

CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

PROPOSTA DI LEGGE

N. 347

presentata dai Consiglieri regionali
MELE - COSSA - SALARIS

il 22 agosto 2022

Norme per far fronte all'emergenza determinata dalla carenza di professionalità mediche

RELAZIONE DEI PROPONENTI

Negli anni '80 del secolo scorso in Italia si sono laureati un numero di medici di gran lunga superiore rispetto alle esigenze occupazionali dando luogo al fenomeno noto come "plethora medica".

A suo tempo il problema venne affrontato, sul piano politico e normativo con l'introduzione del "numero programmato" degli iscritti alla facoltà di medicina e di altri corsi di Laurea che di fatto limitò drasticamente il numero di accessi alla facoltà. A titolo di esempio, nell'Università di Cagliari il numero degli iscritti alla facoltà di medicina alla fine degli anni 70 (accesso libero), era di circa mille iscritti ridotto a 160/180 negli anni '90.

Alla fine del secolo scorso, un ulteriore "collo di imbuto" si è realizzato poi con il contingentamento aggiuntivo delle disponibilità dei posti nelle scuole di specializzazione che, nel combinato disposto che iniziò a prevedere il titolo di specializzazione per l'accesso ai concorsi pubblici e i blocchi delle assunzioni finalizzati al contenimento della spesa pubblica, ha determinato una progressiva sofferenza del turn over nella sanità pubblica.

Con riferimento all'accesso alle scuole di specializzazione e alle modalità di rilevazione del fabbisogno del personale medico specializzato, introdotte da specifiche norme nazionali, tutt'ora vigenti, atte a garantire non solo la corretta lettura del bisogno e delle esigenze formative, in maniera uniforme sul territorio nazionale, finalizzate a ridurre il rischio di eventuali discrepanze territoriali, si evidenzia che le stesse sono rimaste, perlomeno in Sardegna, totalmente disattese, ampliando il divario formativo e qualitativo rispetto alle altre regioni italiane che, in quegli anni, venivano indicate come eccellenze nel settore sanitario e socio-sanitario (Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e altre).

La progressiva e inarrestabile riduzione di medici ha determinato, come sopra accennato una serie di effetti a catena che hanno portato all'attuale situazione di emergenza, emersa in tutta la sua

drammaticità in concomitanza con la situazione pandemica iniziata tra gennaio e febbraio del 2020. Non ultimo di questi effetti la progressiva riduzione della disponibilità di posti nelle diverse scuole di specializzazione e la corrispondente progressiva riduzione delle scuole di specializzazione.

Nonostante le infauste previsioni evidenziate dalle proiezioni a distanza legate agli inevitabili effetti nel medio/lungo periodo di tale situazione siano stati, sin dai primi anni 2000, ampiamente denunciati dagli analisti sanitari e socio economici che si sono affannati a segnalare il rischio che il picco dei laureati legato alla "plethora medica" si potesse tradurre (in assenza di adeguate politiche di programmazione), in un "picco di pensionamenti", con nefaste conseguenze sul buon funzionamento e sostenibilità del sistema, i diversi governi succedutisi nell'ultimo trentennio hanno comunque perseguito una politica volta a ottimizzare le risorse e a umanizzare i processi di cura, introducendo procedure di qualità e miglioramento importanti e fondamentali senza però valutare, con la necessaria attenzione ed urgenza i rischi di un brusco cedimento del sistema determinato proprio da una prolungata quanto scellerata politica di contenimento del numero e della disponibilità di medici che una corretta e puntuale rilevazione del fabbisogno avrebbe (ed ha) messo in evidenza, integrando e completando il processo di riforma del SSN, avviato negli anni '90 con il decreto legislativo n. 502 del 1992, con azioni volte ad escludere i rischi del crollo del sistema sanitario che oggi si cerca faticosamente di arginare.

