

d!

d!rigenza medica

8 Condizioni di lavoro
Indagine Anao Assomed

13 Anao Giovani
Audizione al Senato sui test di ammissione a medicina

14 Dirigenza sanitaria
Terapia Genica Il nuovo paradigma di cura in Medicina

Il mensile dell'Anao Assomed



CCNL 2019-2021

Le novità,
gli aumenti
e gli arretrati

ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED

Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI
DEL PACCHETTO SICUREZZA
ANAAO ASSOMED



Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Adriano Benazzato
Simona Bonaccorso
Flavio Civitelli
Fabiana Faiella
Alessandro Grimaldi
Domenico Iscaro
Filippo Larussa
Giammaria Liuzzi
Giosafatte Pallotta
Chiara Rivetti
Elena Silvagni
Alberto Spanò
Emanuele Stramignoni
Anna Tomezzoli
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

Editore
SICS S.r.l.
Società Italiana di Comunicazione
Scientifica e Sanitaria
Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400
00131 Roma
Sede operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@sicseditore.it

Ufficio Commerciale
SICS - info@sicseditore.it
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

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

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

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2024

CCNL

2019

2021

PREMESSA

L'elaborazione e condivisione del nuovo Ccnl è stata il frutto di una contrattazione difficile e complessa.

In conseguenza delle non eccessive risorse, stanziare dal Governo per il rinnovo, e delle criticità lavorative sempre più crescenti per i Dirigenti del Ruolo Sanitario dipendenti, la nostra azione contrattuale è stata indirizzata soprattutto verso la parte normativa.

In considerazione di ciò abbiamo perseguito soprattutto i seguenti obiettivi:

Aumentare il più possibile su tutto il territorio nazionale la fruibilità delle disposizioni contrattuali.

Migliorare la normativa contrattuale al fine di renderla più adeguata alle peculiari specificità professionali della Dirigenza del Ruolo Sanitario.

Migliorare i criteri generali di organizzazione delle attività sanitarie al fine di incrementare le condizioni di sicurezza clinica e lavorativa.

Ridurre il più possibile le condizioni che determinano il forte «disagio lavorativo» esistente.

Ricreare condizioni di dinamica professionale che diano una aspettativa concreta di carriera.

ARGOMENTI

RELAZIONI SINDACALI

OBIETTIVI E STRUMENTI

(articolo 4 commi 2 e 4)

La sicurezza e il miglioramento delle condizioni di lavoro sono ricompresi tra gli obiettivi importanti da raggiungere mediante il sistema delle relazioni sindacali.

INFORMAZIONE

(articolo 5 commi 3 e 4)

Sono esplicitati in modo chiaro e analitico gli atti che devono essere oggetto al livello aziendale di informazione alle Organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL e fra questi quelli che devono essere oggetto di informazione preventiva.

CONFRONTO AZIENDALE

(articolo 6 commi 3 e 4)

Sono implementate le materie oggetto di Confronto Aziendale con le Organizzazioni sindacali firmatarie del Ccnl, fra cui in particolare:

- linee generali di indirizzo per l'adozione delle misure concernenti la salute e sicurezza sul lavoro
- anche con riferimento alle aggressioni sul lavoro;
- criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi;
- criteri generali per la definizione delle azioni finalizzate alla prevenzione e riduzione del rischio
- clinico della legge 24/2017;
- criteri generali per la definizione delle politiche e dei piani di formazione manageriale e formazione continua;
- criteri generali sulla programmazione dei servizi di pronta disponibilità e di guardia, fermo

a cura di
GIUSEPPE MONTANTE
Responsabile Nazionale politiche contrattuali
Anaao Assomed

Le novità normative del nuovo contratto di lavoro, gli aumenti economici e gli arretrati

- restando l'onere a carico del relativo fondo;
- con cadenza semestrale, gli andamenti occupazionali, i dati sui contratti a tempo determinato, i dati sulle assenze di personale di cui all'art. 93 bis.

Viene attribuito il potere alle Organizzazioni sindacali aziendali firmatarie del CCNL di attivare il Confronto Aziendale.

CONFRONTO REGIONALE

(articolo 7 commi 1, 2 e 6)

Sono implementate le materie oggetto di Confronto Regionale con le Organizzazioni sindacali firmatarie del Ccnl, fra cui in particolare:

- piano di ripartizione tra le aziende e gli enti del territorio regionale delle risorse di cui all'art. 1,
- co. 293 della legge 30/10/221, n. 234 e s. m. i.;
- i criteri generali sulla programmazione dei servizi emergenza e, in particolare, di pronta disponibilità e di guardia;
- criteri di scorporo o aggregazione dei fondi nei casi di modifica degli ambiti aziendali;
- criteri generali relativi ai processi di mobilità e riassegnazione del personale.

N:B: in sede di Confronto regionale fra i criteri generali di programmazione delle guardie devono essere decisi:

- il n. massimo di posti letto per ogni punto guardia divisionale o interdivisionale;
- i criteri a base della scelta dei reparti che dovranno essere serviti da quest'ultima.

Fra i criteri di programmazione delle Pronte disponibilità devono essere de-

cise le condizioni:

- a base dell'allocazione della Pronta Disponibilità integrativa o sostitutiva;
- di superamento della Pronta Disponibilità sostitutiva della guardia nei reparti con posti letto di degenza.

Viene introdotto l'obbligo di far diventare le materie di Confronto Regionale oggetto di Confronto Aziendale in assenza dell'attivazione del Confronto Regionale entro 90 gg. dall'entrata in vigore del Ccnl.

ORGANISMO PARITETICO PER L'INNOVAZIONE

(articolo 8 comma 2)

Sono implementati gli argomenti oggetto di relazioni aperte e collaborative, fra cui in particolare:

- progetti di organizzazione e innovazioni, anche tecnologiche;
- misure di prevenzione dello stress lavoro-correlato e di fenomeni di burn-out;
- eventuali protocolli sulla gestione delle assenze improvvise;
- eventuale esonerabilità dai turni notturni di pronta disponibilità e di guardia notturna del personale che abbia superato la soglia di 62 anni di età anagrafica.

CONTRATTAZIONE COLLETTIVA INTEGRATIVA: SOGGETTI E MATERIE

(articolo 9 comma 5)

Sono implementate le materie oggetto di Contrattazione integrativa aziendale, fra cui in particolare:

- l'eventuale integrazione del numero degli RLS, fino ad ulteriori due componenti, oltre il numero minimo indicato dal decreto legislativo 81/2008;
- l'eventuale elevazione dell'indennità di Pronto Soccorso, con onere a carico del Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro.

**CCNL
2019
2021**

RAPPORTO DI LAVORO

IL CONTRATTO INDIVIDUALE DI LAVORO

(articolo 15 commi 1 e 2)

Viene precisato che l'assunzione degli Specializzandi:

- rientra nel rapporto di lavoro a tempo determinato;
- deve essere sottoscritto un contratto individuale.

Viene espressamente precisato nei Contratti individuale il profilo professionale di appartenenza ed indicata l'Unità Operativa di assegnazione e Presidio Ospedaliero o Struttura Territoriale sede dell'ordinaria attività lavorativa.

PERIODO DI PROVA

(articolo 16 commi 9 e 11)

Sono introdotti i principi che il dirigente, in alcuni casi particolari espressi nel comma durante il periodo di prova ha diritto:

- alla conservazione del posto e, in caso di mancato superamento dello stesso;
- in caso di recesso, al reintegro, a domanda, nella U. O. di assegnazione e Presidio Ospedaliero o Struttura Territoriale sede dell'ordinaria attività lavorativa, disciplina, incarico e fascia di esclusività di provenienza.

È previsto l'esonero dal periodo di prova per scelta del Dirigente nei seguenti casi:

- vincitore di concorso pubblico nella medesima qualifica e disciplina presso altre Aziende o Enti del comparto, che abbia già superato il periodo di prova;
- abbia svolto periodi di rapporto di lavoro subordinato anche a tempo determinato, con o senza soluzione di continuità, almeno superiori a 12 mesi nella medesima qualifica e disciplina, presso la medesima Azienda o presso Aziende del Comparto o presso altra amministrazione pubblica;
- già assunti ai sensi dell'art. 86 e che abbiano svolto periodi di lavoro subordinato a tempo determinato con o senza soluzione di continuità almeno superiori a 12 mesi, nella medesima qualifica e disciplina.

Conseguenza dell'esonero è la cessazione del rapporto di lavoro originario senza l'osservanza dei termini di preavviso qualora l'Azienda lo consenta, ai sensi dei termini di preavviso.

IL SISTEMA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

TIPOLOGIE D'INCARICO

(articolo 22 commi 2 e 4)

Si afferma che a tutti i dirigenti, anche neo-assunti durante il periodo di prova deve essere conferito un incarico dirigenziale.

È prevista una tempistica ben precisa per iniziare e concludere il procedimento di valutazione e per il conferimento del nuovo incarico.

Vengono incrementati i limiti percentuali degli incarichi di Altissima Professionalità a valenza dipartimentale dal 3% al 5% e degli incarichi di Altissima Professionalità articolazione di struttura complessa o semplice dipartimentale o distrettuale dal 7% al 10% degli incarichi di natura professionale. Viene introdotto il principio che il numero complessivo degli incarichi di altissima professionalità devono essere distribuite fra le varie Uu.Oo. e Servizi in modo proporzionale all'organico necessario all'attività.

AFFIDAMENTO E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI DIVERSI DALLA DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA - CRITERI E PROCEDURE

(articolo 23 commi 1 e 2)

Si affermano i seguenti principi:

- A tutti i dirigenti deve essere attribuito un incarico.
- La graduazione delle posizioni deve essere finalizzata al pieno utilizzo del fondo degli incarichi;
- Il fondo per gli incarichi deve essere utilizzato per le finalità per cui è stato costituito;
- A tutti i dirigenti deve essere attribuita una retribuzione variabile aziendale, se vi è la disponibilità del fondo.

SOSTITUZIONI

(articolo 25 commi 3, 4 e 5)

Si affermano i seguenti principi:

- La sostituzione di un Direttore di Uoc può essere affidata ad un sostituto, individuato all'interno dell'Azienda con procedura selettiva, per 9 mesi prorogabili per altri 6 mesi. Dopo tale periodo, se l'assenza perdura, la sostituzione non può essere affidata al sostituto scaduto ma deve essere rifatta la procedura selettiva.
- In assenza di candidati idonei, la sostituzione può essere affidata ad altro Direttore di Uoc di specialità equipollente o affine per 9 mesi, rinnovabile per altri 9 mesi.
- L'indennità di sostituzione deve essere pari al 50% della retribuzione di posizione del dirigente sostituito



- ed a carico del medesimo fondo.
- L'indennità di sostituzione del Direttore di Dipartimento cessato è pari al 50% della retribuzione di posizione del dirigente sostituito ed è a carico del bilancio aziendale.
 - L'indennità di sostituzione per assenza prolungata del Direttore di Dipartimento è pari al 50% della retribuzione di posizione del dirigente sostituito ed è a carico del medesimo fondo.

ORARIO E ORGANIZZAZIONE DELLA PRESTAZIONE DI LAVORO

ORARIO DI LAVORO DEI DIRIGENTI (articolo 27 commi 1, 2, 3, 4 e 8)

Si affermano i seguenti principi:

- L'orario contrattuale è flessibile e funzionale al raggiungimento degli obiettivi di budget.
- Gli obiettivi di budget devono essere correlati alle risorse umane e strumentali presenti.
- A tutti i dirigenti devono essere attribuiti obiettivi premiati con la retribuzione di risultato che definiscono i volumi prestazionali richiesti e i relativi tempi di attesa.

