

d!

d!rigenza medica

Il mensile dell'



PNRR

Piano Nazionale
di Ripresa
e Resilienza

ECCO

COSA MANCA



In allegato il nuovo numero di **Iniziativa Ospedaliera**

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
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

**Progetto grafico
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 320.7411937
0331.074259

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002.
Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96
Costo a copia: euro 2,50
Finito di stampare
nel mese di giugno 2021

Quale ospedale per l'Italia?



La rete ospedaliera è sottodimensionata in termini di posti letto, scarsamente flessibile e senza riserve nella capacità di risposta ad eventi emergenziali prolungati, vetusta, con più del 50% delle strutture costruite prima degli anni 60 del secolo scorso, in preda a problemi di sicurezza antisismica e antincendio.

I finanziamenti del Pnrr dedicati a queste criticità, le uniche riconosciute all'ospedale, forse come premio per avere evitato il collasso sociale e sanitario, sono largamente insufficienti. Mentre si assegna alla sanità territoriale un terzo delle risorse disponibili non si restituisce alla sanità ospedaliera il maltolto in posti letto e personale nel decennio 2010/2019 né si apre ad una modifica della governance delle aziende sanitarie.

Certo, la sicurezza delle cure passa anche attraverso un ammodernamento degli edifici e delle tecnologie, ma le risorse non sono la bacchetta magica capaci di trasformare edifici antisismici in ospedali se privi di posti letto, personale, flessibilità organizzativa. Senza vedere che l'ospedale è diventato, da luogo per eccellenza dell'ospitalità, inospitale per pazienti e medici che, su fronti opposti della barricata, condividono le stesse difficoltà. Specie al Sud che avrà dal Pnrr 80 mld, ma nessun finanziamento dedicato alla eliminazio-

ECCO COSA MANCA

Se nell'analisi del Pnrr spostiamo l'attenzione da quello che c'è a quello che non c'è, salta agli occhi la risposta insufficiente alle criticità del sistema ospedaliero, evidenziate dal tremendo stress test cui la pandemia lo ha sottoposto

CARLO PALERMO

Segretario Nazionale Anaa Assomed

COSTANTINO TROISE

Presidente Nazionale Anaa Assomed

ne delle disuguaglianze nella aspettativa di vita, nell'accesso alle cure, nelle condizioni di lavoro.

Ma è all'intera Missione salute che sono toccate risorse scarse, minori di quelle concesse al superbonus edilizio. Il "principale investimento per il nostro futuro, la chiave della crescita e della coesione sociale, il Servizio sanitario nazionale, il bene più prezioso che abbiamo" (Roberto Speranza) è stato giudicato degno di risorse inferiori a quelle riservate ai condomini e alle ville.

Ciò che più colpisce è, però, l'assenza di quel capitale umano che delle organizzazioni complesse, come la sanità, rappresenta la maggiore risorsa. Senza di esso, i Presidi ospedalieri, ancorché antisismici, sono destinati a essere quinte teatrali, le nuove tecnologie elementi di arredo, il territorio puro riferimento geografico. Evidente la contraddizione tra la scelta di allocare risorse e politiche del capitale umano che non la seguono.

La crisi della sanità pubblica si sovrappone e si confonde con la crisi del medico pubblico, sull'orlo di un burnout che lascia spazio solo alla fuga, verso l'estero per i giovani e verso il privato per i meno giovani. Senza soluzioni alla seconda non c'è futuro possibile per la prima. Eppure, l'unico investimento previsto per il personale me-



Ecco cosa manca

dico è nella formazione manageriale, gradita alle Regioni e funzionale ad un modello aziendalistico fallimentare, che ha sostituito i diritti con i numeri, dove si misura tutta la distanza tra la retorica degli eroi e la condizione di dipendenti pubblici, schiacciati da una macchina che esige troppo e nemmeno li ascolta, frustrati da una organizzazione del lavoro che non ha tra le sue priorità i loro bisogni e le loro necessità.

