato 2 - Task shifting: la dichiarazione del Presidente della FNOMCEO**

a cura di

Mario **Lavecchia**

Paola **Gnerre**

Alberto **Spanò**

Fabio **Florianello**

Oswaldo **Scarpino**

LE COMPETENZE PROFESSIONALI

1.1 Dalle competenze professionali alla demagogia

Lo scenario normativo (vedi allegato 1) relativo alle professioni sanitarie in tema di competenze si è caratterizzato da un lato con un percorso normativo coerente con lo sviluppo di responsabilità e competenze in linea con l'evoluzione scientifica e dall'altro con un percorso rivendicativo progressivamente più complesso da parte dei rappresentanti delle professioni sanitarie del comparto.

La caratteristica di tale percorso rivendicativo non è stata la ricerca di specificità tipiche di alcuni profili, ma una sorta di rivendicazione generale di avanzamento "uguale per tutti" che non ha consentito l'avvio di un confronto costruttivo sul tema, in particolare tra medici e altre professioni.

1.2 Ruolo della politica

La cornice delle rivendicazioni è stata costituita da una notevole disponibilità delle regioni che hanno più volte tentato di produrre documenti unilaterali di implementazione di competenze delle professioni più spinte da esigenze di bilancio che da necessità di garanzia ed implementazione della qualità dei servizi clinico assistenziali.

Ne è stata la prova il progressivo calo degli organici medici, la riduzione dei posti nelle scuole di specializzazione, l'introduzione di modelli organizzativi autoreferenti con marginalizzazione dei medici, il conseguente degrado dei servizi sanitari.

Sulla questione delle competenze "avanzate" quindi si è sviluppato un confronto talvolta conflittuale tra Organizzazioni mediche e Governo/Regioni su ipotesi più volte ripresentate che tendevano per taluni aspetti a determinare trasferimenti di competenze da medici ad altre figure che, in base alla normativa previgente, non hanno tali attribuzioni.

Sulla base di questi presupposti alcune Regioni hanno conferito ad altri professionisti specifiche competenze che, in particolari situazioni, possono comportare sia l'effettuazione di atti assistenziali e curativi salvavita, sia un primo inquadramento diagnostico dell'individuo, seppur nel rispetto di protocolli operativi stabiliti dal personale medico. È pertanto in discussione una modalità di revisione organizzativa per cui alcune funzioni attualmente svolte da laureati in medicina e

chirurgia possano essere svolte da altri professionisti, senza temere di svolgere esercizio abusivo della professione medica.

1.3 La creazione di mondi separati e la disgregazione della unitarietà del processo assistenziale

Tutto ciò in un contesto organizzativo in cui non si è mai cercato il confronto tra professioni, ma si è giocata una partita tutta politica ed opportunistica, valorizzando in buona sostanza un modello di “mondi separati”, come previsto dalla Legge 251/00, in cui la “dirigenza” ha significato solo divisione verticale tra settori professionali e interruzione dei percorsi virtuosi di integrazione, unici in grado di consentire non solo la crescita professionale ma anche l’innalzamento delle responsabilità delle figure infermieristiche e tecnico sanitarie.

Per effetto della 251/00 si è determinata di fatto una frattura tra organizzazione medica ed organizzazione delle professioni, con professionisti che non si sono più rapportati con i medici del proprio settore/disciplina, ma direttamente con un soggetto esterno avulso dalla specificità dell’organizzazione, le cui decisioni organizzative hanno spesso ignorato le esigenze specifiche del reparto/servizio, soltanto tutelando una sorta di neocorporativismo negativo che è andato a scapito dei servizi clinici.

1.4 Il task shifting: il grimaldello per scardinare la professione medica

In questo complesso ed articolato scenario si è sviluppato disordinatamente negli ultimi due decenni, in un contesto segnato da una forte disattenzione su tali temi dei medici, si sono mosse rivendicazioni estremamente critiche per il Sistema sanitario nel suo complesso.

A titolo di esempio segnaliamo la recente proposta di permettere la prescrizione di farmaci da parte di altri professionisti sanitari, in nome di una presunta maggiore “funzionalità”.

Questo esempio mostra in piena evidenza la logica dominante delle operazioni di “task shifting”: sostituire i medici con figure a minor costo, rispondendo peraltro a logiche di demagogia politica.

Su questo ed su altri temi non sono mancati i “profeti” del progresso ad ogni costo che hanno condito le ipotesi con paragoni impropri con altri Paesi dove totalmente diversi sono contesti e figure coinvolte.

1.5 La Conferenza Stato Regioni: il luogo delle decisioni spesso in assenza di un confronto con tutti gli addetti al lavoro

Diversi sono stati nel tempo gli scontri sul tema anche in sede di Conferenza Stato Regioni, organo che si caratterizza purtroppo per percorsi di definizione degli Accordi non sottoposti ai meccanismi di valutazione, confronto e controllo garantiti dal Parlamento, spesso risentendo di azioni laterali di lobbying da parte di portatori di interessi.

In Conferenza si sono sviluppate ipotesi normative sul cosiddetto “task shifting” che rifacendosi alle leggi 42/1999, 251/2001 e 43/2006, tentavano di entrare malamente sul tema competenze per implementare il “campo proprio di attività e responsabilità”, indicando criteri guida e criteri limite, tra cui quello delle competenze mediche.

I “criteri guida”, indicati dalla conferenza nella bozza del marzo 2017, erano il contenuto del profilo professionale, gli ordinamenti didattici ed i codici deontologici, mentre i “criteri limite” erano le competenze previste per le professioni mediche e quelle delle altre figure professionali sanitarie.