Tra le cause principali del tracollo del nostro sistema sanitario non vi è solamente un problema organizzativo e di sostenibilità economico finanziaria. Un sistema in crisi evidenzia carenze endogene (interne al sistema) ed esogene (esterne ad esso) che, se non adeguatamente affrontate e superate in maniera coordinata e sistemica nel giusto tempo, ne determinano il cedimento e la fine. I rischi evidenziati dagli analisti dei sistemi economico e sociali e dagli economisti sanitari erano corretti e puntuali evidenziando tutti gli elementi di rischio, correlati e indotti, che avrebbero determinato, entro un certo periodo, la caduta del sistema. Tra questi il sistema universitario, non solo in termini di organizzazione e programmazione ma anche in termini strutturali. Ancora oggi il problema della infrastrutturazione del sistema universitario, non adeguatamente affrontato e tanto meno risolto nel momento in cui si sono introdotte le misure contenitive, si associa alla carenza di professionalità. Per maggiore chiarezza: se negli '80 il fenomeno della plethora medica ha determinato scelte volte a una drastica contrattura delle iscrizioni alla facoltà di medicina, dall'altra vi era anche il problema delle grosse difficoltà del patrimonio infrastrutturale non più in grado di assorbire un così ampio numero di studenti con le difficoltà che molti conoscono ma che hanno scordato. Problema che doveva essere affrontato e che, invece, è stato accantonato e quasi dimenticato se non per sporadici e discontinui interventi, lontani da una programmazione sistematica, efficace ed efficiente, con scadenza nel breve/medio termine. In sostanza, ed è l'aspetto più grave, mancano gli elementi fondamentali dell'organizzazione per realizzare un compiuto quanto efficiente ed efficace progetto di intervento, ossia: strutture e risorse umane (da anni mancano i numeri per garantire il turnover in tutte le sedi, siano esse di cura che di formazione). Il terzo elemento fondamentale, le risorse finanziarie, devono essere adeguatamente programmate, a maggior ragione in questo momento storico che, della tragica esperienza della pandemia da Covid-19, deve trarre il corretto insegnamento: l'analisi sistematica dell'attuale scenario, l'individuazione degli elementi di criticità, dei punti di forza reali, di quelli potenziali, la loro interconnessione in relazione agli obiettivi attesi, opportunamente coordinati, senza trascurare gli elementi che incidono ed influenzano (positivamente e/o negativamente) il processo di ricostruzione. Quanto al processo di ricostruzione e alle risorse finanziarie a ciò destinate il PNRR dal quale è necessario attingere per garantire sufficienti risorse atte ad assicurare un processo di ripresa sistemico, complessivo, inteso, sotto questa accezione, come sistema.

Prima di proseguire vale la pena fornire alcuni dati numerici inerenti alla carenza di medici nelle diverse regioni italiane, che di seguito si riportano, necessari per determinare l'arco temporale entro il quale è possibile ripristinare un equo sistema.

Uno studio eseguito dall'ANAAO, principale sindacato di dirigenza medica a livello nazionale, lancia l'allarme per la situazione in cui versa la categoria nel nostro Paese. Tra turni estenuanti e numero di medici in corsia in calo, il rischio è che il servizio sanitario non possa essere garantito a tutti i cittadini in forma egualitaria. Le difficili condizioni negli ospedali portano a dimissioni quotidiane e a causa della pandemia è stato registrato un aumento dei decessi sul luogo di lavoro.

Il 76 per cento dei medici in questo momento lavora in burnout: in media ogni medico ha 50 giorni di ferie residui di cui non godrà mai e nelle varie regioni, in questo momento, si svolgono continui sit-in per il mancato rispetto della legge sul riposo.

Negli ultimi tre anni, spiega il sindacato, il Servizio sanitario nazionale ha perso quasi 21.000 medici specialisti. Dal 2019 al 2021 (dati Onaosi) hanno abbandonato l'ospedale 8.000 camici bianchi per dimissioni volontarie e 12.645 per pensionamenti, decessi e limitazioni varie. Se il trend fosse confermato anche nel triennio successivo, dal 2022-2024, verrebbero meno altri novemila medici arrivando a una perdita complessiva di 40.000 specialisti non sostituibili nell'immediato.