Vengono definite chiaramente le seguenti tipologie di eccedenze all'orario

contrattuale, di loro remunerazione e/o di possibilità di recupero:

- Eventuale eccedenza oraria in conseguenza di obiettivi di risultato che è remunerata dal premio di risultato. Questa eventuale eccedenza si può rendere evidente durante il percorso per la realizzazione di obiettivi, ha comunque un limite di ore previsto dal Ccnl e non è recuperabile.
- Eventuale eccedenza oraria da urgenze cliniche. Questa, a discrezione del dirigente, è recuperabile o retribuibile come lavoro straordinario.
- Eventuale eccedenza oraria da piani di lavoro. Queste devono essere recuperate nell'anno di riferimento ovvero entro i primi sei mesi dell'anno successivo, compatibilmente alle condizioni

servizio. Qualora superato tale periodo restassero ancora ore, il recupero deve essere effettuato entro e non oltre i successivi 6 mesi, indipendentemente dalle esigenze di servizio.

- Impegno orario aggiuntivo a quello effettuabile per gli obiettivi di risultato, remunerabile in Libera Professione a favore dell'Azienda. Questo prevede la volontarietà ed è possibile solamente dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati.

Viene introdotto l'obbligo per il Responsabile dell'Uoc o del Servizio di predisporre con periodicità mensile un piano di lavoro che schematizza le at-

tività calendarizzate per il raggiungimento degli obiettivi e/o programmi da realizzare in conformità all'orario di lavoro settimanale.

SERVIZIO DI GUARDIA

(articolo 29 commi 1, 2 e 6)

L'organizzazione del servizio di guardia risponde ai seguenti principi:

- è organizzato normalmente su turni di 12 ore;
- turni di durata minore, comunque non inferiore a 6 ore, sono organizzabili la domenica e i giorni festivi infrasettimanali nella fascia oraria diurna
- può essere istituito per aree funzionali omogenee che insistono nello stesso presidio;
- devono riferirsi ad Unità operative/Servizi appartenenti ad aree con particolari affinità cliniche, tenendo conto delle omogenee competenze;
- nella loro previsione devono tener conto delle tipologie assistenziali minime esplicitate dall'allegato 1 al Ccnl;
- il dirigente non può essere preposto a più servizi di guardia contemporaneamente;
- sono programmabili per il singolo dirigente non più di 5 turni di guardia notturni, calcolati come media nei 4 mesi.

SERVIZIO DI PRONTA

DISPONIBILITÀ

(articolo 30 commi 3 e 6)

L'organizzazione del servizio di pronta disponibilità deve rispondere ai seguenti principi:

- La pronta disponibilità ha durata di dodici ore; essa può essere articolata in orari di minore durata, comunque non inferiori a quattro ore.
- Tendere alla garanzia di idonee condizioni di lavoro per i dirigenti organizzati su turni, anche attraverso un percorso di graduale superamento del servizio di pronta disponibilità sostitutiva,
- Nei servizi di anestesia e nelle U.O. di rianimazione e terapia intensiva è prevista esclusivamente la pronta disponibilità integrativa.
- Il servizio di pronta disponibilità è assicurato utilizzando solo i Dirigenti della stessa U.O. per la quale il servizio è istituito, garantendo le necessarie competenze specialistiche.
- Nei servizi ospedalieri il Dirigente non può essere posto in pronta disponibilità su più sedi della stessa unità operativa.
- Il dirigente non può essere preposto a più servizi di pronta disponibilità

CCNL
2019
2021

su più presidi ospedalieri contemporaneamente.

Possono essere emanate linee di indirizzo regionale che individuino le modalità per il graduale superamento della pronta disponibilità sostitutiva, allo scopo di garantire mediante turni di guardia una più ampia tutela assistenziale nelle aree di competenza. Sono stati introdotti inoltre i seguenti limiti invalicabili:

- Sono programmabili per il singolo dirigente non più di 10 turni di pronta disponibilità notturna, calcolati come media mensile nel quadrimestre.
- Sono programmabili, nel bimestre, non più di 12 servizi medi mensili complessivi intesi come somma dei servizi di guardia e servizi di pronta disponibilità e comunque nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs 66/2003.

LAVORO STRAORDINARIO
(articolo 31 commi 1 e 3)

Viene sancito che le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite solamente nei seguenti casi:

- per fronteggiare situazioni di lavoro eccezionali, importanti, urgenti e non differibili (urgenze cliniche);
- in seguito a chiamata in servizio in pronta disponibilità.

Vengono esplicitati i nuovi valori economici delle diverse tipologie di ore straordinarie.

FERIE E RECUPERO FESTIVITÀ
SOPPRESSE

(articolo 32 commi 4 e 6)

Si sanciscono i seguenti principi:

- si considerano nel computo dei periodi di servizio per il calcolo delle ferie i periodi lavorati presso una qualsiasi pubblica amministrazione, anche in qualifiche non dirigenziali, con o senza soluzione di continuità, anche a tempo determinato;
- le giornate di riposo non fruite non sono monetizzabili.

ASSENZE PREVISTE
DA PARTICOLARI DISPOSIZIONI
DI LEGGE

(articolo 35 commi 4 e 6)

Si può usufruire dei 3 giorni di assenza previsti dall'art. 33 della Legge 104/92, anche frazionati a ore, per un totale di 18 ore mensili.

CONGEDI PER DONNE VITTIME DI
VIOLENZA

(articolo 36 commi 7 e 9)

La dirigente vittima di violenza di genere:

- Può presentare domanda di trasferimento ad altra Unità Operativa/Servizio/Struttura della stessa Azienda

RETRIBUZIONE FONDAMENTALE ANNUA LORDA DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI

N. B.: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF. Valori in Euro

Tipologia di posizioni	Retrib. Tabel.	Inden. Specif. Med.	Retrib. Posiz. Fissa	Inden. Direz. U.O.C.	Inden. Esclusiv.	Inden. Direz. Dip.,	Totale
Diret. Dipart e U.O.C. Chirurgia	47.015	9.162	18.540	10.525	23.461	15.000 (minimo)	123.703
Diret. Dipart e U.O.C. Medicina	47.015	9.162	17.510	10.525	23.461	15.000 (minimo)	122.673
Diret. Dipart Territorio	47.015	9.162	16.480	10.525	23.461	15.000 (minimo)	121.641
Diret. U.O.C. Chirurgia	47.015	9.162	18.540	10.525	23.461		108.703
Diret. U.O.C. Medicina	47.015	9.162	17.510	10.525	23.461		107.673
Diret. U.O.C. Territorio	47.015	9.162	16.480	10.525	23.461		106.641
Dirig. U.O.S. o Alta Profess. Dip. > 15 anni	47.015	9.162	12.875	-----	17.599		86.651
Dirig. U.O.S. o Alta Profess. Dip. < 15 anni	47.015	9.162	12.875	-----	12.913		81.965
Dirig. U.O.S. o Alta Profess. U.O.C. > 15 anni	47.015	9.162	11.330	-----	17.599		85.106
Dirig. U.O.S. o Alta Profess. U.O.C. < 15 anni	47.015	9.162	11.330	-----	12.913		80.420
Dirig. Alta Specializ. > 15 anni	47.015	9.162	6.695	-----	17.599		80.471
Dirig. Alta Specializ. < 15 anni	47.015	9.162	6.695	-----	12.913		75.785
Dirig. equiparato Anz.tà > 15	47.015	9.162	5.665	-----	17.599		79.441
Dirig. equiparato Anz.tà > 5 < 15	47.015	9.162	5.665	-----	12.913		74.755
Dirig. di base Anz.tà < 5	47.015	9.162	1.620	----	3.199		60.996

RETRIBUZIONE FONDAMENTALE ANNUA LORDA DIRIGENTI SANITARI

N. B.: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF. Valori in Euro

Tipologia di posizioni	Retrib. Tabel.	Inden. Specif. Med.	Retrib. Posiz. Fissa	Inden. Direz. U.O.C.	Inden. Esclusiv.	Inden. Direz. Dip.,	Totale
Diret. Dipart Osped.	47.015	1.361	17.510	10.525	23.461	15.000 (minima)	114.872
Diret. Dipart Territorio	47.015	1.361	16.480	10.525	23.461	15.000 (minima)	113.842
Diret. U.O.C. Osped.	47.015	1.361	17.510	10.525	23.461		99.972
Diret. U.O.C. Territorio	47.015	1.361	16.480	10.525	23.461		98.842
Dirig. U.O.S. o Alta Profess. Dip. > 15 anni	47.015	1.361	12.875	-----	17.096		78.347
Dirig. U.O.S. o Alta Profess. Dip. < 15 anni	47.015	1.361	12.875	-----	7.346		68.597
Dirig. U.O.S. o Alta Profess. Di U.O.C. > 15 anni	47.015	1.361	11.330	-----	17.096		76.802
Dirig. U.O.S. o Alta Profess. U.O.C. < 15 anni	47.015	1.361	11.330	-----	7.346		67.052
Dirig. Alta Specializ. > 15 anni	47.015	1.361	6.695	-----	17.096		72.167
Dirig. Alta Specializ. < 15 anni	47.015	1.361	6.695	-----	7.346		62.417
Dirig. equiparato Anz.tà > 15	47.015	1.361	5.665	-----	17.096		71.137
Dirig. equiparato Anz.tà > 5 < 15	47.015	1.361	5.665	-----	7.346		61.287
Dirig. di base Anz.tà < 5	47.015	1.361	1.620	----	2.169		52.165



o ad altra amministrazione pubblica ubicata in una località diversa da quella in cui si è subita la violenza, previa comunicazione all'Azienda.

- Può, al termine del percorso di protezione e dopo il rientro al lavoro, chiedere di essere esonerata dai turni disagiati, per un periodo di un anno e/o rientrare nell'Azienda o Ente dove prestava originariamente la propria attività o all'Unità Operativa/Servizio/Struttura di provenienza.

FORMAZIONE

PRINCIPI GENERALI E FINALITÀ DELLA FORMAZIONE

(articolo 43 commi 2, 3 e 4)

Si sanciscono i seguenti principi per la formazione del dirigente:

- Svolge un ruolo primario nelle strategie di cambiamento dirette a conseguire una maggiore qualità ed efficacia dell'attività delle Aziende.
- Viene inserita al centro dei processi di pianificazione e programmazione delle aziende sanitarie e deve essere coordinata e integrata con gli obiettivi programmatici e strategici di performance dell'Azienda.
- Diventa la leva strategica per l'evoluzione professionale e per l'acquisizione e la condivisione degli obiettivi prioritari della modernizzazione e del cambiamento organizzativo.

Vengono esplicitati gli obiettivi delle attività di formazione.

PIANIFICAZIONE STRATEGICA DI CONOSCENZE E SAPERI (articolo 44 comma 2)

Le Aziende favoriscono la formazione finalizzata alla conoscenza dei:

- Rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.
- Rischio clinico e della sicurezza delle cure.

Le Aziende pianificano programmi finalizzati:

- All'adozione di nuove competenze per i dirigenti nell'ambito della disciplina di inquadramento al fine di incoraggiare i processi di sviluppo e trasformazione della Pubblica Amministrazione;
- Alla conoscenza del rischio lavorativo e delle misure da adottare per aumentare le condizioni di sicurezza.

ISTITUTI NORMO ECONOMICI

PATROCINIO LEGALE (articolo 56 comma 2)

Vengono esplicitate meglio le spese legali rimborsate dall'Azienda, sostenute dal Dirigente per la difesa con un legale da lui scelto ed approvato dalla stessa.

WELFARE INTEGRATIVO

(articolo 57 comma 1)

Vengono implementati i seguenti benefici di natura assistenziale e sociale che l'Azienda può concedere ai dipendenti in sede di contrattazione integrativa aziendale:

- iniziative di sostegno al reddito della famiglia (sussidi e rimborsi) ivi compresa l'eventuale contribuzione delle spese per l'attivazione di convenzioni per asili nido, ove non presenti in azienda;
- altre categorie di beni e servizi che, in base alle vigenti norme fiscali, non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente.