La sanità, oggi, è, in pratica, governata all'insaputa dei medici, fattori produttivi estorti del valore del proprio lavoro, numeri chiamati a produrre altri numeri. In una condizione di scarsa democrazia, con non celate forme di autoritarismo, che ha trasformato in inutile ferrovicchio competenze e saperi, due dimensioni in cui si incardina il ruolo e la stessa autorevolezza sociale dei medici. Una sofferenza acuita dalla pandemia, che ha aumentato carichi di lavoro e complessità assistenziale, stress fisico e psichico. Non a caso fuggono dagli ospedali.

Lo scatto che serve alla sanità oggi è un'innovazione profonda dell'organizzazione e della governance per valorizzare il suo capitale umano, in una rotta nuova per la quale non servono risorse economiche, ma una merce altrettanto preziosa, per quanto più accessibile, come la volontà politica. Il lavoro dei medici del SSN reclama oggi un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato. La rivoluzione copernicana, di cui giustamente parla il Ministro Speranza, deve partire da qui e ora.

Per "separare il passato dal futuro" (Francesco Boccia) molti sono i temi da affrontare.

Alcuni di sistema, quali gli assetti istituzionali, cioè i correttivi al federalismo imperante, anche nella versione moderna dell'autonomia differenziata, e alle disuguaglianze prodotte nella esigibilità di un diritto unico ed indivisi-

bile come quello alla salute. E la mancanza di luoghi in cui il lavoro e le professioni del SSN abbiano voce nei confronti delle scelte di politica sanitaria, sul modello di quel Consiglio Sanitario Nazionale previsto dalla L.833/1978 come soggetto terzo, dal punto di vista istituzionale, tra Stato e Regioni.

Altri riguardano, in maniera specifica e diretta, il lavoro dei medici e dirigenti sanitari dipendenti.

1 Una stagione di assunzioni che recuperi i tagli del passato, come ci chiede la UE, escluda il precariato non contrattualizzato e riduca l'eterogeneità nei rapporti di lavoro ospedaliero. La pandemia ha portato poco più di 1.000 medici con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, insufficienti financo a coprire il turnover prodotto dalla gobba demografica e dalla fuga dei medici ospedalieri verso lavori meno disagiati e più gratificanti. I dati del Conto Annuale dello Stato del 2019 mostrano che le uscite dal sistema ammontano a circa 8.000 medici, di cui circa 5.000 per pensionamento e circa 3.000 per dimissioni anticipate. Nel frattempo, siamo stati costretti a limitare gli accessi alle cure dei malati con patologie non-Covid, con conseguenze negative in termini di morbilità e mortalità che continueranno negli anni a seguire, e già oggi 140 milioni di prestazioni rinviate presentano il conto.

2 Una riforma del sistema di reclutamento, che dia riduzione e certezza dei tempi, in modo da affrontare l'elevato turnover che ci aspetta fino al 2024. Una risposta concreta alla carenza di specialisti di cui soffre da anni il sistema, forse l'unica possibile, è la contrattualizzazione nella rete ospedaliera degli specializzandi dell'ultimo biennio del corso. Un anticipo della riforma della formazione post laurea, oggi terreno di coltura per il neocolonialismo delle Scuole di Medicina che mirano a occupare il mondo ospedaliero.

3 Una riforma dello stato giuridico che accentui fortemente il carattere "speciale" della dirigenza del SSN, delineato dall'art. 15 del D.lgs 229/1999, rafforzandone l'autonomia, sia nel profilo professionale che gestionale, valorizzando la peculiarità della "funzione" svolta a tutela di un bene costituzionale.

4 Un riconoscimento di un ruolo decisionale nella governance delle aziende, ripensando l'attuale modello, un potere assoluto verticistico e monocratico su cose e persone, attraverso forme di partecipazione a modelli organizzativi ed operativi che riprendano il tema del "governo clinico". La complessità del mondo sanitario non può, in sostanza, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendalista escludendo dai processi decisionali le categorie professionali, nell'illusione di costruire maxi aziende con mini medici.

5 Rimedi all'impovertimento della categoria, causa principale della fuga dal SSN, attraverso l'aumento dei livelli retributivi, la detassazione del salario accessorio, già riconosciuto ai medici della sanità privata, per favorire il riassorbimento delle liste di attesa accumulate durante la pandemia, il riconoscimento economico del rischio contagio, elemento contrattuale già goduto dagli infermieri, la valorizzazione del lavoro notturno e festivo per premiare chi affronta con generosità e abnegazione il lavoro disagiato.