Poi le dure critiche delle parti fecero sostituire i “criteri limite” con “fatte salve” le competenze dei medici.

Evidente il tentativo di indebolimento della norma di salvaguardia contenuta nella Legge 42/99 sostenendo la “dinamicità positiva dell’innovazione dell’organizzazione del lavoro in sanità, finalizzata ad un’ottimizzazione dell’uso delle risorse umane e professionali in un’ottica di valorizzazione e di integrazione”, ovvero in altre parole sostenendo la possibilità di procedere tout cur al cosiddetto “task shifting” delle competenze delle professioni a scapito delle competenze mediche.

Al quadro derivante dal contesto attuale si aggiunge la costituzione degli ordini delle professioni sanitarie di cui alla Legge 3/2018 che non intercetta però questioni relative alle competenze tranne confermare le attuali norme vigenti ed in particolare i decreti emanati ai sensi del D.Lgs 502/92.

L'AUTONOMIA PROFESSIONALE

2.1 Autonomia professionale coniugata alle competenze

Il concetto di autonomia espresso nella Legge 251/2000 presuppone la discrezionalità delle scelte operative legate alle competenze attribuite e la relativa assunzione di responsabilità, la titolarità, per quanto di competenza, nella valutazione dei bisogni, la capacità di pianificare gli interventi attribuiti e di verificarne i risultati.

L'autonomia quindi si configura come la capacità di pensare e agire liberamente, in modo indipendente e costituisce una delle caratteristiche principali, con la responsabilità, delle professioni liberali.

In sé il riconoscimento di autonomia professionale per gli atti di competenza, previsto già dai decreti ministeriali del 1994, costituisce un principio certamente condivisibile.

Deve però essere chiaramente definito l'ambito dell'autonomia, che non può discrezionalmente estendersi al di fuori delle competenze, come si è osservato in questi anni purtroppo per effetto di innovazioni organizzative di singole regioni o aziende sanitarie, e di interpretazioni unilaterali di norme legislative spesso fumose e generate in un clima di forte contrapposizione tra categorie.

Il concetto di autonomia professionale, pienamente legittimo se riferito agli ambiti propri di competenza di ciascuna professione, non poteva e non può essere estremizzato, come talvolta avvenuto per effetto dell'applicazione delle norme della Legge 251/00, creando comparti autonomi e non comunicanti, con i contestuali gravi danni arrecati ai modelli assistenziali.

2.2 Autonomia e integrazione

L'autonomia professionale deve trovare compatibilità con la valorizzazione dei processi di integrazione interprofessionale e della valorizzazione del lavoro di equipe, nella logica del miglioramento continuo della qualità clinico-assistenziale, rifuggendo da modelli di autoreferenza professionale privi di fondamento giuridico e logico.

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

3.1 Responsabilità professionale e unitarietà del processo assistenziale

I principi teorici posti alla base dell'evoluzione legislativa in materia di professioni sanitarie si sono fondati su ipotesi di risposta al mutato contesto socio – politico – economico ed all'evoluzione della domanda di salute che avrebbero “cambiato” lo scenario delle competenze e quindi della responsabilità professionali.

L'evoluzione scientifica ha profondamente cambiato logiche e strumenti dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, anche determinando lo sviluppo di nuove professioni, che hanno assunto un ruolo rilevante nei processi assistenziali, ma non ha mutato il quadro delle responsabilità centrali che restano indiscutibilmente in capo ai medici, fatte salve le aree di responsabilità che si sono definite e costituite nel più ampio contesto delle professioni che hanno assunto nel sistema sanitario ruoli e funzioni rilevanti e fondamentali.

Purtroppo anche sul tema della responsabilità professionale si è diffusa una cultura di progressiva acquisizione di ambiti sempre utilizzando in modo errato la metodologia del task shifting.

E' vero che il progressivo sviluppo di sistemi complessi ha determinato nuove responsabilità, ma esse dovevano svilupparsi sempre in forma integrata e compatibile con le competenze mediche e non in forma sostitutiva o conflittuale come purtroppo osservato in numerosi casi e come sostenuto dai soggetti che, promuovendo in forma indifferenziata il task shifting, vanno talvolta contro un armonico processo di sviluppo delle responsabilità delle professioni sanitarie stesse, che

trarrebbero grande vantaggio da una crescita integrata ed armonica delle responsabilità nell'equipes interprofessionali.

I presunti cambiamenti dei processi di diagnosi e cura alla base delle nuove responsabilità, il più delle volte, hanno sotteso il taglio della spesa di personale, diminuendo oltre i limiti corretti la presenza dei medici negli organici, e sostituendoli con figure a minor costo.

Il largo abuso dei concetti quali appropriatezza delle prestazioni, ricerca di strumenti e tecniche innovative, soluzioni organizzative ed operative di provata efficacia, aspetti etici e deontologici, formazione hanno corredato una modalità contraddittoria di innovazione organizzativa e delle responsabilità.

La genericità ed intrinseca demagogia delle espressioni usate dal legislatore nel definire gli ambiti dei nuovi profili (identifica i bisogni, pianifica, gestisce, valuta, elabora, garantisce, propone, svolge, agisce, si avvale , etc.) hanno connotato la definizione di figure certo fondamentali ma che avrebbero trovato giovamento sia professionale, che contrattuale ed organizzativo, da una definizione oggettiva che valorizzasse molto di più ruolo, funzioni e responsabilità, rispetto a quanto avvenuto a spese dell'intero sistema.