TRATTAMENTO ECONOMICO

RETRIBUZIONE E SUE DEFINIZIONI

(articolo 59 comma 2)

Vengono esplicitate le definizioni e gli addendi delle seguenti tipologie di retribuzione:

- retribuzione base mensile;
- retribuzione individuale mensile;
- retribuzione individuale mensile per particolari istituti;
- retribuzione globale di fatto annuale.

STRUTTURA DELLA RETRIBUZIONE

(articolo 60 comma 1)

L'indennità di specificità sanitaria viene introdotta nel trattamento fondamentale.

INDENNITÀ DI SPECIFICITÀ SANITARIA

(articolo 66 comma 1)

Viene istituita una specifica indennità fissa e ricorrente, da corrispondersi per tredici mensilità al fine del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte dalla dirigenza inquadrata nei profili del ruolo sanitario diversi dai profili di dirigente medico e veterinario.

Viene esplicitato il suo importo annuale.

FONDI AZIENDALI

FONDO PER LA RETRIBUZIONE DEGLI INCARICHI

(articolo 72 comma 1)

Viene sancito che tale fondo dovrà essere utilizzato per finanziare anche le indennità di sostituzione.

CCNL
2019
2021

FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO

(articolo 74 comma 5)

Viene introdotto il principio che la destinazione nel medesimo anno contabile delle eventuali risorse che annualmente a consuntivo risultassero ancora disponibili nel presente fondo, deve essere stabilita in sede di contrattazione integrativa.

RISORSE PREVISTE DA SPECIFICHE DISPOSIZIONI DI LEGGE

(articolo 75 commi 1, 2, 3 e 4)

Viene stabilito che:

- Le risorse previste da specifiche disposizioni di legge dovranno essere ripartite fra le Regioni in base ai rispettivi coefficienti percentuali di cui all'allegata tab. A.
- L'incremento della retribuzione accessoria a partire dal 1 gennaio 2022 (0,22% della massa salariale aziendale), previsto dall'art. 1 del comma 604 della Legge 124/2001, deve essere ripartito al livello aziendale fra il fondo per particolari condizioni di lavoro e il fondo di risultato, garantendo al primo almeno una quota del 50%.

INDENNITÀ DI PRONTO SOCCORSO

(articolo 79 comma 1)

Viene istituita una indennità di Pronto Soccorso per i dirigenti medici operanti in tali Servizi di un valore pari a 12 Euro per ogni turno di 12 ore di effettiva presenza in servizio.

Viene sancito che tale importo può essere incrementato in sede di contrattazione integrativa aziendale.

PARTICOLARI TIPOLOGIE DI RAPPORTO DI LAVORO

ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO AI SENSI DELLA LEGGE 145/2018

(articolo 86)

In tale articolo vengono normate contrattualmente le assunzioni a tempo determinato ed a orario di lavoro ridotto (32 ore settimanali) di medici specializzanti.

Viene sancito anche che:

- Le aziende sanitarie presso le quali gli specializzandi sono assunti ne garantiscono il tutoraggio, ai sensi del D. Lgs. 368/1999 e s.m.i. svolto rispettivamente dai dirigenti medici, medici veterinari e sanitari della struttura nominati dalla scuola, nel-

RETRIBUZIONE ACCESSORIA CON VALORE DEFINITO. DIRIGENTI RUOLO SANITARIO DIPENDENTI

Valori in Euro

INDENNITÀ ORARIA PER IL SERVIZIO DI GUARDIA (ART. 29) FINANZIATA DAL FONDO PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO (ART. 73).

N. B. 1: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

Turno di guardia di 12 ore notturno o diurno festivo (ad eccezione P. S.) 100

Turno di guardia di 12 ore notturno o diurno festivo in P. S. 120

N. B. 2: i valori di tali indennità possono essere incrementati in sede di contrattazione aziendale.

INDENNITÀ DI PRONTA DISPONIBILITÀ (ART. 30) FINANZIATA DAL FONDO PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO (ART. 73).

N. B. 1: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

Turno di P. D. di 12 ore notturno o diurno festivo 24

Turno di P. D. di 12 ore diurno feriale 26,4

N. B. 2: i valori di tali indennità possono essere incrementati in sede di contrattazione aziendale.

N. B. 3: il valore dei turni di durata inferiore a 12 ore (comunque non inferiore a 4 ore) deve essere rapportato proporzionalmente alla durata.

RETRIBUZIONE ORE LAVORO STRAORDINARIO (ART. 31) FINANZIATA DAL FONDO PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO (ART. 73).

N. B.: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

I nuovi valori economici delle diverse tipologie di ore straordinarie sono:

Lavoro straordinario diurno feriale 28,72

Lavoro straordinario notturno feriale e diurno festivo 32,33

Lavoro straordinario notturno festivo 37,14

INDENNITÀ ORARIA PER IL SERVIZIO NOTTURNO O FESTIVO (ART. 77) FINANZIATA DAL FONDO PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO (ART. 73).

N. B. 1: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

Per ogni ora di lavoro in orario notturno (dalle ore 22 alle ore 6) 2,74

Per ogni ora di lavoro nei gg. festivi in orario diurno (dalle ore 6 alle ore 22) 2,55

N. B. 2: il valore dell'indennità per ogni ora di lavoro festivo diurno può essere incrementato in sede di contrattazione aziendale.

INDENNITÀ MENSILE DI RISCHIO RADIOLOGICO (ART. 78) FINANZIATA DAL FONDO PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO (ART. 73).

N. B. 1: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

Ai Dirig. del Ruolo Sanitario a cui è riconosciuto il Rischio Radiologico spetta una indennità mensile per 12 mesi l'anno pari a 103,29

INDENNITÀ DI PRONTO SOCCORSO (ART. 79) FINANZIATA DAL FONDO PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO (ART. 73).

N. B. 1: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

Per ogni turno di lavoro di 12 ore in P. S. spetta l'indennità di 12

N. B. 2: il valore dell'indennità per ogni ora di lavoro festivo diurno può essere incrementato in sede di contrattazione aziendale.

N. B. 3: il valore dell'indennità per turni di durata inferiore a 12 ore deve essere rapportato proporzionalmente alla durata.

INDENNITÀ DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA (ART. 80) FINANZIATA DAL FONDO PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO (ART. 72)

N. B. 1: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

Il valore annuo di tale indennità 10.525,00

INDENNITÀ DI POLIZIA GIUDIZIARIA (ART. 81) FINANZIATA DAL FONDO PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO (ART. 73).

N. B. 1: al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

Il valore annuo di tale indennità 1.239,48

- le forme indicate dall'Università d'intesa con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture stesse.
- Il rapporto di lavoro di questi dirigenti è di tipo esclusivo:
 - Gli stessi non possono esercitare la libera professione intramuraria ad eccezione dell'acquisto di prestazioni di cui all'art. 89, commi da 2 a 6 (Tipologie di attività libero professionale intramuraria).
 - Gli stessi possono ricoprire, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato al lavoro e alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nei limiti di quanto previsto dall'art. 12 del D.L. 34/2023.

LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA DEI DIRIGENTI (articolo 88 comma 5)

Viene ridefinito il limite alla attività di libera professione intramuraria che non può pertanto superare in alcun caso i volumi di attività istituzionale e l'esercizio della stessa è modulato in conformità alle linee d'indirizzo regionale elaborate dal Confronto regionale.

TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (articolo 89 commi 3 e 6)

- Viene ridefinito:
- il limite minimo e massimo della tariffa oraria della Libera Professione in favore dell'Azienda.
 - La tariffa per ogni turno notturno di guardia in Libera Professione Aziendale.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 SERVIZI DI GUARDIA
Viene introdotta una revisione dell'Allegato 2 del Ccnl 1998-2001 in merito al Servizio di Guardia al fine di adeguare gli indirizzi in esso contenuti alle disposizioni presenti nel Dm 70/2015 e contribuire così al processo di omogenizzazione dei requisiti minimi di assistenza sanitaria e di sicurezza clinica.

ARRETRATI AL 31 DICEMBRE 2023
Nel fare tale studio sono stati calcolati gli arretrati maturati al 31 dicembre 2023 dal Ccnl 2019-2021 al netto dell'Indennità di vacanza contrattuale. Tali arretrati sono calcolati tenendo conto delle diverse posizioni funzionali tipo previste dal Ccnl e sono al lordo degli Oneri Previdenziali evidenti in busta paga (circa 11.1% circa del totale) e dell'Irpef nazionale, regionale e comunale.
L'Irpef nazionale, regionale e comunale che sarà applicata per gli anni dal 2019 al 2022 non sarà quella marginale, bensì la media dell'Irpef media applicata in ciascuno degli negli ultimi 3 anni fiscali. Per il 2023 sarà invece applicata quella marginale.

DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI ARRETRATI VOCI RETRIBUTIVE VARIE

Valori in Euro

I valori degli arretrati di seguito riportati sono al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'Irpef Nazionale, Regionale e Comunale. La % di Irpef Nazionale da applicare su questi arretrati è la media di quelle medie degli ultimi 2 anni.

Retribuzione tabellare	8.021
Indennità di Specificità	1.372
Una tantum	1.430
TOTALE PARZIALE TEORICO	10.823

N. B: A questo totale parziale deve essere sottratta l'anticipazione dell'Indennità di Vacanza Contrattuale CCNL 2019-2021 pari a 1.393,24 €, retribuita in busta paga da aprile 2019 a dicembre 2023

TOTALE PARZIALE REALE	9.430
------------------------------	--------------

ARRETRATI RETRIBUZIONE POSIZIONE FUNZIONALE

Direttore U. O. C. Area Chirurgica	1.080
Direttore U. O. C. Area Medica	1.020
Direttore U. O. C. Area Medica	960
Responsabile di struttura semplice dipartimentale	750
Responsabile di struttura semplice articolaz. interna U. O. C.	660
Altissima Profess. dipartimentale	750
Altissima Profess. articolaz interna U. O. C.	660
Alta Specializzazione	390
Incarico Profess. > 5 anni	330
Incarico Profess. iniziale (> 5 anni)	240

DIRIGENTI SANITARI ARRETRATI VOCI RETRIBUTIVE VARIE

Valori in Euro

I valori degli arretrati di seguito riportati sono al lordo degli oneri previdenziali evidenti in busta paga e dell'Irpef. La % di Irpef Nazionale da applicare su questi arretrati è la media di quelle medie degli ultimi 2 anni.

Retribuzione tabellare	8.021
Indennità di Specificità Sanitaria	2.763
Una tantum	1.430
TOTALE PARZIALE TEORICO	12.214

N. B: A questo totale parziale devono essere sottratte le seguenti 2 anticipazioni:
- L'Indennità di Vacanza Contrattuale 2019-2021 pari a 1.393 €, retribuita da aprile 2019 a dicembre 2023;
- Il trasferimento di 1.252 € pro capite per ciascun Dirigente Sanitario dal fondo di risultato al fondo per la retribuzione degli incarichi per finanziare in parte la nuova Indennità di Specificità Sanitaria.