6 L'assunzione del Ccnl come strumento di innovazione del sistema, parte di un progetto rifondativo dell'impianto unitario del SSN, elemento di governo partecipato, costitutivo del Pnrr, anche attraverso lo spostamento del tavolo contrattuale al Ministero della salute. Cominciando con risolvere la questione della composizione delle aree contrattuali, che non necessita di forzose modifiche antisindacali.

7 Il completamento della L. 24/2017 sulla responsabilità professionale con il passaggio a un sistema "no fault" sul modello europeo, superando l'eccezionalità dello "scudo Covid".

Lavorare come dirigente medico, veterinario e sanitario pubblico non deve essere una punizione o una sofferenza perchè sarà questo lavoro a portare la sanità pubblica fuori dall'emergenza pandemica. Ma il disagio crescente dei professionisti e la crisi di fiducia dei cittadini nell'affidabilità del sistema sanitario rappresentano una miscela in grado di eroderne la sostenibilità, quali che siano le risorse investite.

Studio Anaao Assomed / Gli Straordinari dei medici

Per il salario accessorio è una vera “Babele”



Ecco tutte le differenze
da Bolzano a Palermo

I valori del fondo complessivo e delle varie voci della struttura della retribuzione della Dirigenza Medica del SSN più elevati si registrano nelle province autonome di Trento e Bolzano, con 45.759 e 65.951€ rispettivamente, seguite a distanza da Molise, 29.439 euro, Piemonte, 28.503€ e Veneto, 26.495€. I fondi più «poveri» vengono rilevati, invece, in Friuli Venezia Giulia, 20.000€, Umbria 21.129 euro, Campania 21.320€, Toscana 21.254€ e Abruzzo 21.800€

Una parte consistente della retribuzione dei medici dipendenti è costituita dal salario accessorio alimentato da Fondi, di diversa tipologia e finalità, definiti in sede di contrattazione nazionale. La loro traduzione a livello regionale e aziendale, fino alle tasche degli interessati, non segue, però, percorsi lineari per cui si producono risultati discordanti e inattesi in una sorta di balcanizzazione dell'istituto contrattuale.

all'anno 2019, per le Aziende Sanitarie Locali, i Policlinici universitari, gli ex-IPAB e gli IRCCS. Le quote pro-capite dei fondi sono state calcolate utilizzando il numero dei dirigenti medici in servizio, compresi i direttori di struttura complessa. Si ricorda che nel 2019 era vigente ancora il CCNL 2006/2009 a seguito del blocco decennale della contrattazione.

Durante l'elaborazione dei dati, sono stati rilevati nel CAT 2019 alcuni errori, come ad esempio la presenza, tra le voci accessorie dei dirigenti medici, delle “indennità di incarico” e “indennità di coordinamento” che invece appartengono al personale del comparto. Essendo impossibile risalire a cosa il CAT intenda per “altri compensi per particolari condizioni di lavoro” e “altre spese accessorie e indennità varie”, le stesse sono state assimilate al fondo per le particolari condizioni di lavoro mentre alcune voci di spesa compaiono raggruppate per macro-elementi.

SCOPO E METODI DELLO STUDIO

Con questo studio ci proponiamo di:

- **illustrare** una panoramica della distribuzione tra le diverse regioni dei fondi accessori relativamente al 2019;
- **confrontare** i dati ottenuti nelle singole regioni con la media nazionale;
- **confrontare** il rapporto in ogni regione tra fondo accessorio e numero di abitanti.

I dati sono derivati dal Conto Annuale del Tesoro (CAT) e dall'ISTAT, relativi

I fondi accessori rilevabili nel CAT sono stati da noi suddivisi in:

- | | |
|--|--|
| 1) FONDO DI POSIZIONE:
(ART. 24 CCNL 2006-2009) | a) retribuzione di posizione – parte fissa
b) retribuzione di posizione – quota variabile
c) assegno ad personam
d) indennità di specificità medico-veterinaria
e) indennità di direzione di struttura complessa |
| 2) FONDO DI RISULTATO:
(ART. 26 CCNL 2006-2009) | a) retribuzione di risultato |
| 3) FONDO PER LE CONDIZIONI DI LAVORO:
(ART. 25 CCNL 2006-2009) | a) lavoro straordinario
b) compenso per turni di guardia notturna
c) pronta disponibilità
d) altri compensi per particolari condizioni di lavoro
e) altre spese accessorie e indennità varie
f) indennità professionale specifica |