Le affermazioni diffuse di indipendenza e della correlata responsabilità nelle scelte relative alle modalità di esercizio delle proprie competenze non hanno consentito di impostare le relazioni con le altre figure sanitarie in termini di collaborazione a pari dignità e scambio proficuo di conoscenze, ma hanno solo determinato disfunzioni, disservizi e danni agli stessi professionisti.

Gli interventi sanitari sono invece condizionati in modo sempre crescente dalla capacità di lavorare efficacemente in squadra, ponendo attenzione al quadro delle responsabilità ed alla realizzazione e integrazione fra il lavoro di molti attori, con professionalità diverse, per superare e non incrementare la parcellizzazione delle risposte professionali, verso una risposta globale ed integrata dell'intero sistema.

In questo ambito molto è derivato dalle attività formative definite in ambito universitario, a partire dalle lauree brevi fino master e specializzazioni di settore o ambito su cui si sono costruite ipotesi di implementazione del task shifting.

3.2 La creazione di steccati in nome della responsabilità

Alcuni percorsi definiti che hanno consentito assunzione di responsabilità professionale sono quelli che riguardano i "case manager" attualmente presenti in unità operative dove è ritenuta forte la necessità di integrazione fra diversi livelli di attività che compongono un intero processo.

A seguire sono stati definiti ulteriori livelli di responsabilità nelle Unità Operativa, nei Servizi, nei Dipartimenti e perfino a livello di responsabilità aziendale dove vengono pianificati i programmi formativi, le procedure e le linee guida su processi complessi.

Il procedimento, in parte condivisibile viene però ipotizzato, definito e dove possibile realizzato a compartimenti stagni in particolare tra mondo delle professioni, medici e dirigenti sanitari.

3.3 Ricadute sulla organizzazione del lavoro

Il sistema posto in essere presenta notevoli rischi per:

- L'ottimale organizzazione del lavoro,
- L'individuazione delle risorse umane,
- l'erogazione efficace ed efficiente delle prestazioni,
- i contrasti interprofessionali tra medici e professioni sanitarie, ma anche tra professioni sanitarie diverse.

CONCLUSIONI

4.1 Cambiare verso

Uno dei modi auspicabili per valorizzare un cambiamento costruttivo nel complesso mondo delle professioni sanitarie resta legato ad una sostanziale inversione di tendenza rispetto a quanto

avvenuto negli ultimi anni, individuando ed applicando mezzi e regole condivise e validate tra medici ed altri professionisti, nel rispetto delle specifiche competenze.

Costruire un mondo professionale armonico ed evoluto in sanità significa

- far crescere tutti i professionisti nel rispetto pieno del ruolo fondamentale di ognuno di essi,
- evitare sovrapposizioni e conflitti,
- impegnarsi sulla interdisciplinarietà, sul lavoro di equipe, sulle sinergie professionali, in altre parole sulla crescita di tutti gli attori al di fuori dei conflitti e dei corporativismi.

L'innalzamento delle competenze, l'autonomia e le responsabilità sono grandezze implementabili in larghissima misura in ogni profilo e categoria sanitaria senza alcuno sconfinamento e senza abusi, e ciò perché larghissimo è il margine di miglioramento che è davanti a ciascuna categoria professionale e che spinto al massimo non potrà che far crescere l'intero sistema sanitario italiano. La subalternità, la demotivazione, la deresponsabilizzazione, da anni lamentate dagli esponenti del mondo professionale, hanno cause estranee al rapporto tra medici ed altri professionisti, derivano dall'arretratezza anche culturale che ha afflitto il sistema, da speculazioni e demagogie, e sono superabili solo in una armonizzazione vera dei ruoli e delle funzioni di ciascuna figura, trasferendo valore e incrementando la qualità di ciascun apporto in un contesto che non ponga più in discussione la pari dignità degli operatori tutti, fermo restando i ruoli che comunque spettano a ciascuno.

4.2 - Governare il *tash shifting*

La politica e alcuni ordini professionali, nascondendosi dietro vere o presunte innovazioni scientifiche, cambi di modelli assistenziali, esempi di altri paesi, stanno approfittando per portare avanti una progressiva erosione delle competenze proprie della professione medica, complice anche la errata programmazione universitaria nella formazione dei medici e la crisi economica, minando contemporaneamente alla base il sistema sanitario italiano.

Disconoscere i progressi formativi e culturali della professione sanitaria sarebbe miope, il muro contro muro non giova a nessuna certamente non ai medici che, inferiori di numero, sono politicamente meno appetibili.

Ne deriva che poiché non esistono metodi e modelli lavorativi vevoli in tutti i luoghi di cura e che certamente vi sono ambiti lavorativi, per esempio nella prevenzione, nel socio sanitario, nel territorio, dove la "la cura e l'assistenza alla persona" sono prevalenti, che possono offrire maggiori possibilità di sviluppo di nuovi e più efficaci modelli operativi che senza sovrapporsi al compito di altri, offrono alle professioni sanitarie opportunità di sviluppo delle proprie competenze professionali e manageriali.

In sintesi gli aspetti principali da monitorare attentamente sono

- Il coniugare autonomia e responsabilità,
- l'unicità del processo assistenziale,
- la centralità del paziente che vuol dire integrazione dei singoli professionisti e lavoro di gruppo,
- I nuovi modelli organizzativi.
- Il rischio dei parcellizzazione dei processi

4.3 Dalla *contrapposizione alla condivisione*

Il Sindacato quindi dovrà procedere, per evitare derive negative per il sistema sanitario, così come per medici e professioni sanitarie tutte, ricercando una vera inversione dei percorsi verso strategie condivise e verso la definizione di modelli di rilancio delle risorse umane nel loro complesso.