A guidare la classifica delle carenze conseguenti all'analisi delle curve di pensionamento e dei nuovi specialisti formati nel periodo 2018-2025 sono il Piemonte al nord, la Toscana al centro, la Sicilia al sud. Unica eccezione il Lazio che sarà in grado di soddisfare il disavanzo netto determinato dalla fuoriuscita di specialisti, anche se non in tutte le discipline. Ecco la mappa regione per regione.

TABELLA 1.

Carenze entro il 2025 delle principali specializzazioni suddivise per regione.

Le caselle in rosso rappresentano deficit superiori a 60 specialisti; quelle in grigio deficit uguali o inferiori a 60; quelle in verde surplus di specialisti.

SPECIALIZZAZIONI MEDICHE PIU' CARENTI	Veneto	Emilia Romagna	Lombardia	Piemonte	Liguria	Friuli Ve- Giulia	Valle d'Aosta	Trentino	Toscana	Marche	Umbria
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	184	76	177	194	98	30	0	90	344	148	-17
PEDIATRIA	227	95	510	274	102	20	13	38	329	132	82
MEDICINA INTERNA	92	238	177	154	84	120	8	45	202	53	28
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	32	-83	315	213	99	76	22	47	160	62	49
CHIRURGIA GENERALE	7	-9	159	148	59	29	11	29	104	53	47
PSICHIATRIA	31	83	165	52	63	39	6	11	17	71	19
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	15	145	60	69	53	21	2	8	99	74	29
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	4	35	-22	55	26	-2	4	21	96	44	27
RADIOLOGIA	87	91	-8	54	50	4	8	22	127	64	16
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	33	0	59	73	17	4	7	17	82	13	-16
IGIENE E MED. PREVENTIVA	-15	40	127	19	8	-29	6	-11	14	18	24
NEFROLOGIA	7	-20	22	56	10	31	4	2	40	38	19
OTOLARINGOLOGIA	30	17	4	56	14	-18	3	0	68	8	7
SPECIALIZZAZIONI MEDICHE PIU' CARENTI	Lazio	Abruzzo	Molise	Basilicata	Campania	Puglia	Calabria	Sardegna	Sicilia	Totale Carenze	
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	544	211	0	106	600	498	249	153	356	4241	
PEDIATRIA	42	98	13	44	278	216	150	250	471	3394	
MEDICINA INTERNA	40	25	19	25	119	78	30	73	96	1878	
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	-14	37	16	60	43	93	63	81	153	1523	
CHIRURGIA GENERALE	-5	46	9	40	129	97	90	110	141	1301	
PSICHIATRIA	48	0	12	5	32	15	99	49	120	944	
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	-120	35	13	16	69	104	40	33	63	826	
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	-28	16	11	30	37	73	51	34	180	690	
RADIOLOGIA	-83	-17	-2	33	-32	77	43	38	67	612	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-91	1	8	20	98	64	46	38	78	550	
IGIENE E MED. PREVENTIVA	-85	7	0	15	0	59	57	25	196	474	
NEFROLOGIA	22	2	6	16	-37	33	44	61	10	366	
OTOLARINGOLOGIA	-35	5	7	12	-16	33	16	4	31	246	

Celle rosse: ammanco > 60 unità; celle grigie: ammanco ≤ 60; celle verdi: surplus

Oltre ai rischi di una ulteriore chiusura di servizi è necessario tenere conto dell'impoverimento della qualità dei servizi offerti dal SSN. Si precisa che la situazione di emergenza, è determinata dalla evidente impossibilità (non solo difficoltà) a intraprendere azioni capaci di fornire soluzioni nel breve e medio termine determinando l'insostenibilità del sistema già nel breve periodo.

Le specialità per le quali la programmazione risulta più deficitaria, rispetto alle necessità determinate dall'entrata in vigore delle nuove modalità previdenziali, sono tuttavia la medicina d'emergenza urgenza e la pediatria, carenti sostanzialmente in tutte le regioni considerate.