Studio Anaao / Gli Straordinari dei medici

TABELLA 1
FONDI VALORI ASSOLUTI (ASL, POLICLINICI, EX-IPAB, IRCCS)

	Totale generale	Totale	STRAORDINARIO	Totale	ASSEGNO AD PERSONAM	IND DIREZ. STRUTT. COMP.	INDENNITA' DI SPECIFICITA' MEDICO-VETERINARIA	INDENNITA' PROFESSIONALE SPECIFICA	RETRIBUZIONE DI POSIZIONE
Lombardia	372.158.644 €	12.409.313 €	12.409.313 €	325.071.321 €	440.220 €	8.739.135 €	115.860.455 €	58.211 €	47.289.560 €
Lazio	198.557.935 €	7.841.159 €	7.841.159 €	170.109.638 €	339.336 €	3.241.005 €	61.981.190 €	116.917 €	28.764.144 €
Campania	199.533.295 €	11.282.568 €	11.282.568 €	161.960.833 €	525.599 €	4.480.414 €	72.419.884 €	115.702 €	36.110.543 €
Sicilia	210.126.958 €	6.813.557 €	6.813.557 €	173.920.786 €	506.700 €	3.777.569 €	70.935.138 €	329.467 €	36.133.321 €
Veneto	207.326.603 €	7.855.461 €	7.855.461 €	180.129.801 €	189.309 €	5.220.158 €	61.204.148 €	22.450 €	23.338.405 €
Emilia Romagna	213.553.231 €	9.257.249 €	9.257.249 €	185.265.269 €	291.411 €	4.393.111 €	67.463.679 €	1.054.199 €	28.307.717 €
Piemonte	239.567.507 €	6.706.745 €	6.706.745 €	211.460.085 €	617.981 €	4.681.278 €	64.751.486 €	223 €	28.483.183 €
Puglia	152.239.088 €	8.747.153 €	8.747.153 €	123.996.705 €	544.744 €	2.932.220 €	55.237.625 €	502.474 €	23.940.631 €
Toscana	175.240.451 €	5.807.403 €	5.807.403 €	147.273.315 €	258.615 €	3.810.285 €	66.210.259 €	668.303 €	27.280.076 €
Calabria	91.792.409 €	3.707.611 €	3.707.611 €	78.479.409 €	205.372 €	1.684.286 €	28.797.339 €	55.704 €	17.006.615 €
Sardegna	95.672.348 €	2.096.834 €	2.096.834 €	81.782.749 €	162.752 €	1.696.168 €	32.768.624 €	49.833 €	15.449.112 €
Liguria	81.034.109 €	2.279.779 €	2.279.779 €	70.167.063 €	147.620 €	1.769.571 €	27.168.584 €	158.929 €	12.320.483 €
Marche	73.206.144 €	2.720.719 €	2.720.719 €	63.364.047 €	231.672 €	2.026.805 €	23.108.133 €	24.103 €	8.759.141 €
Abruzzo	58.618.901 €	2.793.382 €	2.793.382 €	48.484.910 €	116.369 €	990.405 €	23.088.309 €	0 €	10.440.329 €
Friuli	52.940.502 €	1.469.032 €	1.469.032 €	45.107.917 €	143.865 €	1.541.106 €	19.911.549 €	43.093 €	9.280.626 €
Prov. Autonoma Trento	50.609.572 €	1.485.966 €	1.485.966 €	34.506.887 €	212.379 €	1.315.302 €	8.273.665 €	0 €	3.305.742 €
Prov. Autonoma Bolzano	63.840.800 €	986.983 €	986.983 €	27.440.550 €	3.622.540 €	2.692.072 €	10.159.766 €	0 €	1.652.203 €
Umbria	41.729.301 €	1.830.210 €	1.830.210 €	34.865.632 €	0 €	958.502 €	15.414.943 €	51.024 €	5.518.408 €
Basilicata	27.179.058 €	1.296.642 €	1.296.642 €	21.699.664 €	85.877 €	941.913 €	8.738.859 €	11.313 €	3.539.898 €
Molise	14.749.048 €	684.696 €	684.696 €	12.312.330 €	0 €	134.862 €	3.833.072 €	0 €	4.712.441 €
Valle d'Aosta	7.880.528 €	180.238 €	180.238 €	5.870.605 €	924 €	238.603 €	2.369.389 €	0 €	1.232.339 €
Totale	2.627.556.432 €	98.252.700 €	98.252.700 €	2.203.269.516 €	8.643.285 €	57.264.770 €	839.696.096 €	3.261.945 €	372.864.917 €