In questa percorso alleato privilegiato deve essere la FNOMCEO specie per gli aspetti professionali.

Allegato 1

LE PROFESSIONI SANITARIE: PRINCIPALI ELEMENTI DEL CONTESTO NORMATIVO

1. Fino al 1992 il T.U. delle leggi sanitarie (R.D. n. 1265/1934) distingueva coloro che operavano nel campo della sanità in tre categorie:

- professioni sanitarie principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista e, dal 1985, l'odontoiatra);
- professioni sanitarie ausiliarie (levatrice, assistente sanitaria visitatrice e infermiera diplomata);
- arti ausiliarie delle professioni sanitarie (odontotecnico, ottico, meccanico ortopedico ed ernista, tecnico sanitario di radiologia medica e infermiere abilitato o autorizzato).

2. La riforma delle professioni sanitarie inizia con il D.Lgs 502/92 che istituisce la Dirigenza Sanitaria e ne definisce il ruolo, e che contestualmente definisce le competenze delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, tecniche, della riabilitazione, e della prevenzione con i Decreti Ministeriali dal n.739 al n. 746 del 1994.

3. Accanto al riordino delle professioni si avvia anche la riforma della formazione che si incardina da un lato sull'obbligatorietà della formazione specialistica per i dirigenti medici e sanitari e sulle lauree triennali per le professioni sanitarie

4. Il D.lgs n. 502/92 nell' adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge n. 833/78, attribuì al Ministero della Sanità, l'individuazione e regolamentazione dei profili professionali dell'area sanitaria e trasferì la formazione dalla sede regionale a quella universitaria, introducendo inoltre la programmazione dei fabbisogni a partire dai medici e per tutte le categorie della dirigenza, oltre che del comparto.

5. L'impianto normativo sopra descritto fu perfezionato con la legge 26/02/1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che all'art. 1 comma 2, recita: "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e sm.i., è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

6. Con la legge n.251/00 fu emanata la "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica" che all'art.1 prevedeva:

C. 1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza. C. 2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea. C.3 Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per: a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;" b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata".

7. L'oggetto del complesso delle professioni sanitarie è costituito dalle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, comma 1, l. n. 251/2000); le funzioni proprie della professione sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza" (art. 1, comma 1, l. 251/2000); ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative.

8. Inoltre, la Legge 42, all'art.1, stabilisce che quanto previsto si attui comunque facendo salve, "le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

9. La Legge n.3 dell'11 gennaio/2018 ha previsto il riordino degli assetti ordinistici dei medici, veterinari e farmacisti, oltre che di biologi, chimici, fisici e psicologi, ed ha completato l'assetto normativo per tutte le 22 professioni sanitarie costituite in ordini. La legge approvata introduce tre nuovi ordini: per le professioni di Infermiere, per le Ostetriche, e per i Tecnici di Radiologia ai quali ultimi si aggregano le altre 17 professioni. Si riconoscono inoltre due nuove professioni (osteopati e chiropratici) e si introduce la possibilità di presentare richiesta di riconoscimento anche da parte di associazioni rappresentative per nuovi albi.

Allegato 2

TASK SHIFTING: LA DICHIARAZIONE DEL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO

Il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo), su tale tema, ha recentemente dichiarato il suo "no forte e chiaro al task shifting, al trasferimento delle competenze professionali dal medico ad altre figure sanitarie. Le competenze del medico non gli derivano da investitura soprannaturale, ma sono acquisite in ragione di percorsi formativi condivisi da tutte le istituzioni e gli attori coinvolti: dal Parlamento, dal Governo, dal Ministero della Salute e dal Miur, dalla Conferenza Stato Regioni, dalle Università, dagli Ordini, dai rappresentanti dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. È una questione di garanzia nei confronti dei nostri pazienti e dei nostri sistemi sanitari: in tutti i paesi dove si è attuato il task shifting, il risultato è stato un abbassamento di qualità dei Servizi Sanitari. La prescrizione non è un fatto automatico ma è la conclusione di un percorso articolato che passa attraverso la diagnosi, anche differenziale. Non può essere un momento avulso dalla valutazione complessiva del malato, non può essere estrapolata dalla relazione di cura tra il medico e il suo paziente. Anche nell'ambito della cronicità: ogni volta vanno valutati aggiustamenti terapeutici, vanno monitorate le risposte del paziente e messe in conto le eventuali interazioni, se il malato, come sempre più spesso accade, è in politerapia. È una garanzia per la salute del paziente, è una questione di appropriatezza, di efficacia e di buon funzionamento per il Servizio Sanitario Nazionale. La collaborazione con l'Ordine degli Infermieri può e deve esprimersi anche nella gestione della terapia, e nei progetti di miglioramento dell'aderenza terapeutica. Ma la "prescrizione", con qualunque nome si scelga di chiamarla, è e non può che rimanere atto medico".

LA PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE DELLA FORMAZIONE MEDICO-SPECIALISTICA

a cura di

Domenico **Montemurro**
Daniela **Atzeni**
Giulia **Balbi**
Maurizio **Cappiello**
Nicola **Caretto**
Alessandro **Conte**
Vincenzo **Cosimato**
Matteo **D'Arienzo**
Antimo **Di Martino**
Pierino **Di Silverio**
Anna Maria **Fodale**
Nicola **Negrello**
Fabio **Ragazzo**
Andrea **Rossi**
Nunzia **Verde**

Con la pubblicazione del DI 402/2017 Decreto Interministeriale recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria finalmente il Governo sembra prendere atto della scarsa consistenza della formazione universitaria offerta ai giovani medici e la necessità di integrare il percorso universitario con una serie di reti ospedaliere territoriali, attraverso cui il medico in formazione possa raggiungere i volumi di prestazioni previsti dalla normativa.