TOTALE PARZIALE REALE	9.569
------------------------------	--------------

ARRETRATI RETRIBUZIONE POSIZIONE FUNZIONALE

Direttore U. O. C. Dirigenza Sanitaria Area Medica	1.020
Direttore U. O. C. Dirigenza Sanitaria Area Territorio	960
Responsabile di struttura semplice dipartimentale	750
Responsabile di struttura semplice articolaz. interna U. O. C.	660
Altissima Profess. dipartimentale	750
Altissima Profess. articolaz interna U. O. C.	660
Alta Specializzazione	390
Incarico Profess. > 5 anni	330
Incarico Profess. iniziale (> 5 anni)	240

ARRETRATI COMPLESSIVI VOCI RETRIBUTIVE

Direttore U. O. C. Area Chirurgica	10.510
Direttore U. O. C. Area Medica	10.450
Direttore U. O. C. Area Medica	10.390
Responsabile di struttura semplice dipartimentale	10.180
Responsabile di struttura semplice articolaz interna U. O. C.	10.090
Altissima Profess. dipartimentale	10.180
Altissima Profess. articolaz interna U. O. C.	10.090
Alta Specializzazione	9.820
Incarico Profess. > 5 anni	9.760
Incarico Profess. iniziale (< 5 anni)	9.670

ARRETRATI COMPLESSIVI VOCI RETRIBUTIVE

Direttore U. O. C. Dirigenza Sanitaria Area Medica	10.589
Direttore U. O. C. Dirigenza Sanitaria Area Territorio	10.550
Responsabile di struttura semplice dipartimentale	10.340
Responsabile di struttura semplice articolaz interna U. O. C.	10.250
Altissima Profess. dipartimentale	10.340
Altissima Profess. articolaz interna U. O. C.	10.250
Alta Specializzazione	9.980
Incarico Profess. > 5 anni	9.920
Incarico Profess. iniziale (< 5 anni)	9.830

Il lavoro in corsia è peggiorato negli ultimi 10 anni. Il 72% dei camici bianchi vuole abbandonare il Ssn

Indagine Anaaao Assomed

Finalità della Survey

Il Centro studi di Anaaao Assomed presenta i risultati della terza Survey sulle problematiche connesse alle condizioni di lavoro tra i medici operanti nella sanità pubblica. Questa nuova Survey nasce nove anni dopo l'ultima sulla stessa tematica. Nonostante la Pandemia da Covid 19, le risorse destinate al Ssn sono in calo ed i carichi di lavoro in costante aumento, sia per la "gobba pensionistica" che per la fuga di molti professionisti

della sanità pubblica verso il privato o il settore convenzionato, in costanza di un tetto alla spesa del personale inchiodato al 2004. Negli ultimi anni, ogni medico ha visto crescere in modo esponenziale la "quantità" e "l'intensità" della propria attività lavorativa, spesso a discapito della qualità del servizio erogato e della sua vita personale. La survey si propone di indagare il disagio e le difficoltà vissute quotidianamente dai

medici, sia in termini psicologici che fisici, al fine di proporre al tavolo contrattuale, e non solo, i correttivi necessari per aumentare le tutele per il loro lavoro e per i loro pazienti.

Modalità di campionamento e caratteristiche del campione intervistato

La Survey ha coperto l'intero territorio nazionale. La popolazione è stata suddivisa seguendo la classificazione abitualmente adottata dall'Istat, ovvero Centro (Umbria,

Toscana, Lazio e Marche) meridione (Molise, Puglia, Calabria, Basilicata, Abruzzo e Campania) Isole (Sardegna e Sicilia), nord le restanti regioni. Esattamente come per le precedenti è stata diffusa attraverso social network come Facebook e Twitter, linkando la stessa in gruppi di medici afferenti a diverse specialità, attraverso email prevalentemente aziendali di medici e newsletter su testate mediche specializzate e sul sito Anaaao Assomed.

Come primo dato va rilevato che la fascia 31-40 anni è in netto aumento rispetto alla precedente Survey del 2014. Tuttavia l'età media dei medici del sistema sanitario nazionale è ancora tra le più alte in Europa (51,3 anni, Rapporto Censis Dicembre 2022).

Le regioni più rappresentate sono Piemonte (15,9%), Veneto (15,0%), Emilia Romagna (14,0%) e Lombardia (11,1%), come nella precedente Survey (grafico 2).

Per quanto riguarda la sede di lavoro, il 53,9% (n. 597) lavora in un Ospedale HUB, il 31,8% (n. 352) in uno Spoke, il 6,9% (n. 76) presso un Servizio Ambulatoriale e 7,4% (n. 82) in un IRCSS pubblico (grafico 3).

In linea con l'età anagrafica dei *responders*, il 21,7% è stato assunto da meno di 5 anni, il 26,3% da 5-15 anni, il 28% da 15-25 anni ed il 24,0% da oltre 25 anni. In merito all'area di lavoro, 8,8% lavora in Pronto Soccorso, il 49,4% in area medica, il 20,1% in area chirurgica, il 16,1% nei Servizi (microbiologia, anatomia patologica, radiologia etc), il 3,4% in Anestesia e Rianimazione ed il

ANDREA ROSSI, FABIO RAGAZZO, CHIARA RIVETTI, MATTEO D'ARIENZO, PAOLA GNERRE, PIERINO DI SILVERIO*, CARLO PALERMO**, COSTANTINO TROISE***

*Segretario Nazionale Anaaao Assomed

**Presidente Nazionale Anaaao Assomed

***Responsabile Centro Studi e Formazione Anaaao Assomed

2,1% in Direzione Medica.

Come indicatori del carico di lavoro sono stati considerati il numero di pazienti seguiti mediamente dal singolo medico, con risultati sostanzialmente sovrapponibili a quanto rilevato nella Survey precedente: il 26,1% riferisce di visitare un numero di pazienti tra 0 e 6 e il 28,1% da 7 ad 11 (come il 54% dei *responders* della Survey precedente). Il 23,2% riferisce di visitarne tra 12 e 16, il 9,7% tra 17 e 22 e il 12,9% oltre i 22 pazienti (grafico 4).

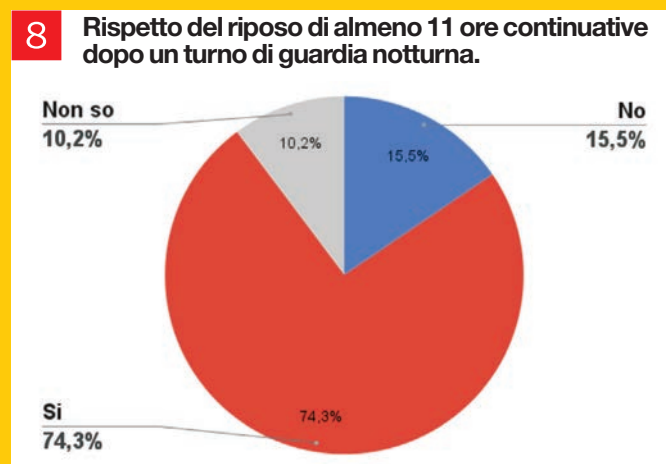
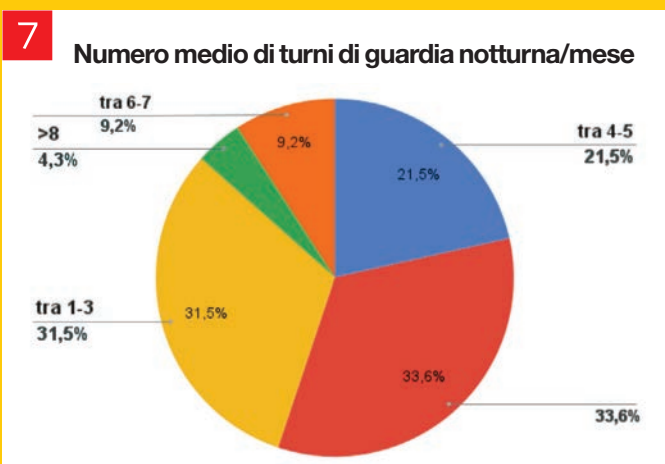
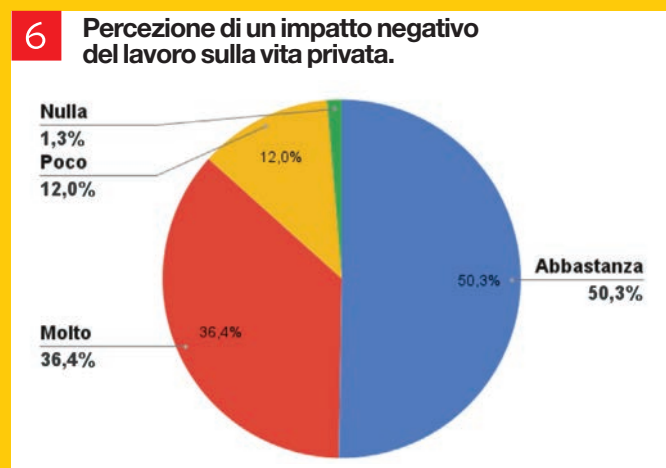
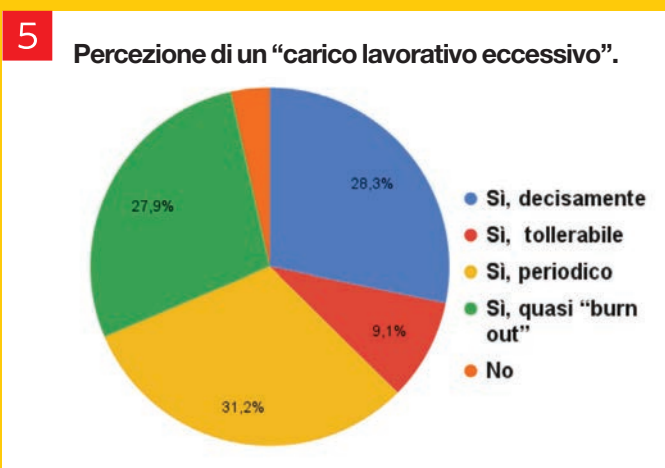
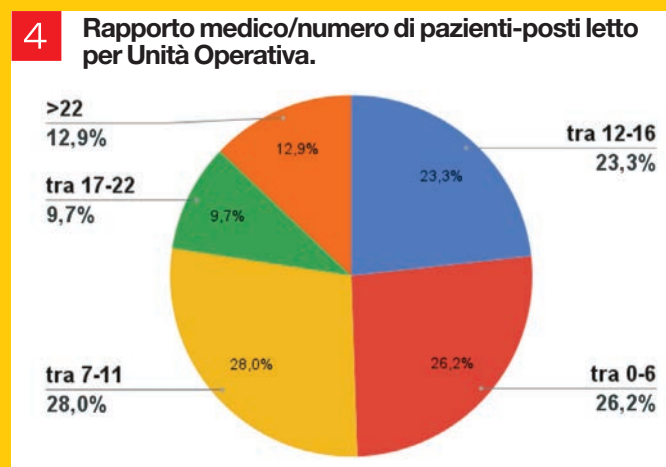
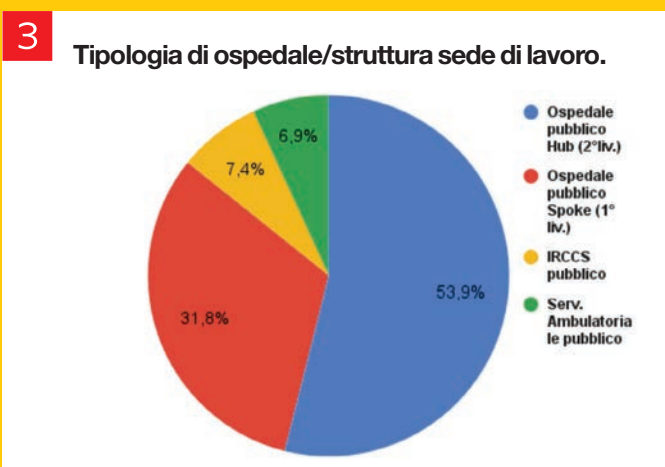
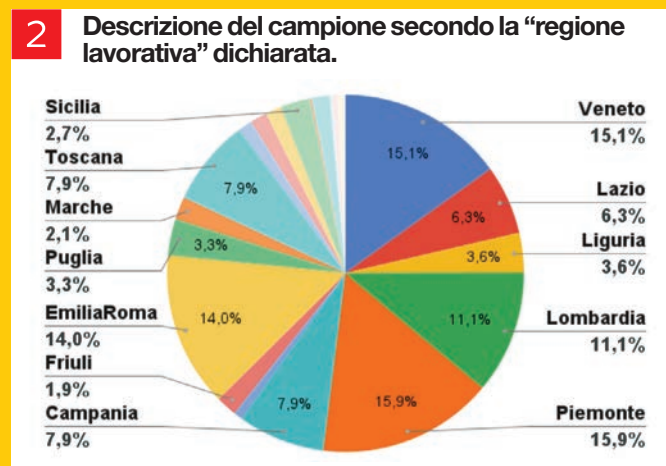
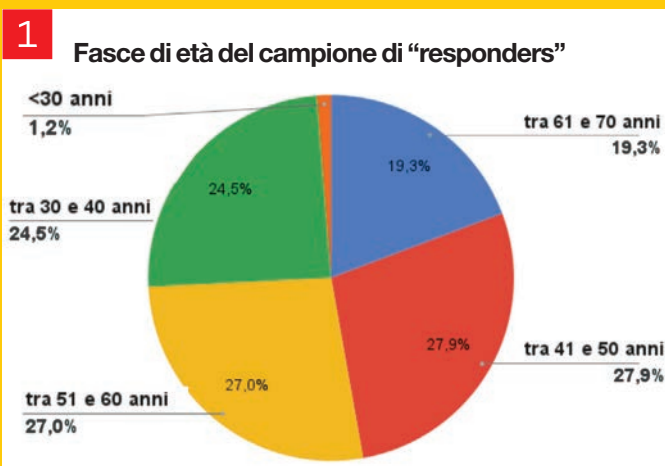
Coerentemente con questi dati, il 96,5% del nostro campione reputa di essere sottoposto a un eccessivo carico lavorativo, dato in peggioramento rispetto al 91,9% della Survey precedente del 2014. Preoccupa il fatto che oltre il 56% degli intervistati ritenga di essere

sottoposto a un carico decisamente elevato tanto da essere vicino al "burn out" (27,9%, grafico 5)