TABELLA 2
FONDI VALORI UNITARI (PER DIRIGENTE MEDICO)

	Totale generale	Totale	STRAORDINARIO	Totale	ASSEGNO AD PERSONAM	IND DIREZ. STRUTT. COMP.	INDENNITA' DI SPECIFICITA' MEDICO-VETERINARIA	INDENNITA' PROFESSIONALE SPECIFICA	RETRIBUZIONE DI POSIZIONE
Lombardia	25.027 €	835 €	835 €	21.861 €	30 €	588 €	7.792 €	4 €	3.180 €
Lazio	24.513 €	968 €	968 €	21.001 €	42 €	400 €	7.652 €	14 €	3.551 €
Campania	21.320 €	1.206 €	1.206 €	17.305 €	56 €	479 €	7.738 €	12 €	3.858 €
Sicilia	23.309 €	756 €	756 €	19.292 €	56 €	419 €	7.869 €	37 €	4.008 €
Veneto	26.495 €	1.004 €	1.004 €	23.020 €	24 €	667 €	7.822 €	3 €	2.983 €
Emilia Romagna	23.984 €	1.040 €	1.040 €	20.807 €	33 €	493 €	7.577 €	118 €	3.179 €
Piemonte	28.503 €	798 €	798 €	25.159 €	74 €	557 €	7.704 €	0 €	3.389 €
Puglia	22.959 €	1.319 €	1.319 €	18.700 €	82 €	442 €	8.330 €	76 €	3.610 €
Toscana	21.254 €	704 €	704 €	17.862 €	31 €	462 €	8.030 €	81 €	3.309 €
Calabria	24.883 €	1.005 €	1.005 €	21.274 €	56 €	457 €	7.806 €	15 €	4.610 €
Sardegna	23.048 €	505 €	505 €	19.702 €	39 €	409 €	7.894 €	12 €	3.722 €
Liguria	22.988 €	647 €	647 €	19.906 €	42 €	502 €	7.707 €	45 €	3.495 €
Marche	24.378 €	906 €	906 €	21.100 €	77 €	675 €	7.695 €	8 €	2.917 €
Abruzzo	21.800 €	1.039 €	1.039 €	18.031 €	43 €	368 €	8.586 €	0 €	3.883 €
Friuli	20.000 €	555 €	555 €	17.041 €	54 €	582 €	7.522 €	16 €	3.506 €
Prov. Autonoma Trento	45.759 €	1.344 €	1.344 €	31.200 €	192 €	1.189 €	7.481 €	0 €	2.989 €
Prov. Autonoma Bolzano	65.951 €	1.020 €	1.020 €	28.348 €	3.742 €	2.781 €	10.496 €	0 €	1.707 €
Umbria	21.129 €	927 €	927 €	17.653 €	0 €	485 €	7.805 €	26 €	2.794 €
Basilicata	24.289 €	1.159 €	1.159 €	19.392 €	77 €	842 €	7.810 €	10 €	3.163 €
Molise	29.439 €	1.367 €	1.367 €	24.576 €	0 €	269 €	7.651 €	0 €	9.406 €
Valle d'Aosta	24.938 €	570 €	570 €	18.578 €	3 €	755 €	7.498 €	0 €	3.900 €
Totale	24.547 €	918 €	918 €	20.583 €	81 €	535 €	7.844 €	30 €	3.483 €