Inoltre anche il DI 68/2015 Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria detta con maggiore accuratezza quelli che sono i percorsi e le skills necessarie al medico in formazione per far sì che possa diventare uno specialista. Ma siamo ancora ben lontani dall'auspicata integrazione SSN/Università già evidenziate e discusse negli scorsi congressi dall'Anaa Assomed. Ancora colme di frizioni, conflittualità interne e contenziosi sono le strutture dove la realtà universitarie e quella ospedaliera coesistono. Se il problema fondato è la mission dell'assistenza per il SSN e della didattica e della ricerca per l'Università, l'inscindibile rapporto tra didattica, ricerca e assistenza, formula magica che ha aperto tutte le porte e i cordoni della borsa dei diversi servizi sanitari regionali, coniata in un tempo ormai troppo lontano, ha generato un intrico di norme spesso contraddittorie e incoerenti che hanno finito per mettere in aperta concorrenza i due sistemi. Il lungo excursus legislativo che ha cercato di definire la questione, si è rivelato inadeguato, di difficile applicazione e fonte di interpretazioni capziose lasciando il concetto dell'integrazione rappresentato da poche parole mentre la difesa dell'autonomia universitaria diveniva, di fatto, la certificazione della sua prevalenza nel sistema delle Aziende Miste, modello oggi maggioritario rispetto a quello dei Policlinici Universitari a gestione diretta che si dibattono in enormi problemi gestionali ed economici.

Tuttora i due sistemi sono, di fatto, estranei l'uno all'altro, scarsamente permeabili, con personale separato da prerogative e compiti differenti, in una condizione di concorrenzialità che rende sempre teso il rapporto fra i professionisti e difficile la collaborazione.

Le convenzioni regionali e quelle attuative locali nelle intenzioni del legislatore avrebbero dovuto garantire la convivenza tra SSN e Università, ma nella reale applicazione hanno mostrato limiti nel determinare un'effettiva mediazione tra le parti, e sono state contrassegnata da ricorsi, latenza nei rinnovi, inapplicabilità nella gestione corrente offrendo nella migliore delle ipotesi un modello di equilibrio ottenuto a prezzo di estenuanti compromessi e spesso diseconomiche duplicazioni delle funzioni, con risultati costosi e scarsamente produttivi in termini assistenziali e formativi. La conflittualità generata dall'aver affiancato – spesso negli stessi spazi fisici – strutture sovrapponibili per funzione, e quindi concorrenziali, ma divise da differenti stati giuridici del personale, diverse impostazioni del lavoro e diversa “mission” operativa, è logica derivazione di un contrasto, mantenuto e paradossalmente rafforzato dal meccanismo convenzionale che per il suo stesso essere ribadisce la differenza delle parti. Negli anni la situazione di conflitto si è acuita a causa della radicale trasformazione che ha interessato il SSN teso a recuperare, attraverso il processo di aziendalizzazione, efficacia, efficienza ed economicità, oggi più che mai, in un quadro di risorse predeterminate e finite. Nelle Aziende Miste e nei Policlinici questo fenomeno si è inserito in realtà aziendali nelle quali, nel corso degli anni, per la crescita dell'offerta formativa, non solo nella professione medica, ma anche in quelle sanitarie e infermieristiche, si sono moltiplicati i corsi e le sedi d'insegnamento. L'aver prima assegnato come compito istituzionale la formazione medica specialistica all'Università, ignorando le capacità e le potenzialità del SSN, e poi la successiva applicazione delle regole europee delle scuole di specializzazione, hanno ulteriormente accresciuto l'obbligo didattico di un corpo docente che negli anni, sia per i forti vincoli di bilancio che per una politica degli accessi disorganica si è ridotto di numero. Nel contesto attuale caratterizzato dalla forte riduzione dei finanziamenti statali all'università appare sempre più difficile che il corpo docente universitario possa garantire in modo autonomo ogni suo ruolo in termini di didattica e ricerca garantendo volumi adeguati di assistenza. Ciononostante l'apporto del personale laureato del SSN (previsto sin dal D.lgs n. 502 del 1992) - a distanza di oltre 20 anni e tranne rare eccezioni - appare ancora di scarsa rilevanza quali-quantitativa risentendo sia della “parsimoniosa” applicazione della legge da parte universitaria (e regionale), sia dell'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per il personale ospedaliero che intenda fornire una funzione oltre che assistenziale anche didattica. Questo può rendere oggi più di prima indefiniti i confini della presenza universitaria entro le strutture del SSN e tale vaghezza dei limiti, fissati, e spostati, di volta in volta in sede di convenzione regionale, ove le richieste del mondo accademico non restano mai inascoltate, costituisce una mina vagante all'interno dell'organizzazione delle Aziende Miste.

Il personale medico che si trova ad operare nelle Aziende Miste e nei pochi Policlinici Universitari, svolge, in moltissimi casi, mansioni del tutto sovrapponibili a quelle dei colleghi universitari e non, come alcuni vogliono ancora credere, relegate ad attività solo di tipo assistenziale in ruoli di sudditanza.