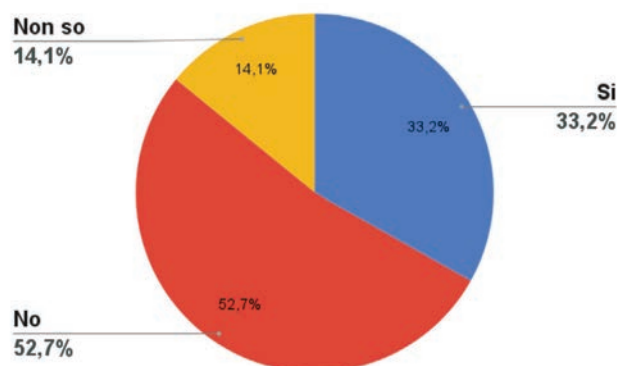
Rispetto ai dati del 2014, in cui per il 73,6% dei *responders* da almeno 2 anni non veniva assunto alcun medico nella propria Unità Operativa, solo il 22,4% dei *responders* di oggi dichiarano che non sia stato assunto un medico da oltre 3 anni nella propria Unità Operativa. Tale risultato è, probabilmente, frutto delle disposizioni del Decreto Calabria e delle modifiche legislative promosse durante il periodo della Pandemia Covid 19.

La percentuale di *responders* che ritiene che la propria vita privata sia negativamente condizionata dall'attività lavorativa o, addirittura di non riuscire ad avere una vita personale soddisfacente, è circa dell'87% (grafico 6), in netto aumento rispetto al dato del 2014 in cui tale percentuale raggiungeva l'80%.

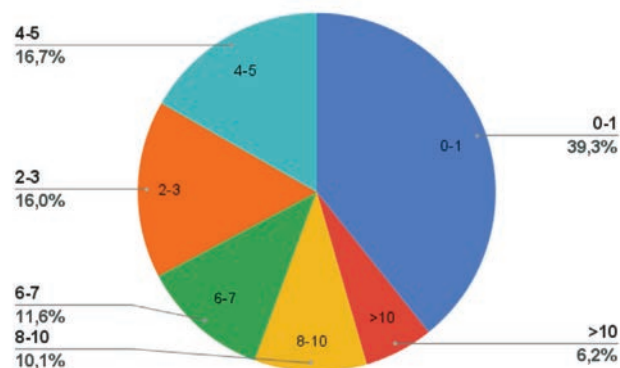
Alla domanda "In che modo ti condiziona?", il 64,5% risponde "Soprattutto nel rapporto con partner/figli", il 59,4% "Soprattutto nella possibilità di



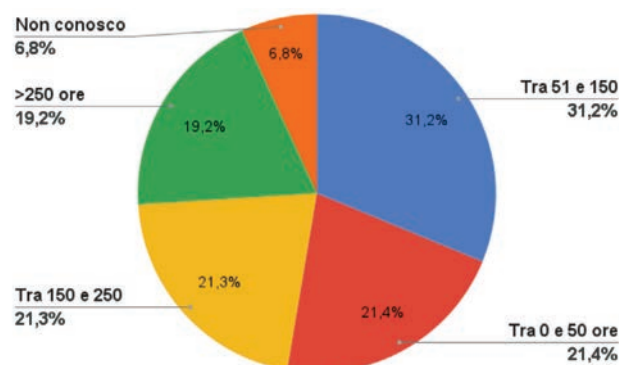
9 Rispetto del recupero del giorno festivo non usufruito per reperibilità attiva/passiva.



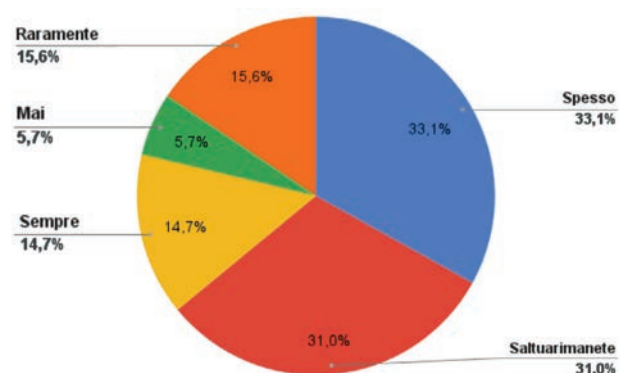
10 Numero di turni di reperibilità (notturna e festiva) per mese.



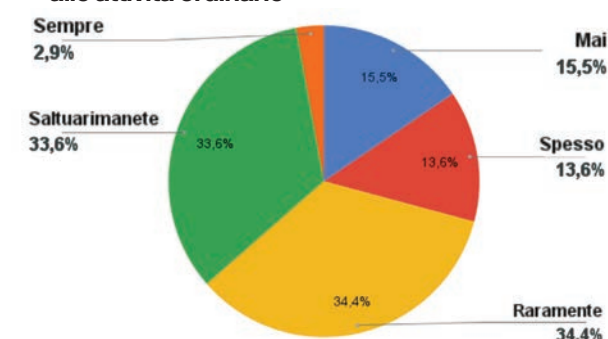
11 Monte orario eccedente il debito contrattuale effettuato nel 2022.



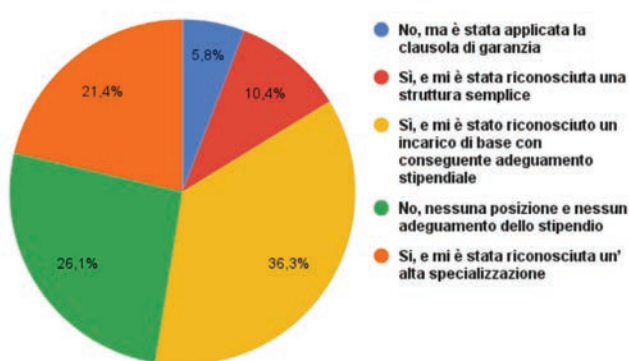
12 Possibilità di usufruire dei giorni di riposo previsti



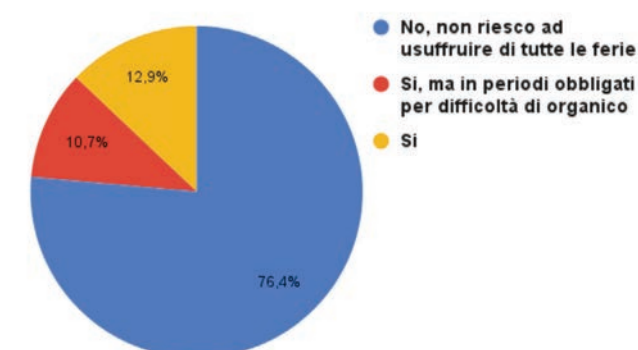
13 Utilizzo delle ore dedicate all'aggiornamento per partecipare a corsi/congressi o per ricerca scientifica, in relazione alla dotazione organica e alle attività ordinarie



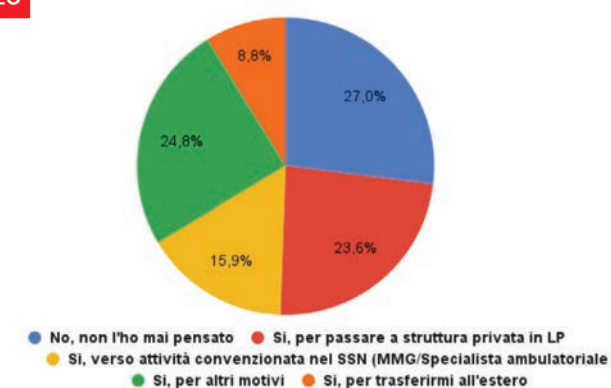
14 Riconoscimento di incarichi e posizioni.



15 Fruizione di tutti i giorni di ferie previsti in un anno solare.



16 Ipotesi di lasciare la propria posizione lavorativa.



coltivare i propri hobbies”, il 25,6% “Soprattutto nella possibilità di viaggiare” e il 33% “Soprattutto nella possibilità di praticare sport”. Solo il 2,2% ha risposto “Non mi condiziona”.

Per quanto riguarda i **turni di lavoro notturno**, il 31,5% degli intervistati effettua da 1 a 3 turni mensili, il 21,4% da 4 a 5 turni, il 9,1% tra 6 e 7, e il 4,3% più di 8 turni (**grafico 7**). Dati sostanzialmente simili a quelli della Survey 2015, indice che la nuova iniezione di medici avvenuta durante la Pandemia ha solo mantenuto la situazione quo ante senza migliorarla dal punto di vista del disagio legato ai turni notturni. I Collegli assunti con Decreto Calabria possono non aver raggiunto, nella gran parte delle scuole di Specialità, un livello di autonomia tale da permettere di svolgere guardie notturne rimanendo esclusi da questo tipo di turnazioni.

A distanza di nove anni migliora la percentuale dei Collegli che riferiscono che nel loro reparto/servizio è garantito il riposo di almeno 11 ore continuative dopo il turno di guardia notturno, assestata sul 74,3% (**grafico 8**). Persiste un 15,4% che riferisce di non godere di riposo compensativo, in calo rispetto al 33% della Survey 2014, espressione di un maggiore recepimento della legge n. 161 del 30 ottobre 2014 che sancisce per il medico il diritto a undici ore di riposo consecutivo dopo un turno di lavoro.

Il 53% dei responders ha dichiarato che non viene garantito il recupero del giorno festivo non usufruito per reperibilità attiva/passiva, mentre il 33% ha risposto affermativamente e una quota del 14,1% non so (**grafico 9**).

Il 43% dei responders riferisce di coprire mensilmente 2/3 turni di guardia attiva nei week-end e ben il 17% ne copre 4/5, il che significa che lavora oltre due week-end interi al mese. Infine, ben il 5% lavora dai 6 ai 7 turni festivi ogni mese.

L'eccessivo carico di lavoro è bene evidenziato anche dal numero di reperibilità mensili effettuate: fino a 10 per il 10%, fino a 7 per un altro 12%. Ma il dato preoccupante è che nel 6% dei casi viene violata la normativa contrattuale, perché vengono attribuite oltre 10 reperibilità al mese, quando il limite, ancora più stringente con il nuovo CCNL, è proprio di 10 (**grafico 10**).