Lo studio portato avanti dall'ANAAO Assomed si estende all'analisi delle scuole di specializzazione nelle varie regioni evidenziando l'ulteriore grave situazione ad imbuto nella quale si trovano la generalità delle regioni rispetto alle quali si rilevano picchi di maggiore intensità in relazione alle diverse branche specialistiche.

In questa spirale perversa le carenze andranno ad amplificarsi, mentre i nuovi specialisti saranno formati tra diversi anni.

I gravi errori nella programmazione della formazione specialistica, che si protraggono da anni, li pagano, e li pagheranno ancor più nei prossimi anni, i professionisti e soprattutto i pazienti.

Diventa urgente trovare delle soluzioni. Razionali perché basate su un preciso calcolo dei fabbisogni, utili perché temporalmente corrispondenti alle necessità. Aumentare oggi gli ingressi alla scuola di Medicina e Chirurgia potrebbe rappresentare una scelta irrazionale e lontana dalla realtà, oltre che uno spreco di risorse pubbliche. Gli attuali studenti sarebbero disponibili per il mondo del lavoro solo tra 11 o 12 anni, dal 2030 in poi, quando la curva dei pensionamenti sarà in forte calo e le necessità di specialisti per coprire il turnover ridotte di oltre il 50 per cento rispetto alla situazione attuale.

Ciò che serve oggi è pertanto incrementare i contratti di formazione specialistica portandoli a 10.000 all'anno, recuperare tutti i contratti persi o mai assegnati dal Miur, nonostante i finanziamenti, favorendo il riassorbimento dell'imbuto formativo che vede circa 10.000 medici in attesa di uno sbocco formativo, infine, avviare rapidamente una vigorosa campagna di assunzioni nel SSN, eliminando ogni anacronistico vincolo di spesa, semplificando le procedure concorsuali, prolungando la validità delle graduatorie e permettendo, nel caso di carenza di partecipanti ai concorsi, una entrata al lavoro anticipata agli specializzandi dell'ultimo anno: scelta già adottata nell'attuale situazione di pandemia.

È in gioco il nostro sistema sanitario e le poche risorse che abbiamo a disposizione non possono essere sprecate per incompetenza o per scelte demagogiche.

Come sopra accennato le azioni e gli interventi correttivi, di riorganizzazione e di rilancio, devono tener conto del complessivo ventaglio di elementi che, direttamente o indirettamente, posso influenzare gli esiti delle azioni medesime, prevedendo interventi a sistema e l'analisi di tutte le variabili incidenti sul fenomeno. Ciò significa ottimizzare al meglio le risorse disponibili per massimizzare i risultati. Un esempio pratico apparentemente banale è quello del potenziamento del servizio di emergenza e urgenza che può decongestionare il pronto soccorso o l'istituzione dell'Infermiere di famiglia che coadiuva l'attività del MMG e del PLS sgravati di attività e funzioni derogabili, dietro specifica indicazione, a professionalità non medica, potendo gestire l'aumento delle scelte dalle attuali 1.600 a 1.900.

Non solo, incentivare la medicina di emergenza e urgenza significa anche sostenere le aree più depresse e povere di servizi oltre che rafforzare la continuità assistenziale.

È chiaro che le scelte di programmazione devono essere correlate alla situazione di ciascuna ASL e al fabbisogno evidenziato da ciascuna di esse. Da qui l'importanza del Comitato di emergenza medici la cui istituzione è prevista in ciascuna Azienda territoriale.