Arrivati alla concreta presa di coscienza che l'università così come oggi è strutturata non può più da sola colmare le esigenze della formazione post-laurea avendo necessità di integrarsi con reti ospedaliere del SSN e preso in considerazione che il DI 402/2017 richiede requisiti organizzativi e strumentali e volumi di prestazioni che in alcuni casi le università non sono state in grado di raggiungere neanche attingendo alle strutture territoriali regionali o delle regioni circostanti, quello che ci chiediamo è come voglia il governo garantire che tutta questa serie di convenzioni, strutture e volumi prestazionali essere realmente fruite dai medici in formazione. In merito al percorso formativo dei medici l'interesse più impellente diventa la riorganizzazione del libretto-diario formativo dei medici in formazione che ancora risulta un mero atto d'ufficio di scarso valore pratico e in merito alle strutture la certificazione di presenza del medico in formazione presso le strutture territoriali. In modo che nonostante lo scenario della grave crisi economica che stiamo vivendo, l'Università non continui a comportarsi come variabile indipendente del sistema, ma cominci a rendicontare in maniera puntuale l'offerta formativa realmente fornita ai medici in formazione specialistica.

La ricetta che comporta l'effettiva risoluzione di tali criticità è una sostanziale revisione dell'assetto normativo, che non si può attuare lasciando che la garanzia della formazione del medico sia esclusivo appannaggio universitario.

La survey Anaaio Giovani condotta, non solo, per valutare l'indice di gradimento del sistema formativo italiano, ma soprattutto per avere una realistica ed attuale visione delle scuole di specializzazione, ha potuto evidenziare numerose criticità del sistema formativo. Gli endpoints, oggetto di studio della survey sono di seguito riportati:

- **giudizio sulla formazione fornita dalla scuola di specializzazione:** il 19% la reputa ottima o buona, il 44% la ritiene discreta o sufficiente, mentre ben il 36% giudica la formazione ricevuta come insufficiente o gravemente insufficiente. Infine, oltre uno specializzando su 3 reputa la qualità formativa al di sotto della sufficienza.

Pertanto, appare chiaro che poichè l'Università è controllata e controllore allo stesso tempo, non è in grado di individuare le problematiche si riflettono in un'erogazione non ottimale di modelli formativi.

- **organizzazione della formazione:** nel 27% "è tutto lasciato al caso e non vengono seguiti da nessuno". Il 31% dei responders afferma di svolgere pratica, il 15% seminari, l'11% audit clinici e solo il 17% lezione frontale, nonostante sia previsto da tutti gli ordinamenti didattici della totalità delle Scuole di Specializzazione.

Ciò significa che, dai dati della survey, l'Università, che si basa su un'organizzazione accentrata anche per l'insegnamento post-lauream, nell'83% dei casi non tiene le lezioni che dovrebbe.

- **"Nelle strutture universitarie ti viene insegnata / ti è stata insegnata l'arte chirurgica così da poter sostenere un intervento di media complessità chirurgica in autonomia alla fine della specializzazione?"**, solo il 14% degli intervistati chirurghi ritiene di poter portare a termine un intervento di media chirurgia con gli insegnamenti delle strutture universitarie; il 34%, d'altro canto, sostiene di poter riuscire a fare la stessa cosa, ma solamente perché l'ha imparato nelle strutture ospedaliere o all'estero, mentre un preoccupante 52% non sarebbe in grado di operare al termine della specializzazione.

Dalle risposte a questo quesito emerge un quadro drammatico delle scuole chirurgiche italiane, che dovrebbero formare chirurghi già pronti almeno per gli interventi di media complessità, mentre più di uno su due, dopo 5 o 6 anni di specializzazione, non è in grado di fare quello che in teoria dovrebbe essergli insegnato dall'università.

- **Tale situazione viene confermata dalle risposte alla domanda successiva, riguardante il libretto formativo.** Per il 55% dei responders chirurghi esso riporta abbastanza fedelmente la realtà dei fatti, mentre per il restante 45% il suo contenuto è fittizio o addirittura il libretto non esiste nemmeno.

Da tale quesito emergono i grossi limiti di tale sistema di valutazione della formazione, che dovrebbe essere superato quanto prima, poiché non consente una chiara analisi e soprattutto tempestiva correzione degli errori formativi in itinere.

- **Ti è stato concesso di poter sfruttare la "rete formativa" italiana, frequentando strutture diverse da quella al quale appartieni?"**, solo il 48% dei responders ha risposto affermativamente. Il 52% dei partecipanti non è mai andato nella rete formativa; in questo sottogruppo, il 29% di essi non ha potuto accedervi nonostante una loro specifica richiesta al Direttore, che ha negato questa possibilità.

Emerge chiara la volontà universitaria di accentrare la formazione post-lauream autoproclamandosi unici erogatori di conoscenza, di fatto tagliando fuori strutture ospedaliere all'avanguardia.

- **Se hai frequentato una parte del tuo percorso formativo in un reparto ospedaliero, ritieni di aver raggiunto una migliore preparazione nel reparto ospedaliero o in quello universitario?"**, il 71% di chi ha avuto occasione di frequentare il reparto ospedaliero ritiene che sia stato formato meglio rispetto all'analogo universitario.

Questo dato è prova lampante che le strutture ospedaliere sono in grado di dare una formazione di massimo livello, spesso ben al di sopra dei reparti universitari, dando un'ulteriore conferma che la via maestra per risolvere i problemi del percorso di formazione post lauream è quella del doppio binario formativo che oltre a permettere a tutti i medici il raggiungimento del titolo di specialista, in associazione al percorso classico

(contratti finanziati dal MIUR), avrebbe una qualità almeno pari se non superiore rispetto a quello esclusivamente universitario.