Ben il 19% dei responders lavora oltre 250 ore in più ogni anno: in questi casi l'Azienda viola la normativa europea sull'orario di lavoro e può essere denunciata alla procura del lavoro. Merita inoltre sottolineare che lavorare 250 ore in più in un anno, oltre ad essere illegittimo, equivale a non avere il

“

Il 43% dei responders riferisce di coprire mensilmente 2/3 turni di guardia attiva nei week-end e ben il 17% ne copre 4/5, il che significa che lavora oltre due week-end interi al mese



diritto alle ferie. Il 21% riferisce invece di lavorare tra le 150 e 250 oltre il proprio orario contrattuale e il 31% fino a 150 (**grafico 11**).

Rispetto al sondaggio del 2014 la percentuale di medici che dichiara un numero di ore eccedenti il debito contrattuale compreso tra le 150 e le 250, è rimasta invariata intorno al 40%. Contemporaneamente è aumentato il numero di Collegli che dichiarano di lavorare fino a 150 ore in più, circa il 60%.

Solo nel 2% dei casi queste ore eccedenti sono remunerate e solo il 20% riesce a recuperarle senza difficoltà. In sostanza, nel 36% dei casi i medici “regalano” una parte del proprio lavoro alle aziende, perché tutte le ore in più non sono né remunerate né recuperate con le necessarie ore di riposo compensative. Il lavoro eccedente non remunerato demotiva fortemente il lavoratore, e disincentiva le aziende ad assumere (perché dovrebbero, se il lavoro da pagare a un neoassunto viene svolto volontariamente da altri?)

In questo quadro di sovraccarico di lavoro, i medici non solo fanno ore lavorative eccedenti quanto previsto contrattualmente, ma non riescono neanche a usufruire adeguatamente delle ferie. Infatti, ben il 31% dichiara di riuscire saltuariamente a usufruire dei giorni previsti, il 16% lo fa raramente e addirittura il 5% mai (**grafico 12**).

A questo si aggiunge la difficoltà a utilizzare le 3,5 ore settimanali previ-

Il sondaggio chiude con la richiesta di suggerimenti per migliorare la sanità:

Dal punto di vista economico:

Una retribuzione differenziata per le varie specializzazioni (in particolare le specializzazioni con attività prevalentemente ospedaliera e turni di guardia festivi e feriali andrebbero maggiormente remunerate)
Un incremento dei salari con adeguamento alla media europea

Dal punto di vista organizzativo:

Viene richiesta la riduzione dell'eccessiva burocrazia,
Un adeguamento dei carichi di lavoro con il rispetto dell'orario di lavoro e l'aumento dell'opportunità di carriera, la sostituzione della maternità e la flessibilità oraria.
Un aumento dei posti letto ospedalieri

Dal punto di vista strategico:

L'eliminazione della nomina politica dei DG
Una migliore collaborazione tra dirigenza e middle management a livello ospedaliero
Un miglioramento dei percorsi assistenziali ospedale-territorio con la riorganizzazione dei servizi territoriali.

ste per l'aggiornamento professionale: il 15% non usufruisce mai di queste ore, il 34% lo fa raramente, un altro 34% saltuariamente. Solo il 3% dei collegli dichiara di riuscire ad aggiornarsi come normato contrattualmente (**grafico 13**).

Nella Survey attuale, sono state inserite alcune domande alla luce dei nuovi scenari del lavoro medico successivi alla Pandemia e alle carenze degli organici legate all'errata programmazione degli specialisti degli ultimi 15 anni. Le carenze di organico non impongono solo un eccessivo carico di lavoro ai dirigenti dipendenti, ma spesso sono

Segue a pagina 16

Test medicina

Domande su materie mediche, no ad abolizione numero chiuso.

L'audizione di Anaao al Senato

L'Intervento integrale di Giammaria Liuzzi, Responsabile Anaao Giovani nel corso dell'audizione in sede di Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari della VII Commissione del Senato.

“A tale bibliografia nota è opportuno associare un corso pubblico online organizzato dal Ministero dell'Università per meglio sostenere gli aspiranti medici e soprattutto è opportuno impreziosire e far tesoro del cosiddetto 'liceo biomedico', con progetti-pilota già in corso da tempo e con risultati preliminari molto incoraggianti sull'individuazione 'del reale merito e motivazione' degli aspiranti medici e sanitari”



GIAMMARIA LIUZZI
Responsabile
Anaao Giovani

“I quattro disegni di legge recentemente presentati e assegnati a codesta Commissione (AS 915, AS 916, AS 942 e AS 980) rappresentano l'apice di un momento storico, ormai pluriennale, in cui il mondo politico intende riformare l'accesso programmato alla Facoltà di Medicina. Da numerosi recenti sondaggi, si apprende che una delle maggiori “paure” degli italiani sia la incertezza di poter accedere all'erogazione delle cure del Servizio Sanitario Nazionale; da ciò deriva l'errata asserzione che la causa di liste d'attesa sempre più lunghe e di ospedali pubblici sempre più congestionati siano dovute ad un numero insufficiente di medici e non ad un inadeguato finanziamento della sanità pubblica.

L'abolizione del numero programmato alla facoltà di Medicina rappresenta una soluzione scorretta all'errata asserzione che mancano i medici: in Italia medici non mancano, mancano alcuni specialisti di quelle branche prettamente ospedaliere, prima tra tutti l'emergen-

za – urgenza, divenute sempre meno trattative a causa del sovraccarico del sistema ospedaliero italiano negli oltre due anni di pandemia Covid e in questi mesi di post – pandemia. Volendo estremizzare il concetto, il vedersi prenotare una TAC dopo molti mesi non è dovuto alla mancanza di specialisti radiologi bensì ad un cronico de-finanziamento della sanità pubblica.

In un contesto congiunturale macroeconomico in cui la spesa pubblica viene calmierata in base agli effettivi obiettivi e visioni politiche, ed a fronte dell'oggettivo carico formativo delle Università italiane in termini di infrastrutture ed aule e soprattutto a fronte della cartesiana conclusione che uno studente che inizia il percorso di studi oggi sarà uno specialista tra circa undici anni, non si ritiene non solo auspicabile ma nemmeno praticabile, l'abolizione completa del numero programmato alla facoltà di medicina, e tale eventualità d'altronde non è contenuta tra le finalità dei disegni di legge sui quali



ci stiamo confrontando.

Gli Onorevoli Senatori firmatari dell'AS 915 individuano come finalità, “la necessità di trovare un sistema che, dato per scontato il numero programmato, riesca davvero a premiare i più bravi e i più motivati e che, allo stesso tempo, non metta in difficoltà coloro i quali non riescono a superare il test”. Sono dello stesso tenore gli Onorevoli Senatori firmatari dell'AS 942, poiché tra le finalità si legge che “Si intende riscrivere le regole per l'accesso alla facoltà di medicina, costruendo un sistema basato sul principio che tutti i ragazzi debbano avere il diritto di confrontarsi alla pari e di essere giudicati sul reale merito e sulle loro motivazioni, sulla base di strumenti che consentano in modo efficace di adottare modalità di selezione tali da far emergere le reali capacità degli studenti e la loro attitudine e predisposizione ad intraprendere il corso di studi di medicina e chirurgia”.

Non si può non essere in accordo davanti a tali finalità, e non si può che ringraziare gli Onorevoli Senatori per questa audizione che ci auguriamo sia l'inizio di un articolato e costruttivo confronto dove non governi la contrapposizione ideologica bensì la reale volontà di collaborazione.

Pertanto, davanti alle sopracitate finalità e considerato che tutti i disegni di legge prevedono dei decreti attuativi successivi, si ritiene opportuno illustrare brevemente i seguenti principi per Anaao imprescindibili.



In particolare:

- 1 **Non può esserci** alcuna difesa granitica sull'attuale impianto di selezione, considerato la mole di ricorsi vinti da parte di numerosi studi legali ormai iper-specializzati con introiti milionari e considerando la recente sentenza del TAR Lazio (sentenza n. 863 del 17 gennaio 2024) che ha irreversibilmente archiviato l'impianto di selezione TOLC.
- 2 **Non si può non considerare** una reale programmazione dell'entità di medici da formare, soprattutto dopo la recente sentenza del TAR Lazio che ha dichiarato, *"il numero dei posti banditi nell'ambito della programmazione degli accessi ai corsi di laurea per cui è causa sarebbe frutto di un'istruttoria carente e approssimativa da parte del Ministero dell'Università"*.
- 3 **Non si può ipotizzare** un sistema in cui l'aspirante studente di medicina ha l'illusione di essere iscritto alla facoltà di medicina poiché egli è costretto per un semestre a seguire lezioni in attesa di sostenere un test d'ingresso che viene non abolito ma solo procrastinato.
- 4 **Non si può ipotizzare** che davanti a tale sistema l'eventuale voto degli esami svolti possano avere un peso, insieme al test d'ingresso, per l'effettiva iscrizione alla facoltà di medicina poiché si potrebbero venire a creare numerose differenze di voto in base alle conoscenze dei profes-

sori esaminatori con i giovani allievi, creando uno scandalo molto più grave rispetto a quello delle domande TOLC e la percezione di centinaia di migliaia di famiglie che si è riusciti a peggiorare il sistema.

- 5 **Non si può ipotizzare** che il test d'ingresso avvenga mediante la somministrazione di domande che vengono sorteggiate da un database noto e liberamente consultabile poiché esso è l'antitesi delle finalità sovraespresse di "adottare modalità di selezione tali da far emergere le reali capacità degli studenti e la loro attitudine e predisposizione ad intraprendere il corso di studi di medicina e chirurgia" poiché lo studente sarà costretto a utilizzare il semestre prima del test non a frequentare i corsi e sostenere gli esami ma svolgere un mero esercizio mnemonico che fa assomigliare il giovane studente ad una intelligenza artificiale.
- 6 **Non si può, infine, ipotizzare** di far svolgere le lezioni di questo semestre quasi totalmente online poiché la maggioranza assoluta delle materie del primo anno di medicina come Anatomia Umana, Citologia Umana ed Istologia Umana non possono non essere comprese senza la frequenza di laboratori specializzati al fine di avere uno standard eccellenze per quelle figure professionali che, erogando salute, cureranno l'intera popolazione italiana.

Pertanto, evidenziata la difficoltà per le motivazioni susepse e l'impossibilità al limite dell'utopia dell'abolizione totale del numero chiuso alla facoltà di medicina, la proposta dell'Anaao Assomed di riforma della modalità d'ingresso coerentemente con le finalità già individuate dagli onorevoli senatori è quella di elaborare un sistema di test d'ingresso nazionale, svolto anche due volte l'anno e senza un precedente semestre comune, mediante la somministrazione di domande a risposta multipla, essendo l'unica modalità standardizzata che rispetta totalmente il merito.

Per far emergere *"le reali capacità degli studenti e la loro attitudine e predisposizione ad intraprendere il corso di studi"*, occorre che il test d'ingresso nazionale contenga solo domande perfettamente sovrapponibili a materie mediche, senza alcuna domanda di cultura generale, e che l'aspirante medico abbia a disposizione una bibliografia nota ovvero un insieme di libri e compendi da studiare per avere la certezza non solo che ci si sta preparando per superare il test ma che, durante tale studio, possa rendersi conto se e quanto tali materie siano gradite e quanto si sia predisposti ad esse. A tale bibliografia nota è opportuno associare un corso pubblico online organizzato dal Ministero dell'Università per meglio sostenere gli aspiranti medici e soprattutto è opportuno impreziosire e far tesoro del cosiddetto "liceo biomedico", con progetti - pilota già in corso da tempo e con risultati preliminari molto incoraggianti sull'individuazione *"del reale merito e motivazione"* degli aspiranti medici e sanitari.

In breve, un sistema come quello illustrato sarà totalmente gradito a tutta la "coorte di aspiranti studenti medicina", i quali sono consapevoli che abolire il numero chiuso è una strada impraticabile; peraltro il sistema sovraesperto garantirebbe finalmente regole chiare sulla modalità di preparazione, un sistema di selezione standardizzato atto a superare qualsivoglia disparità di trattamento, un duplice strumento (liceo biomedico e corsi ministeriali online ad hoc) quale strumento idoneo ad iniziare già molti anni prima a prepararsi a diventare medico senza disperdere migliaia di euro in corsi di preparazione privati".