Indice

CAPO I ASPETTI E FINALITÀ GENERALI	7
Art. 1 Aspetti generali	7
Art. 2 Scopi e finalità	8
Art. 3 Unità organizzative e territoriali interessate	8
CAPO II MEDICINA TERRITORIALE, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ED EMERGENZA E URGENZA TERRITORIALE	9
Art. 4 Medicina generale	9
Art. 5 Continuità assistenziale.....	10
Art. 6 Emergenza e urgenza territoriale	10
CAPO III MEDICINA OSPEDALIERA	11
Art. 7 Medici ospedalieri.....	11
CAPO IV NORME GENERALI DI FUNZIONAMENTO	13
Art. 8 Accordi integrativi regionali	13
Art. 9 Reclutamento dei medici in quiescenza	13
Art. 10 Comitato emergenza medici.....	14
CAPO V NORMA FINANZIARIA.....	15
Art. 11 Disposizioni finanziarie	15
CAPO VI NORME FINALI E TRANSITORIE	16
Art. 12 Norme finali e transitorie	16
Art. 13 Entrata in vigore.....	16

TESTO DEL PROPONENTE

Capo I

Aspetti e finalità generali

Art. 1

Aspetti generali

1. La Regione, in coerenza con le disposizioni e norme adottate in ordine alla organizzazione e gestione del Servizio sanitario regionale (SSR), ai sensi della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 (Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore), al fine di evitare la soppressione o la chiusura di servizi sanitari essenziali per la salvaguardia dei diritti alla salute dei cittadini, adotta, in via del tutto straordinaria e temporanea, misure atte a ridurre o attenuare l'emergenza determinata dalla carenza di personale medico nelle strutture ospedaliere e territoriali, garantendo, nel contempo, il pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione.

2. In virtù di tale situazione, nelle more di precise indicazioni da parte degli organi di governo, le azioni e gli interventi descritti negli articoli che seguono, conseguenti a precise rilevazioni che sono effettuate dalle singole aziende socio-sanitarie locali di cui alla legge regionale n. 24 del 2020, sono attivate da ciascuna Azienda sanitaria, in deroga alle normative vigenti, per un arco temporale indicato all'articolo 12.

3. Le azioni e gli interventi descritti ai successivi articoli fanno riferimento a disposizioni nazionali già adottate in concomitanza con l'emergenza pandemica da Covid-19, tra le quali l'articolo 2 bis, comma 5, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella legge 24 aprile 2020, n. 27 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18,

recante misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Proroga dei termini per l'adozione di decreti legislativi), da attuarsi secondo le modalità previste dalla presente legge.

4. Le diverse azioni e interventi sono programmati, organizzati e coordinati in relazione alle diverse interconnessioni funzionali ai servizi coinvolti e alla massimizzazione dei risultati, ottenibili senza ulteriore aggravio sui carichi di lavoro delle singole professionalità.

Art. 2

Scopi e finalità

1. Scopi e finalità delle disposizioni della presente legge sono:

- a) evitare la soppressione o a chiusura, anche temporanea, di ulteriori servizi che possono pregiudicare i diritti alla salute dei cittadini residenti nel territorio interessato;
- b) individuare, tramite opportuna e adeguata rilevazione delle criticità territoriali e del fabbisogno rilevato dalle singole ASL, le azioni e gli interventi attivabili nel breve periodo evidenziando quelli per i quali risultino necessarie risorse finanziarie aggiuntive;
- c) garantire, nella misura possibile e consentita, i Livelli essenziali di assistenza sanitaria nei diversi territori in relazione ai bisogni evidenziati e nella logica della ottimizzazione delle risorse mediante l'interconnessione delle azioni e degli interventi ipotizzati.

2. I dati rilevati dovranno essere trasmessi all'Assessorato regionale competente entro il termine di sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge aggregati per aree/settore di intervento, come indicato all'articolo 3.

Art. 3

Unità organizzative e territoriali interessate

1. Le azioni e gli interventi previsti dalla presente legge riguardano, nello specifico:

- a) le unità organizzative territoriali ed i servizi di cui all'articolo 16, comma 3 della legge regionale n. 24 del 2020, ossia:
 - 1) la medicina territoriale,
 - 2) la continuità assistenziale
 - 3) i presidi ospedalieri indicati dalla Rete ospedaliera regionale così come approvata dal Consiglio regionale il 25 ottobre 2017;
- b) l'AREUS di cui all'articolo 20 della legge regionale n. 24 del 2020, ovvero, l'articolazione territoriale delle medesime ed il loro eventuale potenziamento.