TABELLA 3
SCOSTAMENTI PERCENTUALI VALORE FONDI RISPETTO A MEDIA NAZIONALE

	Totale generale	Totale	STRAORDINARIO	Totale	ASSEGNO AD PERSONAM	IND DIREZ. STRUTT. COMP.	INDENNITA' DI SPECIFICITA' MEDICO-VETERINARIA	INDENNITA' PROFESSIONALE SPECIFICA	RETRIBUZIONE DI POSIZIONE
Lombardia	2,0%		-9,1%		63,3%	9,9%	-0,7%	-87,2%	-8,7%
Lazio	-0,1%		5,5%		-48,1%	-25,2%	-2,5%	-52,6%	1,9%
Campania	-13,1%		31,3%		-30,4%	-10,5%	-1,4%	-59,4%	10,8%
Sicilia	-5,0%		-17,7%		-30,4%	-21,7%	0,3%	19,9%	15,1%
Veneto	7,9%		9,4%		-70,0%	24,7%	-0,3%	-90,6%	-14,4%
Emilia Romagna	-2,3%		13,3%		-59,5%	-7,8%	-3,4%	288,5%	-8,7%
Piemonte	16,1%		-13,1%		-8,9%	4,1%	-1,8%	-99,9%	-2,7%
Puglia	-6,5%		43,7%		1,7%	-17,3%	6,2%	148,7%	3,6%
Toscana	-13,4%		-23,3%		-61,2%	-13,6%	2,4%	166,0%	-5,0%
Calabria	1,4%		9,5%		-31,1%	-14,7%	-0,5%	-50,4%	32,3%
Sardegna	-6,1%		-45,0%		-51,4%	-23,6%	0,6%	-60,6%	6,8%
Liguria	-6,3%		-29,5%		-48,1%	-6,2%	-1,7%	48,0%	0,3%
Marche	-0,7%		-1,3%		-4,5%	26,2%	-1,9%	-73,7%	-16,3%
Abruzzo	-11,2%		13,2%		-46,4%	-31,2%	9,5%	-100,0%	11,5%
Friuli	-18,5%		-39,5%		-32,7%	8,8%	-4,1%	-46,6%	0,7%
Prov. Autonoma Trento	86,4%		46,4%		137,8%	122,3%	-4,6%	-100,0%	-14,2%
Prov. Autonoma Bolzano	168,7%		11,1%		4534,7%	419,9%	33,8%	-100,0%	-51,0%
Umbria	-13,9%		1,0%		-100,0%	-9,3%	-0,5%	-15,2%	-19,8%
Basilicata	-1,1%		26,2%		-5,0%	57,3%	-0,4%	-66,8%	-9,2%
Molise	19,9%		48,9%		-100,0%	-49,7%	-2,5%	-100,0%	170,0%
Valle d'Aosta	1,6%		-37,9%		-96,4%	41,1%	-4,4%	-100,0%	12,0%
Totale	0,0%		0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

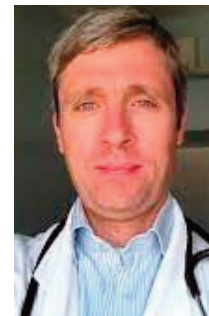
RISULTATI

Studio a cura di:

In **Tabella 1** è indicato il valore dei Fondi contrattuali, complessivo e distinto per tipologia, per ogni regione italiana.



MATTEO D'ARIENZO
Delegato Anaa Assomed al Direttivo Cosmed



ANDREA ROSSI
Vice Segretario Anaa Assomed Veneto



COSTANTINO TROISE
Presidente Nazionale Anaa Assomed

In **Tabella 2** sono riportati i valori medi del fondo complessivo e delle varie voci della struttura della retribuzione della Dirigenza Medica del SSN, indicizzati per il numero totale dei medici in attività. Nella prima colonna è indicato il valore complessivo del fondo, con i valori più elevati nelle province autonome di Trento e Bolzano, 45.759 e 65.951€ rispettivamente, seguite a distanza da Molise, 29.439 euro, Piemonte, 28503€ e Veneto, 26495€. I fondi più poveri vengono rilevati, invece, in Friuli, 20.000€, Umbria 21.129 euro, Campania 21.320€, Toscana 21.254€ e Abruzzo 21.800€.