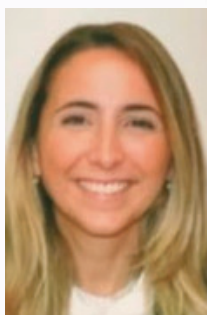
La terapia genica nasce dall'idea di poter curare le malattie utilizzando le molecole alla base della nostra vita, il Dna e l'Rna. È una strategia terapeutica avanzata che ha l'obiettivo di trattare le patologie mirando direttamente ai difetti genetici che le causano

Esiste ormai un consenso generale tra la Food and Drug Administration (Fda) statunitense, l'Agenzia europea per i medicinali (Ema), e l'American Society of Gene and Cell Therapy (ASGCT) che definisce la terapia genica come un trattamento che permette un cambiamento nell'espressione genica, ottenuto sostituendo o correggendo uno o più geni che causano una malattia.

La storia della terapia genica ha inizio negli anni '70 a partire dallo sviluppo delle tecniche di ricombinazione del Dna che hanno permesso di identificare molte alterazioni geniche e di modificare microrganismi per poter far loro esprimere dei geni d'interesse. In quegli anni si è iniziato a parlare di ingegneria genetica che utilizza tecniche di biologia molecolare in grado di isolare, tagliare, e combinare sequenze di Dna per poi trasferirle in cellule. Nel 1972 gli scienziati Theodore Friedmann e Richard Roblin sulla rivista "Science" pubblicarono il primo articolo che parlava di terapia genica dal titolo "Gene Therapy for human genetic disease?"

Il 14 Settembre del 1990 negli Stati Uniti fu approvata la prima ricerca clinica di terapia genica presso il National Institutes of Health (Nih) sotto la direzione del genetista William French Anderson. Il caso trattato era quello di una bambina di quattro anni affetta da una malattia genetica chiamata ADAscid (deficit dell'enzima adenosina deaminasi) alla quale fu somministrato il primo trattamento di terapia genica che prevedeva la sostituzione del gene difettoso con la variante funzionale.

Sono trascorsi molti anni da allora, tra fallimenti e battute di arresto, le strategie di terapia genica si sono evolute grazie alle più recenti innovazioni tecnologiche e sono ormai considerate trattamenti avanzati per molte malattie difficili da curare o incurabili. Siamo dunque entrati in una nuova era dove non si può considerare il farmaco solo come una molecola chimica ma può essere anche un gene!



MARINA TARSITANO
Responsabile regionale
Dirigenza sanitaria Anaao
Campania

Terapia Genica

Il nuovo paradigma di cura in Medicina



Come viene trasferito il materiale genetico nelle cellule umane?

La terapia genica consiste nel trasferire materiale genetico terapeutico nelle cellule umane mediante l'uso di vettori. I vettori ideali dovrebbero avere un'elevata efficienza di trasduzione, la capacità di indurre un'espressione stabile e a lungo termine, una capacità sufficiente per trasportare transgeni di grandi dimensioni, essere specifici per le cellule bersaglio, essere in grado di trasdurre sia cellule quiescenti che proliferanti ed evitare l'inserimento casuale e mutagenesi. Due distinti tipi di vettori vengono utilizzati: virali e non virali. I vettori virali hanno diversi vantaggi, tra cui una maggiore efficienza di trasduzione, una maggiore capacità di essere ingegnerizzati, per questi motivi sono utilizzati in una più ampia gamma di applicazioni rispetto ai vettori non virali. I geni coinvolti nella replicazione, nell'assemblaggio o nell'infezione del virus vengono sostituiti con geni terapeutici per creare vettori specifici e sicuri. I virus vettori per la terapia genica sono: i retrovirus, i lentivirus, gli adenovirus, i virus adeno-associati (Aav), gli herpes simplex virus. Ognuno di questi vettori presenta vantaggi e svantaggi. La famiglia dei Retroviridae (compresi retrovirus e lentivirus) e gli Adeno-virus

associati, i vettori virali più comuni, consentono un'espressione transgenica stabile a lungo termine. I vettori retrovirali possano infettare solo le cellule in divisione, mentre i vettori lentivirali possono infettare anche le cellule che non si dividono, ma hanno un potenziale oncogeno perché si integrano nel genoma dell'ospite in molteplici siti. I vettori Aav appartengono alla famiglia dei parvovirus, non patogeni per l'uomo, e necessitano per replicarsi di un altro virus che in genere è un adenovirus o un herpesvirus. Gli Aav sono tra i candidati più promettenti per le applicazioni in vivo. Possono infettare sia le cellule che si dividono che quelle che non si dividono, determinando un'espressione del transgene a lungo termine. Inoltre, non causano alcuna malattia nota nell'uomo e il rischio di mutagenesi inserzionale è minima a causa della loro frequenza di integrazione estremamente bassa e del sito di integrazione specifica. I Plasmidi, Dna e Rna (siRNA e miRNA) sono i vettori non virali più comuni, i pri-

mi due utilizzati principalmente per “guadagno di funzione” (sostituzione di una funzione genetica specifica in una cellula bersaglio) e il secondo per scopi di “perdita di funzione” (riduzione dell'espressione di geni endogeni in modo sequenza-specifico). I vettori plasmidici sono recentemente entrati nel mercato sotto forma di Neovascugen per la malattia vascolare periferica e sono utilizzati anche nel trattamento del cancro. Sul mercato sono entrati anche oligonucleotidi come Spinraza, Exondys 51 e Vyondys 53. Altri vettori non virali con meno applicazioni includono trasposoni, Crispr, Znf, Salmonella, lievito, *Saccharomyces cerevisiae*, *Neisseria*, *Listeria monocytogenes*, *Bacillus Calmette-Guerin* (Bcg), *Bifidobacterium longum*, *Escherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis*, e lipidi nanoparticelle.

Quali sono le metodiche per introdurre i vettori terapeutici all'interno del corpo umano?

Esistono due metodi per introdurre materiale genetico nelle cellule: ex vivo ed in vivo.

La terapia genica ex vivo prevede la trasduzione di cellule in laboratorio. Dopo aver raccolto specifiche cellule dal paziente o da un donatore, viene utilizzato un vettore per trasportare il gene terapeutico nella cellula. Le cellule trasdotte ed espanse vengono infine trapiantate nel paziente.

La terapia genica in vivo, invece, prevede la somministrazione di un vettore nel corpo di un paziente senza l'uso di un veicolo cellulare, consentendo il processo di trasferimento genico interamente all'interno del corpo. Entrambi i metodi presentano vantaggi e svantaggi. Il metodo mediante trasferimento genico ex vivo ha il vantaggio di poter selezionare le cellule di interesse prima del trapianto garantendo le caratteristiche desiderate delle cellule, ma la manipolazione genetica richiede un laboratorio ad alta tecnologia ed attrezzature avanzate. Il metodo di manipolazione genetica in vivo è il metodo chiave quando le cellule non possono essere isolate dal corpo o non sono in grado di vivere ex vivo per lungo tempo. Tuttavia, il contatto non specifico del vettore con le cellule e un rischio più elevato di reazioni immunitarie ne hanno limitato l'uso.

Chi si può curare con la terapia genica?

L'idea di trasferire materiale genetico per curare malattie è stata applicata per la prima volta alle malattie genetiche. L'Istituto Nazionale di Ricerca sul Genoma Umano (Nhgri) statunitense de-

finisce i disordini genetici come “malattie causate in tutto o in parte da un cambiamento nella sequenza del Dna rispetto alla sequenza normale”. Le malattie genetiche con il maggior numero di studi clinici basati su terapia genica in vivo con vettori Aav sono l'Atrofia Muscolare Spinale (Sma), la Distrofia Muscolare Duchenne (Dmd), l'emofilia B, l'Ada-Scid e la Beta Talassemia. Ad oggi, esistono terapie geniche approvate per Ada-Scid, Dmd, Sma, Amaurosi Congenita di Leber (Lca), B-talassemia e per molti disturbi metabolici come, ad esempio, il deficit familiare di lipoproteina lipasi e l'ipercolesterolemia primaria e familiare. Sebbene la terapia genica sia considerata un trattamento per le malattie genetiche, il cancro è la malattia più comune per la quale viene utilizzata la terapia genica. I tumori ematologici sono stati i tumori più studiati, in parte grazie allo sviluppo di un ottimo strumento per colpire le cellule tumorali noto come cellule Car-T (Chimeric Antigen Receptor Cells-T). Le Car-T richiedono una complessa preparazione, la prima fase prevede il prelievo di linfociti T tramite leucaferesi, una seconda fase di ingegnerizzazione che avviene in laboratori specializzati dove all'interno dei linfociti viene introdotto il recettore Car (Chimeric Antigen Receptor) capace di riconoscere le cellule tumorali. Le Car-T, così modificate, esprimono sulla propria superficie il recettore che individua l'antigene CD 19, una proteina espressa sulla superficie delle cellule del linfoma ed in questo modo, riescono a riconoscere ed aggredire le cellule tumorali. Le cellule Car-T sono una delle applicazioni di terapia genica più conosciute e di successo in immunoterapia. La maggior parte degli studi clinici sul cancro utilizzano cellule ingegnerizzate ed amplificate ex vivo, altri studi sono mediante terapia genica in vivo in particolare utilizzando il virus dell'herpes simplex umano (Hsv) come virus oncolitico. Imlygic (Talimogene Laherparepvec) è un Hsv ingegnerizzato che è stato approvato dalla Fda nel 2015 come il primo virus oncolitico per il trattamento del melanoma avanzato. Negli ultimi anni sono stati utilizzati in diversi studi clinici più di 40 vaccini terapeutici a mRNA contro cancro. L'mRNA contenuto nel vaccino permette di istruire il sistema immunitario a riconoscere determinate proteine (chiamate neoantigeni prodotti a seguito di mutazioni genetiche) presenti sulle cellule tumorali. Si può dire che questi **vaccini terapeutici** rappresentano un'evoluzione della classica immunoterapia. Oltre al melanoma, sono attive sperimentazioni anche per il tu-

more della prostata, il tumore del polmone non a piccole cellule, il tumore al seno triplo negativo, e quello del colon-retto.

Si possono trattare le malattie infettive con la terapia genica?

La ricerca da anni sta cercando di trovare un modo per curare alcune delle malattie infettive più gravi, come la sindrome da immunodeficienza acquisita (Aids) o la malaria. L'enorme successo dei vaccini di Pfizer-BioNTech (Bnt 162b2, noto anche come Comirnaty) e Moderna (mRNA-1273, noto anche come Spikevax) nella lotta contro il Covid-19 ha dimostrato il valore e la rapida traslazione potenziale delle nanoparticelle lipidiche (Lnp), il sistema di rilascio di geni non virali clinicamente più avanzato. La tecnologia Lnp prevede l'uso di particelle submicroniche contenenti lipidi cationici ionizzabili oltre ad altri tipi di lipidi e cariche di acido nucleico incapsulato. Gli Lnp agiscono come una capsula che protegge l'acido nucleico contenuto all'interno e prevengono la degradazione enzimatica fino al rilascio dell'acido nucleico nel citosol della cellula bersaglio. Numerosi studi clinici stanno attualmente valutando la somministrazione di Lnp in vivo associato con il sistema di editing genico Crispr/Cas9 basato sull'impiego dell'enzima Cas9 che taglia e modifica con altissima precisione specifiche sequenze del Dna di una cellula e, così facendo, ripara direttamente le cellule malfunzionanti. La strategia di vaccinazione per indurre l'immunità contro le malattie corrispondenti sta avendo un enorme impatto, oltre che sull'immuno-oncologia e sui trattamenti per le malattie genetiche, anche su molte malattie infettive come Aids, la malaria, l'Ebola, l'epatite C, l'infezione da papillomavirus umano e l'epatite B.

Come saremo curati nel prossimo futuro?