2. La programmazione e organizzazione di ogni azione/intervento è predisposta e adottata in coerenza con le disposizioni di cui al titolo II (Tutela della salute e benessere del cittadino), capo I (Prestazioni sanitarie), della legge regionale n. 24 del 2020.

Capo II

Medicina territoriale, Continuità assistenziale ed emergenza e urgenza territoriale

Art. 4

Medicina generale

1. Negli ambiti territoriali che presentano comprovate e insanabili carenze di medici titolari che possano assorbire tutti i pazienti nell'ambito dei massimali previsti dall'attuale accordo collettivo nazionale (ACN), la ASL competente per territorio può procedere, in deroga alla normativa contrattuale vigente, per il tempo indicato all'articolo 12, ad incrementare il tetto degli assistibili fino a 1.900 unità, fermo restando che l'incremento decade all'atto della normalizzazione della situazione, con la nomina dei nuovi medici titolari.

2. Qualora sia impossibile attivare l'opportunità prevista dal comma 1, l'Azienda sanitaria competente pubblica comunque la carenza e ad emette, contestualmente, un bando straordinario per la copertura dello stesso, prevedendo la possibilità di aprire le selezioni agli specializzandi dell'ultimo o penultimo anno di specializza-

zione.

3. A tale procedura possono eccezionalmente partecipare tutti i medici regolarmente iscritti all'Ordine dei medici, inclusi coloro che già godono del trattamento di quiescenza. Nella compilazione della successiva graduatoria di merito, hanno priorità i medici iscritti alla graduatoria regionale e i medici pensionati già titolari nello stesso ambito territoriale.

4. Approvata la graduatoria di merito, l'Azienda sanitaria assegna la sostituzione per la durata massima indicata all'articolo 12, con la clausola contrattuale immediatamente interruttiva alla nomina del nuovo medico titolare.

Art. 5

Continuità assistenziale

1. Il Medico di assistenza primaria che ha fino a 650 scelte può mantenere l'incarico di Continuità assistenziale pur incrementando il numero degli assistiti fino a 1.000 unità.

2. In caso di vacanza temporaneamente insanabile in una o più sedi di Guardia medica, ove risulti impossibile provvedere altrimenti, al fine di evitare la chiusura del punto assistenziale, la ASL competente territorialmente può procedere alla nomina diretta del medico pro tempore, purché iscritto all'Ordine dei medici. In alternativa possono essere attivate le medesime disposizioni di cui al precedente articolo 4 in riferimento ai medici all'ultimo anno di specializzazione.

3. Le modalità e le tempistiche di tali nomine temporanee sono decise dal Comitato emergenza di cui all'articolo 10, che può essere riunito in via straordinaria per eventuali situazioni specifiche o impreviste.

Art. 6

Emergenza e urgenza territoriale

1. Al fine di garantire una corretta ed equilibrata divisione dei carichi di lavoro, in coerenza con le competenze assegnate a ciascuna unità organizzativa e servizio e nella piena valo-

rizzazione delle interconnessioni tra i vari servizi presenti in un dato territorio o distretto, le Aziende possono procedere ad una rimodulazione delle postazioni e delle ore assegnate a ciascuna di queste in virtù delle carenze evidenziate e documentate e del fabbisogno rilevato da ciascuna Azienda socio-sanitaria locale.

2. Nella programmazione sono individuati gli obiettivi che si intende conseguire e, quindi, gli indicatori da monitorare, al fine di valutare l'effettiva rispondenza dell'azione ai risultati attesi evitando un eventuale utilizzo inappropriato delle risorse.

3. Le valutazioni di cui al comma 2 sono attribuite al Comitato di cui all'articolo 10.

Capo III

Medicina Ospedaliera

Art. 7

Medici ospedalieri

1. In via straordinaria e transitoria, a far data dall'approvazione della presente legge, negli ospedali con comprovate e insanabili carenze di medici a seguito di mancata copertura, tramite concorso o selezione pubblica, possono essere assunti, per il tempo indicato all'articolo 12, anche i medici all'ultimo o penultimo anno di specializzazione nella disciplina richiesta.