Gli scostamenti percentuali del valore dei fondi rispetto alla media nazionale (24.547 euro pro capite) sono riportati in **Tabella 3**. Per quanto riguarda il fondo totale, le province autonome di Trento e di Bolzano presentano gli scostamenti positivi dalla media più elevati, +86,4% e +168,7% rispettivamente, seguite con notevole distacco da Piemonte (+16,1%) e Veneto (+7,9%). Per contro, le Regioni che presentano i valori di scostamento negativi più elevati sono Friuli (-18,5%), Umbria (-13,9%), Toscana (-13,4%), Campania (-13,1%) e Abruzzo (-11,2%).

Calcolando il rapporto tra fondo accessorio e numero di abitanti per regione e confrontandolo con la media italiana (43,61 euro pro capite), si evidenzia come le regioni e province più ricche siano ancora Bolzano (119,98€ pro capite, +175,1%) e Trento (93,25 pari a +113,8%), seguite da Valle d'Aosta (62,79, +44%), Sardegna (58,68, +34,5%) e Piemonte (55,18, +26,5%). Con lo stesso metodo, le regioni più povere risultano essere le più popolate: Lazio (33,85€ pro capite, -22,4%), Campania (34,49, -20,9%), Lombardia (36,83, -15,5%).

Per quanto riguarda l'indennità di specificità medica e veterinaria, i valori sono abbastanza simili tra le varie regioni, con l'eccezione della Provincia autonoma di Bolzano che presenta +33,8%, rispetto alla media italiana (7.844€ pro capite), seguito dall'Abruzzo, +9,5% e dalla Puglia +6,2%.

Grosse differenze si rilevano sia nella parte fissa che nella parte variabile della retribuzione di posizione. Per quanto riguarda la parte fissa, Molise, Calabria e Sicilia presentano lo scostamento verso l'alto più marcato rispetto

RETRIBUZIONE DI POSIZIONE - QUOTA VARIABILE	RETRIBUZIONE DI RISULTATO	Totale	ALTRE SPESE ACCESSORIE ED INDENNITA' VARIE	ALTRI COMPENSI PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO	COMPENSO PER TURNI DI GUARDIA NOTTURNI DIRIGENTI	PRONTA DISPONIBILITA'
59.976.866 €	92.706.874 €	34.678.010 €	1.075.073 €	11.663.258 €	9.826.907 €	12.112.772 €
42.637.630 €	33.029.416 €	20.607.138 €	1.607.269 €	5.917.767 €	9.220.123 €	3.861.979 €
30.989.178 €	17.319.513 €	26.289.894 €	4.441.753 €	6.972.500 €	9.610.409 €	5.265.232 €
34.598.894 €	27.639.697 €	29.392.615 €	5.353.788 €	7.260.307 €	6.787.700 €	9.990.820 €
43.387.842 €	46.767.489 €	19.341.341 €	1.642.672 €	4.899.787 €	5.717.698 €	7.081.184 €
32.830.959 €	50.924.193 €	19.030.713 €	95.239 €	7.455.918 €	6.034.813 €	5.444.743 €
47.137.749 €	65.788.185 €	21.400.677 €	1.367.786 €	6.355.398 €	5.414.552 €	8.262.941 €
27.291.179 €	13.547.832 €	19.495.230 €	830.938 €	6.509.140 €	5.226.797 €	6.928.355 €
27.253.336 €	21.792.441 €	22.159.733 €	1.784.840 €	6.294.746 €	7.563.559 €	6.518.588 €
17.173.507 €	13.556.586 €	9.605.389 €	2.468.385 €	2.286.753 €	2.475.850 €	2.374.401 €
7.407.557 €	24.248.703 €	11.792.765 €	1.317.578 €	3.491.922 €	3.547.915 €	3.435.350 €
15.802.502 €	12.799.374 €	8.587.267 €	686.374 €	2.511.255 €	2.181.213 €	3.208.425 €
12.289.486 €	16.924.707 €	7.121.378 €	232.574 €	2.059.247 €	2.257.082 €	2.572.475 €
5.193.311 €	8.656.187 €	7.340.609 €	312.372 €	1.864.204 €	2.042.882 €	3.121.151 €
5.377.811 €	8.809.867 €	6.363.553 €	636.325 €	1.357.767 €	1.554.810 €	2.814.651 €
5.144.341 €	16.255.458 €	14.616.719 €	10.553.582 €	815.320 €	761.039 €	2.486.778 €
0 €	9.313.969 €	35.413.267 €	29.235.575 €	161.103 €	3.474.085 €	2.542.504 €
8.818.594 €	4.104.161 €	5.033.459 €	29.055 €	1.608.315 €	1.503.500 €	1.892.589 €
6.804.303 €	1.577.501 €	4.182.752 €	160.979 €	987.246 €	961.277 €	2.073.250 €
2.811.444 €	1.020.511 €	1.752.022 €	58.386 €	752.455 €	327.350 €	613.831 €
896.700 €	1.132.650 €	1.829.685 €	0 €	992.091 €	195.200 €	642.394 €
433.623.189 €	487.915.314 €	326.034.216 €	63.890.543 €	82.216.499 €	86.684.761 €	93.242.413 €