Dieci anni fa non erano immaginabili tutte queste tecnologie molecolari che si basano sul controllo della somministrazione di acidi nucleici, sulla modulazione del sistema immunitario e sulla manipolazione precisa del genoma umano. Oggi sappiamo che queste innovazioni stanno cambiando il modo di curare. La medicina sarà sempre più di precisione e personalizzata e ciò che si dovrà immaginare è come sostenerla da un punto di vista economico e produttivo. Il nostro Paese non si dovrà trovare impreparato!

“**Dieci anni fa non erano immaginabili tutte queste tecnologie molecolari. Oggi sappiamo che queste innovazioni stanno cambiando il modo di curare. Il nostro Paese non si dovrà trovare impreparato!**”

Segue da pagina 11

alla base della scelta di esternalizzare l'attività di guardia ad agenzie di somministrazione lavoro, le cosiddette cooperative. Per il 10% dei *responders* è stato infatti necessario ricorrere ai medici a gettone con elevatissima frequenza, per un altro 10% saltuariamente. È stata indagata anche l'attività su più presidi: per il 23% dei *responders* l'attività è sempre organizzata su più presidi, per il 28% spesso/saltuariamente. Il nuovo CCNL viene in soccorso a questi colleghi vietando le guardie e le reperibilità su più presidi (art.29 comma 1 lett. c e art.30 comma 3).

Alla domanda successiva è stata fotografata la valorizzazione professionale, indagando l'attribuzione di un incarico dopo i 5 anni di anzianità: nel 36% dei casi è stato riconosciuto un incarico di base con conseguente adeguamento stipendiale, nel 21% dei casi è stata attribuita un'alta specialità e nel 10% una struttura semplice. Ma purtroppo nel 26% dei casi non è stata riconosciuta alcuna posizione né alcun adeguamento dello stipendio (**grafico 14**).

Per quanto riguarda le ferie Il 59% ha tra 0-50 giorni di ferie residue, il 21% tra i 50 e i 100, il 16% tra i 100 e i 200 e il 5% oltre 200 giorni. Il 76% degli intervistati non utilizza tutte le ferie dell'anno solare. Solo il 24% riesce a usufruire di tutti i giorni di ferie, ma di questi l'11% solo in periodi obbligati. La situazione è molto peggiorata rispetto al 2014, quando a questa domanda era il 56% dei *responders* a riferire di non riuscire a godere delle ferie nell'anno solare (**grafico 15**).

La gravidanza non è sostituita nell'85% dei reparti degli intervistati. Solo per il 3% è sostituita entro i due mesi e per il 12% dopo oltre due mesi. Una domanda che davvero fa capire la voglia di "fuga" dei medici dal SSN è: "Lasceresti il tuo lavoro o hai pensato di licenziarti?" Infatti ben il 72% ha pensato di licenziarsi e lascerebbe il proprio lavoro: il 25% per passare a sanità privata, il 17% per passare a attività convenzionata (MMG o attività ambulatoriale), il 9% per trasferirsi all'estero e il 21% per motivi personali. Solo il 28% non lascerebbe il suo lavoro e non ha pensato di licenziarsi (**grafico 16**).

“

Un ragionamento serio rispetto all'attribuzione di risorse maggiori per il Ssn e i suoi professionisti è doveroso e urgente, pena il definitivo sgretolamento di quanto faticosamente nelle corsie italiane si cerca ancora di fare per garantire la piena esigibilità del diritto alla salute dei cittadini italiani

Il quadro che emerge da questa Survey è allarmante, in particolare in relazione alle risposte alle domande cardine, quella che sonda l'influenza del lavoro in corsia sulla vita privata, e quella che indaga la voglia di lasciare il proprio lavoro attuale nel Ssn. Il fatto che l'87% dei medici coinvolti nel nostro sondaggio dichiarino di non riuscire ad avere una vita personale soddisfacente, affiancato al 96,5% che reputa di essere sottoposto ad un eccessivo carico lavorativo, giustifica ampiamente il dato più preoccupante in assoluto costituito da una larga maggioranza dei *responders*, ben il 72%, che ha pensato di lasciare l'attuale posto di lavoro nel Ssn per andare all'estero, passare alla Medicina Generale o andare a lavorare nel privato. Questo dato è un indice molto preoccupante, che testimonia come non sia il lavoro medico in generale a non essere più attrattivo, ma come non lo sia più la vita ospedaliera, scandita da guardie e reperibilità in corsia e in sala operatoria. Tale tendenza va di pari passo con i trend osservati nell'assegnazione delle borse specialistiche, che vede il rapido esaurimento dei posti nelle specialità più spendibili fuori dal SSN, come cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, neurologia, chirurgia plastica, gastroenterologia, endocrinologia, ginecologia, a fronte del calo di *appeal* che si traduce in mancata assegnazione dei posti che costringono alla "vita ospedaliera" in specialità che offrono, di fatto, meno possibilità e prospettive nel privato.

Alcune condizioni di lavoro sono migliorate rispetto ad analogo questionario di 9 anni fa. La quota di medici nella fascia dai 31 ai 40 anni è aumentata, grazie alle nuove assunzioni, anche di specialisti, e non solo di specializzandi, conseguenti ai provvedimenti emergenziali assunti per far fronte alla Pandemia. Inoltre, il numero di Colleghi che riferisce di lavorare dopo la notte di guardia, in franca violazione della normativa sui riposi, si è sostanzialmente dimezzato.

Al contrario, passi avanti non sono stati fatti rispetto al numero di chi dichiara di lavorare con surplus orario annuale compreso tra 150 e 250 ore (40%) e al mancato recupero del giorno festivo non usufruito per reperibilità attiva/passiva, situazione lamentata da oltre il 50% dei *responders*.

Al di là del rispetto delle normative e dell'iniezione di forze nuove favorita dal periodo pandemico, i carichi di lavoro sono rimasti sostanzialmente invariati. Simile rispetto al 2014 è infatti il numero di pazienti visitati in corsia, simile il numero di notti e reperibilità, simile il numero di festivi, numeri impietosi che spiegano ampiamente il perché, di fatto, la percezione

del proprio lavoro tra i medici italiani non sia migliorata. Risulta peggiorato il dato di fruizione delle ferie, con oltre il 50% che non riesce a utilizzare i giorni di riposo previsti, e quello delle ore di aggiornamento, utilizzate da una percentuale risibile degli intervistati.

Alcune domande, non presenti nella precedente Survey, mirano ad indagare nuovi fenomeni che caratterizzano il lavoro medico dopo la Pandemia, e in particolare il lavoro su più presidi conseguente all'accorpamento di Aziende Sanitarie per la riorganizzazione avvenuta in numerose Regioni e l'introduzione delle cooperative di medici e sanitari nel periodo Covid, denunciati rispettivamente dal 26% e dal 20% degli intervistati. Anche questo dato è preoccupante perché tali fenomeni, relativamente recenti, paiono in rapida diffusione.

Il dato della mancata sostituzione delle colleghe in gravidanza non è sorprendente, considerato che, in relazione alla carenza di medici, vanno spesso deserti bandi per contratti a tempo indeterminato in tutta Italia, rendendo non disponibili graduatorie utilizzabili.

La quasi totalità dei partecipanti al sondaggio (96,5%) dichiara di essere sottoposto a un eccessivo carico lavorativo, dato in peggioramento rispetto al 91,9% della Survey precedente. Tra questi oltre la metà (il 56%) lamenta un carico decisamente elevato dichiarando di essere vicino al "burn out". Burn out facilmente comprensibile, considerato che l'attività lavorativa in corsia pare minare bisogni primari, quali "il rapporto con partner/figli", difficoltà denunciata dal 64,5% dei *responders* mentre arriva a l'87%, in netto aumento rispetto all'80% del 2014, la percentuale di chi dichiara di non riuscire ad avere una vita personale soddisfacente.

Il nuovo Ccnl potrà contribuire a migliorare alcune situazioni e a rendere più cogente il rispetto delle norme. Ad esempio l'art. 15 comma 5 prevede l'assegnazione della sede di ordinaria attività lavorativa, potendo contribuire alla riduzione del fenomeno del lavoro su più presidi. Ancora l'art. 27 comma 3 definisce le tipologie di eccedenza dell'orario contrattuale, la loro remunerazione e possibilità di recupero e l'art 30 commi 3 e 6 regola il Servizio di Pronta Disponibilità, auspicabilmente riducendone l'abuso.

Tuttavia, al di là di queste nuove tutele, un ragionamento serio rispetto all'attribuzione di risorse maggiori per il Ssn e i suoi professionisti è doveroso e urgente, pena il definitivo sgretolamento di quanto faticosamente nelle corsie italiane si cerca ancora di fare per garantire la piena esigibilità del diritto alla salute dei cittadini italiani.

SEGUI IN TEMPO REALE LE ATTIVITÀ DELLA TUA ASSOCIAZIONE

WWW.ANAAO.IT



RASSEGNA STAMPA QUOTIDIANA

NEWS

SERVIZI

ASSISTENZA LEGALE

POLIZZE ASSICURATIVE

COMUNICATI

CONTRATTO

EVENTI

DALLE REGIONI

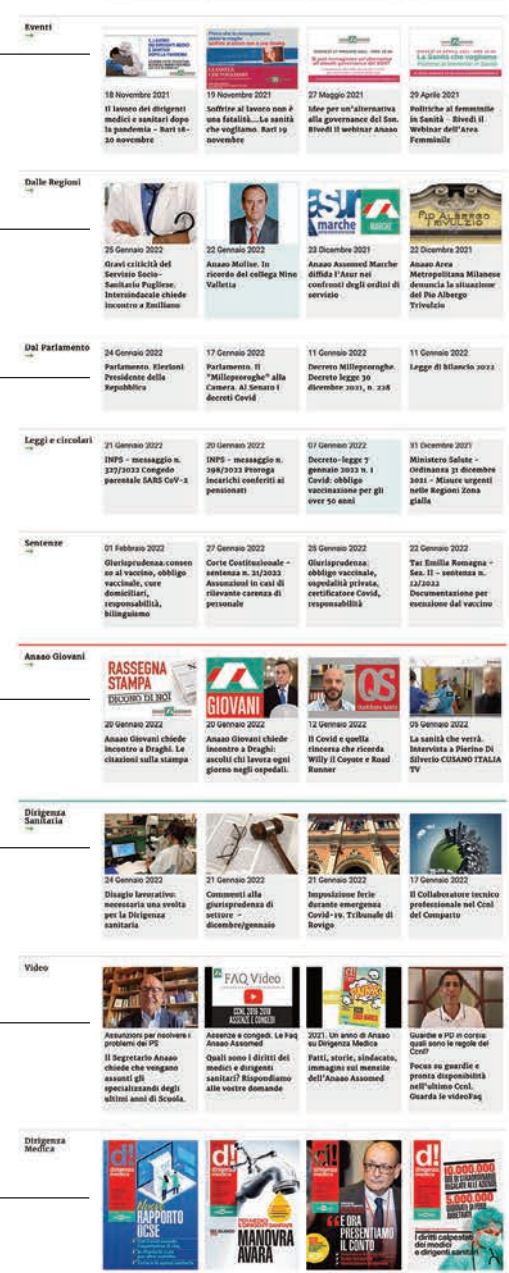
ATTIVITÀ PARLAMENTARE

ANAAO GIOVANI

DIRIGENZA SANITARIA

VIDEO

PUBBLICAZIONI



www.anaao.it



ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED



Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED.

**GIOCA D'ANTICIPO
CON TUTTI I SERVIZI
DEL PACCHETTO SICUREZZA**

POLIZZA RC
COLPA GRAVE

POLIZZA
TUTELA LEGALE

ASSILEGAL

UFFICIO
LEGALE

CYBERSECURITY

TUTELA DALLE
AGGRESSIONI

POLIZZE PER
SPECIALIZZANDI

CORSI ECM



Scopri tutti
i servizi



www.anaao.it
f @ x d v

PER INFO CONTATTARE 026694767 - SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT