

**Ill.mo Ministro della Salute  
Lungotevere Ripa, 1  
00153 - Roma**

**Roma, 30 agosto 2018 – Prot. SN/268**

**Oggetto: Proposta CIMO accesso SSN**

Senza voler entrare nel merito delle cause che hanno determinato l'attuale grave carenza di personale medico nelle strutture sanitarie, i cui livelli di responsabilità sono ben chiari, si ritiene che alla luce delle molteplici esperienze di questi anni le "soluzioni tampone" sono assolutamente da evitare a meno di un preciso e formale impegno da parte del Ministero della Salute, Regioni e MIUR nel definire un percorso uniforme su tutto il territorio nazionale che preveda tempi e modi condivisi. Con pari determinazione, deve essere contrastato il fenomeno della attivazione di rapporti di lavoro atipici (compresa l'ultima novità dell'affitto di manodopera medica) nella logica della perpetuazione di sacche di precariato che la stessa legge ha, in linea di principio, affermato di voler "superare" – art. 20 d.lgs. 75/17).

Nell'ambito dei processi da attuare con urgenza assoluta, da un lato, si reputa che occorra dare immediata applicazione – e con tempi certi - alle previsioni di cui al menzionato art. 20 "*al fine di superare il precariato, ridurre il ricorso ai contratti a termine e valorizzare la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato*" e, dall'altro, sia necessario individuare – con adeguato strumento normativo - una modalità di accesso al SSN che faciliti il percorso di formazione anche ai medici che non sono stati selezionati per la partecipazione alle scuole di specializzazione, attraverso gli ospedali di insegnamento.

Nello specifico CIMO ritiene che occorra:

1. Attivare procedure concorsuali di assunzione alle quali possano prendere parte anche medici specializzandi iscritti all'ultimo anno del relativo corso di specialità, in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale; la selezione concorsuale dovrà concludersi con la formazione – oltreché della graduatoria degli idonei - di una distinta graduatoria, riservata ai predetti specializzandi, dalla quale sia possibile attingere solo nel caso in cui la graduatoria degli idonei, in possesso dei titoli di cui al dm 483/97, andasse ad esaurimento.
  - a. La procedura di assunzione degli specializzandi dovrebbe prevedere il loro inquadramento nel ruolo dirigenziale a tempo determinato (anche nelle forme già ammesse dall'ordinamento quali il contratto di formazione-lavoro ovvero il contratto di inserimento, avente quale obiettivo la formazione del dirigente) di durata non superiore a 24 mesi con sottoscrizione di un contratto di assunzione quale dirigente medico ed obbligo datoriale alla successiva trasformazione del rapporto in quello a tempo indeterminato, con decorrenza pari a quella iniziale e senza soluzione di continuità con il precedente, al momento del conseguimento del diploma di specializzazione (lettera d, art. 27 del CCNL 08.06.2000).
  - b. Prevedere l'individuazione, nel caso di assunzione a tempo determinato, di un tutor per le attività clinico assistenziali e di una scheda individuale che ricomprenda l'attività clinica svolta dal medico specializzando, utili ai fini curriculari.

2. Stabilizzazione dei medici del 118 convenzionati a tempo indeterminato con anzianità di 5 anni, a valle di accordo sindacale regionale (1) in applicazione della previsione dell'art 8 co. 1 bis d.lgs. 502/92 come introdotto dal d.lgs. 229/99 (2) ed attuazione dell'art. 6 comma 4 del DPCM 6.3.15 secondo procedure concorsuali aziendali (art. 2 dpcm citato) a valle di specifici accordi regionali. NON si concorda su eventuali soluzioni tampone che prevedono l'affidamento di incarichi nell'area dell'emergenza-urgenza a medici non in possesso di comprovata esperienza professionale pluriennale nel settore.
3. Recupero delle borse di studio che si rendono "vacanti" nel caso di assunzione del personale di cui sopra.
4. Ampliamento del numero di borse di studio con partecipazione delle Regioni, Fondazioni ed Enti Privati.
5. Istituzione Osservatorio regionale con le OO.SS. di monitoraggio sul reale fabbisogno di personale.