2. I compensi degli specializzandi assunti in via temporanea sono stabiliti dalla Giunta regionale, sentite le Università, con deliberazione proposta dall'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, da emanarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. In fase di prima applicazione si applicano gli accordi Regione-Università di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 13/63 del 15 aprile 2022 (punto 2).

3. I medici specializzandi assunti in base al comma 1 sono soggetti a duplice valutazione professionale di idoneità da parte del responsabile dell'Unità operativa cui sono assegnati, rispet-

tivamente al trentesimo e al novantesimo giorno successivo alla loro entrata in servizio. La valutazione è trasmessa entro due giorni alla Direzione aziendale che - nel caso di valutazione negativa - adotta i provvedimenti più appropriati in relazione alla specifica situazione.

4. I medici specializzandi assunti temporaneamente possono svolgere turni di servizio in reparto, in sala operatoria, in ambulatorio e possono effettuare i servizi di guardia attiva, secondo quanto disposto dall'Accordo Regione-Università di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 13/63 del 15 aprile 2022, al quale si fa riferimento per quanto non previsto dal presente articolo.

5. Sulla base di "progetti obbiettivo" di durata prestabilita nel tempo e nelle finalità, le Aziende sanitarie possono incentivare le attività di diagnosi e cura dei reparti assistenziali, turni extra nelle postazioni maggiormente in difficoltà del servizio emergenza urgenza 118, prevedendo compensi integrativi per i medici, sino a un tetto retributivo massimo di euro 80/ora. Le risorse per tali attività possono essere attinte esclusivamente da quelle previste per il turn over del personale medico che non è stato possibile utilizzare per situazioni insanabili di carenza.

6. Al fine di ridurre le liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e strumentali e per un periodo sperimentale di sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, le ASL nell'ambito dei fondi loro assegnati per tale finalità, possono concordare con i medici dipendenti disponibili un programma di attività di contrasto ai ritardi maggiori, prevedendo fino a 12 ore settimanali eccedenti l'ordinario, con compensi fino a euro 80/ora.

Capo IV

Norme generali di funzionamento

Art. 8

Accordi integrativi regionali

1. Gli uffici e gli organismi competenti possono procedere alla convocazione straordinaria delle rappresentanze sindacali per la stipula di accordi integrativi regionali e aziendali rivolti all'adozione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza nelle aziende miste e in quelle territoriali della Regione, secondo le norme previste dalla presente legge.

Art. 9

Reclutamento dei medici in quiescenza

1. La Regione autonoma della Sardegna, in coerenza con quanto disposto all'articolo 1, attua tutte le strategie, di carattere straordinario e temporaneo, che consentano di far fronte alle effettive carenze di assistenza primaria e di medicina specialistica ospedaliera, prevedendo ulteriori misure, oltre a quelle già esistenti, allo scopo di garantire la piena funzionalità dei reparti specialistici ospedalieri e l'assistenza dei medici di medicina generale in tutto il territorio regionale.

2. Sono stabilite incentivazioni economiche per i medici, anche in quiescenza, che accettino incarichi di sostituzione temporanea dei medici di medicina generale in tutto il territorio regionale, in special modo nelle sedi disagiate e vacanti da oltre tre mesi. Tali incentivazioni sono stabilite in rapporto ai compensi orari dei medici delle USCA incrementate del 35 per cento.

3. Il medico in quiescenza che accetta di sostituire un altro medico, qualora non usufruisca dello studio personale o di quello messo a disposizione dalla ASL, ha diritto, oltre ai compensi dovuti per l'attività professionale, anche ai rim-

borsi delle spese di affitto e delle utenze elettriche e idriche.

4. I compensi del medico in quiescenza che accetta la sostituzione temporanea, a parità di numero di pazienti assistiti, sono identici a quelli percepiti dal medico titolare.