- **Ti sei mai trovato nella condizione di fare attività clinico-assistenziali in autonomia espressamente vietate dal tuo contratto di formazione specialistica (PS in autonomia, attività di consulenza per altri reparti, prime visite specialistiche)?**", il 53% degli intervistati ha risposto affermativamente. Tale dato conferma che più di un medico in formazione su due svolge attività che dovrebbero essere svolte dal personale strutturato; tra questo sottogruppo, il 28% di essi si è opposto ma è stato obbligato dal suo superiore a svolgere comunque l'attività proibita.

- **La direttiva europea che prevede un periodo di riposo minimo giornaliero di 11 ore consecutive per ogni 24 ore lavorative, e un periodo di riposo settimanale minimo di 24 ore consecutive ogni 7 giorni, è purtroppo non rispettata per il 38% dei rispondenti, una percentuale molto alta che dovrebbe, invece, tendere allo zero.**

- **Preferiresti che le scuole di specializzazione fossero organizzate e gestite da...**", il 42% preferirebbe una gestione da parte del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale contro il 24% dell'Università, il 32% vorrebbe un coinvolgimento di un ipotetico nuovo ente al quale dovrebbero partecipare SSN, Università e Ordini dei Medici; il 12% preferirebbe una gestione da parte degli Ordini dei Medici.

Nelle risposte date alla domanda, emerge come sia necessaria una collaborazione stretta tra SSN e Università nella formazione post-lauream del medico.

- **Preferiresti che il contratto di formazione specialistica fosse...**", solo l'11% dei responders lo vorrebbe esattamente uguale a come è ora.

Emerge invece una precisa volontà di avere un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato per tutta la durata della specializzazione, con diritti e doveri al pari di un dipendente statale a tempo determinato: ben il 58% dei colleghi è d'accordo con questa tipologia contrattuale.

Probabilmente il contratto di formazione specialistica viene percepito come non tutelante dai colleghi, che chiedono un cambiamento epocale nella tipologia contrattuale.

- **Il 43% dei Colleghi è interessato a un'esperienza lavorativa all'estero, la maggior parte di essi la svolgerebbe alla fine del percorso formativo. Preoccupante appare il dato sulla percentuale dei Colleghi al quale viene negato di recarsi all'estero per la formazione: il 28%.**

L'Università dovrebbe concedere questo periodo a tutti i richiedenti, ma spesso fa comodo sfruttare "forza lavoro" a basso costo, impedendo ai giovani medici di formarsi in strutture estere.

- **Sei favorevole a una più facile possibilità di trasferimento di sede in caso di richiesta specifica dello specializzando?**" oltre 2 responders su 3 risponde affermativamente (67%). Il 28% ritiene che il trasferimento debba essere concesso solo per gravi e comprovati motivi, mentre solo il 5% ritiene che debba essere negato in ogni caso.

Il trasferimento tra atenei è diventato più richiesto a partire dalla trasformazione del concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione da locale a nazionale; molti colleghi, entrati in una sede lontana dalla loro residenza abituale, hanno dunque richiesto l'avvicinamento a una sede a loro più comoda logisticamente.

Sembra ormai che i tempi siano maturi per confrontarci ed adeguarci al sistema formativo che vige in molti paesi dell'unione europea che attribuiscono gran parte della formazione a quello che per noi rappresenta il SSN. In tale ottica, si inserisce il modello del "Teaching Hospital", modello integrato di insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza. Attraverso la reale integrazione formativa è possibile costruire professionisti di qualità, avendo le strutture ospedaliere numero di prestazioni e numero di formatori tali da assicurare quella componente formativa pratica che ad oggi le Università oberate di studenti e di medici in formazione, e scarse di formatori e di pazienti non sono in grado di assicurare da sole.

La soluzione del "Teaching Hospital" potrebbe anche aumentare la qualità formativa, oggi percepita come insufficiente, soprattutto per la formazione chirurgica, creando una sorta di competizione tra l'istituzione universitaria e quella ospedaliera, poiché è risaputo che dove non c'è monopolio, la qualità aumenta. Il case mix ospedaliero medio infatti risulta essere maggiore di quello universitario, così come il rapporto medici/posti letto, l'indice di turn-over e gli altri indicatori di efficacia e di efficienza di sistema; peraltro in diversi atenei non risulta attiva un'attività di pronto soccorso.

Il modello ideale sarebbe quello che prevede un'attività formativa, nell'ambito della quale il fulcro organizzativo sia spostato dalla gestione olistica universitaria a quello di un sistema di ricerca ampliato rispetto ai limiti oggi imposti con una vera "rete formativa". Ad oggi la rete formativa risulta essere applicata in modo eterogeneo, non organizzato e con vincoli organizzativi interni che by-passano le norme legislative.

Occorre invece prevedere una rotazione continua dei medici in formazione tra le strutture ospedaliere inserite nel percorso, attuando controlli più rigidi dell'operato del tutor, che deve dimostrare un'oggettiva e costante abilità formativa e controlli sulla qualità della formazione espressi rigorosi e puntuali, in cui il controllore non sia il controllato, sacrificando quella parte di formazione oggi dedicata al 'tronco comune' che appare essere, in molte realtà una mera ripetizione di lezioni universitarie teoriche.

Una rete dove le risorse assegnate e impiegate per l'assistenza, la didattica e la ricerca siano ben definite e trasparenti e valutate nei loro outcome con criteri che abbiano come unico obiettivo la qualità della formazione.