(1) C'è un accordo Regione Toscana 23.3.05 che prevede quanto segue: Al fine di perseguire l'obiettivo tendenziale dell'inquadramento totale nella dipendenza di tutti i medici di emergenza sanitaria territoriale,....., è impegno della Regione Toscana: 1. **consentire l'inquadramento anche a quei medici divenuti titolari dopo la data del 31 luglio 1999, in possesso del requisito dei 5 anni di incarico a tempo indeterminato;** 2. **in tal senso prevedere nell'anno 2007 una procedura di idoneità rivolta a tutti coloro che risultano in possesso dei suddetti requisiti, ovvero 5 anni di incarico a tempo indeterminato, alla data del 31.12.2006;** 3. **effettuare contestualmente, d'intesa con le OO.SS., una ricognizione al fine di acquisire elementi informativi sul numero dei medici incaricati a tempo indeterminato dal 1 gennaio 2002 in avanti, non rientranti nella procedura di idoneità sopra richiamata, ed alla corrispondenza di tale numero con l'effettivo fabbisogno di sistema;** 4. **condividere con le OO.SS. modalità di superamento del principio di adesione volontaria all'inquadramento alla dipendenza.**

(2) **Art. 8 co. 1-bis d.lgs. 502/92 come introdotto dal d.lgs. 229/99.** Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del [decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517](#), i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'[art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#). Entro un anno dalla data di entrata in vigore del [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#), le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#), addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite ed approvate nel rispetto dei principi di cui all'[articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29](#), e successive modificazioni, e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 1997, n. 502](#). Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.

Per la successiva fase di pianificazione occorre distinguere preliminarmente le modalità di accesso alla formazione rispetto alle modalità di ingresso al SSN. A tal fine occorre:

- A. Eliminare l'attuale sistema ad imbuto che origina dal concorso di ammissione alla laurea in medicina e chirurgia, prosegue con l'accesso alle scuole di specializzazione e si completa con la mancata assunzione nel SSN per evidenti politiche di risparmio. Tutto questo è favorito dalla mancanza di uno serio studio epidemiologico del fenomeno e, quindi, da una mancata programmazione dei fabbisogni rispetto ai modelli demografici e di riorganizzazione dei servizi a partire dal DM 70/15. Tale condizione impedisce una corretta analisi del fabbisogno nazionale di medici da formare. Confermiamo l'accesso mediante numero chiuso attraverso uno standard da programmare su base triennale.
- B. Ridurre drasticamente gli attuali lunghi tempi di attesa tra il conseguimento del diploma di laurea in medicina e chirurgia e l'abilitazione all'esercizio professionale.

Più urgente appare, invece, l'evidente squilibrio tra medici laureati e accesso alla formazione specialistica post laurea. Anche in questo caso manca un'attenta analisi del fenomeno, ma appare evidente lo squilibrio tra le varie discipline legate ad una programmazione universitaria che non tiene conto delle reali esigenze del mercato del lavoro. Nel merito CIMO ritiene irrinunciabile un maggiore coinvolgimento degli ospedali da insegnamento per la formazione sul campo dei medici specializzandi attraverso convenzioni con le Scuole di Specializzazione per le attività NON didattiche da svolgersi presso le strutture sanitarie a partire dal terzo anno di specializzazione e fino al completamento del percorso. A tal fine occorre:

- A. Ampliare il numero di borse di studio coinvolgendo Regioni, Istituzioni e Privati secondo una pianificazione che tenga conto delle reali esigenze ma, al tempo stesso, eviti inutili sovrapposizioni.
- B. Istituire un tavolo di concertazione da avviare, entro 90 giorni, con il Ministero, Regioni, CINECA e le OO.SS. rappresentative della dipendenza e convenzionata, per analizzare il reale fabbisogno di personale ed individuare soluzioni tese ad evitare croniche carenze di personale o ricorso a forme anomale di assunzione del personale stesso. Il tavolo di concertazione dovrà avere un mandato limitato ad un anno per consentire il superamento dell'attuale fase di emergenza. Recepimento dell'accordo con provvedimento normativo vincolante per lo Stato e le Regioni, secondo le rispettive competenze.

Disponibili ad ogni ulteriore confronto.

**Il Presidente Nazionale**  
**Dott. Guido QUICI**