5. Tra le ASL e i medici in quiescenza assunti per le sostituzioni temporanee si stabilisce un rapporto lavorativo di natura libero professionale.

6. La copertura dei vuoti di organico temporaneamente insanabili nell'ambito dell'ospedale pubblica, su iniziativa del Comitato dell'emergenza di cui all'articolo 10, può essere realizzata attraverso l'assegnazione di incarichi libero professionali a medici specialisti in quiescenza.

7. Il trattamento economico dei medici in quiescenza reclutati per vicariare temporaneamente le carenze insanabili di figure professionali nell'ospedale pubblica è quello fissato dai rispettivi contratti nazionali vigenti per i medici titolari.

Art. 10

Comitato emergenza medici

1. In ogni azienda sanitaria è istituito un "Comitato per l'emergenza medici" così composto:

- a) Direttore sanitario aziendale o suo delegato che svolge funzioni di presidente;
- b) Direttore socio-sanitario aziendale qualora presente;
- c) Direttore del Servizio del personale o suo delegato;
- d) Direttore sanitario ospedaliero qualora presente.

Nelle ASL, il Comitato è integrato con la presenza di 3 rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra i convenzionati del territorio aziendale e di un rappresentante dell'AREUS.

2. Al fine di effettuare la programmazione del turn over delle professionalità mediche, il Comitato si riunisce ordinariamente in una gior-

nata della prima settimana di ogni mese per predisporre tutte le azioni volte ad evitare carenze di personale e vacanza delle sedi.

3. Il Comitato svolge compiti di monitoraggio e propone alla Direzione aziendale di riferimento tutte le iniziative utili a prevenire e risolvere la carenza di medici.

4. Alle riunioni del Comitato, previa richiesta autorizzata dal Presidente, è ammessa la partecipazione di stakeholder portatori di istanze specifiche.

5. Il Comitato aziendale aggiorna costantemente la mappa del turn over medico nell'ambito della dipendenza e del convenzionamento esterno e adotta tutte le procedure previste dalla normativa vigente atte a prevenire carenze che possano pregiudicare la qualità dell'assistenza ai pazienti;

6. Il verbale del Comitato è trasmesso all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale entro la seconda settimana di ogni mese. L'Assessore regionale, tramite i servizi competenti, valuta e compendia la documentazione inviata dalle singole aziende e, conseguentemente, programma tutte le azioni da intraprendere direttamente, attraverso ARES o attraverso atti autorizzativi rivolti alle ASL, per prevenire ogni carenza di personale medico.

Capo V

Norma finanziaria

Art. 11

Disposizioni finanziarie

1. Le spese derivanti dalla remunerazione conseguente al reclutamento dei medici in quiescenza, degli specializzanti e dei medici di emergenza e urgenza gravano sul fondo per la medicina territoriale. Ai conseguenti maggiori oneri si farà fronte con le risorse di cui al fondo previsto per le località disagiate, dovendosi considerare località disagiata quella in cui una sostituzione vada deserta e l'unica possibilità di copertura è

data dal medico in quiescenza, specializzando o altra condizione, fino ad esaurimento.

2. Alle eventuali maggiori spese determinate dagli interventi presso i presidi ospedalieri, indicate agli articoli precedenti, si fa fronte con l'istituzione di apposito fondo.

3. Tutte le altre spese discendenti dall'attuazione della presente legge sono ricomprese nei fondi generali di funzionamento assegnati alle singole Aziende del Servizio sanitario regionale.

Capo VI

Norme finali e transitorie

Art. 12

Norme finali e transitorie

1. Tutti gli interventi e le azioni previste dalla presente legge hanno una durata massima di un anno in esito al monitoraggio effettuato dal Comitato di emergenza di cui all'articolo 10 e alle eventuali norme in materia adottate dal governo sentita la Conferenza unificata Stato-regioni.

Art. 13

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione autonoma della Sardegna (BURAS).