L'integrazione ospedale/territorio, ricercata dal legislatore in termini di erogazione delle cure, deve partire dal percorso formativo.

Il contratto di formazione attuale non è abbastanza garantista riguardo i diritti dei giovani medici, soprattutto per quel che riguarda il rispetto dell'orario di lavoro e i limiti all'autonomia lavorativa degli specializzandi, facendo sì che si trovino in condizioni critiche di possibile imperizia nello svolgere un'attività specialistica senza averne ancora le competenze sia teorico/pratiche che burocratiche. Sarebbe auspicabile una trasformazione del contratto di formazione specialistica attuale in contratto di formazione a tempo determinato, con gli stessi diritti dei medici dipendenti del SSN, occorre peraltro una modifica normativa, anche ai fini medico legali e di responsabilità professionale, di quella che viene oggi definita "progressiva autonomia" del medico in formazione espressa fufosamente nel Dgls 368/99.

APPENDICE - RIFLESSIONI RIGUARDANTI IL CANALE FORMATIVO ALTERNATIVO TEORIZZATO DALL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 28 FEBBRAIO 2018

Matteo d'Arienzo

Coordinatore Regionale ANAAO Giovani Emilia Romagna

Dario Amati

Coordinatore Regionale ANAAO Giovani Piemonte

Il 28 febbraio 2018, a pochi giorni dalla scadenza della XVII legislatura nazionale, è stato siglato l'"accordo preliminare in merito all'intesa prevista dall'articolo 116, terzo comma, della Costituzione", tra il Governo della Repubblica Italiana e le Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna.

All'articolo 2 dell'allegato "Salute", sono presenti numerose aperture riguardo a una maggiore autonomia delle Regioni riguardo la specializzazione dei medici.

Oltre alla possibilità di aumentare i contratti di formazione specialistica "classici", le Regioni potrebbero prevedere un "canale alternativo", ovvero assumere medici con contratto di formazione-lavoro a tempo determinato per tutta la durata della specializzazione. Tale proposta, già presente nell'articolo 22 del Patto per la Salute di qualche anno fa, era stata "accantonata" per vari motivi, tra i quali spiccava l'inquadramento contrattuale dei giovani medici nel comparto: una soluzione che, al solo sentirla, fa ancora rabbrivire.

Il testo dell'Accordo, così formulato, appare abbastanza sterile e generico, con tutta probabilità volutamente, in modo da avere più spazio di movimento al momento della fase legislativa regionale.

Tale Accordo, così come lo era l'art.22 del Patto per la Salute, potrebbe rappresentare una vera rivoluzione riguardo la formazione post-lauream dei medici, con importanti sequele "di sistema". Sancirebbe, di fatto, la fine del monopolio universitario sulla nostra formazione; inoltre avrebbe notevoli ripercussioni riguardo agli organici futuri, prevedendo, a lungo termine, la possibilità di avere più specialisti a disposizione soprattutto nelle discipline oggi arrancanti per carenza, come la pediatria, l'emergenza-urgenza, l'anestesia, l'ortopedia.

È chiaro che, come ANAAO ASSOMED, preferiremmo un sistema di formazione misto Università-SSN così come teorizzato e formulato almeno dal 2014 (primi anni in ambito universitario, ultimo anno/biennio con contratto di lavoro a tempo determinato nei teaching hospital). Ma questo accordo sembra contenere comunque un modo, seppur alternativo, di risoluzione al grave problema dell'accesso alla formazione post-lauream, quindi va considerato attentamente e analizzato.

Qualcosa di positivo sembra esserci, ma sembrano esserci anche numerose insidie che potrebbero far ancor più rabbrivire rispetto all'ormai superato Patto della Salute.

Proviamo a mettere qualche paletto.

Il primo punto fermo e imprescindibile: **i medici in formazione non devono mai essere sostitutivi del personale di ruolo, ma sempre aggiuntivi ad esso.** Se un'unità operativa dovesse rientrare nei canoni voluti dall'accreditamento per la formazione specialistica per adeguati volumi di attività ma non dovesse avere la pianta organica satura, semplicemente non potrà avere medici in formazione; questa è la regola dal quale nessuno potrà sottrarsi.

Il secondo punto, al quale non è ammessa replica: **il medico in formazione deve essere inquadrato nell'area della dirigenza medica, con la qualifica di "dirigente medico in formazione"**. Una volta ottenuta la specializzazione, potrà accedere ai ruoli del SSN tramite concorso pubblico.

Il terzo punto: **il numero di medici in formazione specialistica che accedono al "doppio canale" dovrà essere pari alla differenza tra fabbisogni specialistici espressi ogni 3 anni dalle Regioni e contratti stanziati dal MIUR"**.

Appare chiaro che il percorso deve prevedere aspetti di tipo formativo concordati con l'università per il principio di equivalenza dei titoli, ma potremo giudicare meglio solo quando verrà formalizzata una proposta più strutturata.

Sappiamo per certo che con i soli contratti di formazione specialistica del MIUR non è più possibile andare avanti. I nostri studi di programmazione parlano chiaro: in mancanza di un cambio di rotta, l'intero SSN è destinato a implodere per mancanza della figura cardine che lo rappresenta, ovvero il medico specialista. Le proposte per l'aumento dei contratti di formazione specialistica MIUR le abbiamo già fatte e le abbiamo

pubblicate ormai “in tutte le salse”. Se venissero rispettate le tre conditio sine qua non che abbiamo scritto in questo documento, la proposta del doppio canale diventerebbe davvero molto interessante. Attendiamo gli sviluppi dell’Intesa, ma lo scetticismo rimane.