RETRIBUZIONE DI POSIZIONE - QUOTA VARIABILE	RETRIBUZIONE DI RISULTATO	Totale	ALTRE SPESE ACCESSORIE ED INDENNITA' VARIE	ALTRI COMPENSI PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO	COMPENSO PER TURNI DI GUARDIA NOTTURNI DIRIGENTI	PRONTA DISPONIBILITA'
4.033 €	6.234 €	2.332 €	72 €	784 €	661 €	815 €
5.264 €	4.078 €	2.544 €	198 €	731 €	1.138 €	477 €
3.311 €	1.851 €	2.809 €	475 €	745 €	1.027 €	563 €
3.838 €	3.066 €	3.260 €	594 €	805 €	753 €	1.108 €
5.545 €	5.977 €	2.472 €	210 €	626 €	731 €	905 €
3.687 €	5.719 €	2.137 €	11 €	837 €	678 €	611 €
5.608 €	7.827 €	2.546 €	163 €	756 €	644 €	983 €
4.116 €	2.043 €	2.940 €	125 €	982 €	788 €	1.045 €
3.305 €	2.643 €	2.688 €	216 €	763 €	917 €	790 €
4.655 €	3.675 €	2.604 €	669 €	620 €	671 €	644 €
1.785 €	5.842 €	2.841 €	317 €	841 €	855 €	828 €
4.483 €	3.631 €	2.436 €	195 €	712 €	619 €	910 €
4.092 €	5.636 €	2.371 €	77 €	686 €	752 €	857 €
1.931 €	3.219 €	2.730 €	116 €	693 €	760 €	1.161 €
2.032 €	3.328 €	2.404 €	240 €	513 €	587 €	1.063 €
4.651 €	14.698 €	13.216 €	9.542 €	737 €	688 €	2.248 €
0 €	9.622 €	36.584 €	30.202 €	166 €	3.589 €	2.627 €
4.465 €	2.078 €	2.549 €	15 €	814 €	761 €	958 €
6.081 €	1.410 €	3.738 €	144 €	882 €	859 €	1.853 €
5.212 €	2.037 €	3.497 €	117 €	1.502 €	653 €	1.225 €
2.838 €	3.584 €	5.790 €	0 €	3.140 €	618 €	2.035 €
4.051 €	4.558 €	3.046 €	597 €	768 €	810 €	871 €

RETRIBUZIONE DI POSIZIONE - QUOTA VARIABILE	RETRIBUZIONE DI RISULTATO	Totale	ALTRE SPESE ACCESSORIE ED INDENNITA' VARIE	ALTRI COMPENSI PER PARTICOLARI CONDIZIONI DI LAVORO	COMPENSO PER TURNI DI GUARDIA NOTTURNI DIRIGENTI	PRONTA DISPONIBILITA'
-0,4%	36,8%		-87,9%	2,1%	-18,4%	-6,5%
29,9%	-10,5%		-66,8%	-4,9%	40,6%	-45,3%
-18,3%	-59,4%		-20,5%	-3,0%	26,8%	-35,4%
-5,3%	-32,7%		-0,5%	4,9%	-7,0%	27,2%
36,9%	31,1%		-64,8%	-18,5%	-9,8%	3,9%
-9,0%	25,5%		-98,2%	9,0%	-16,3%	-29,8%
38,4%	71,7%		-72,7%	-1,6%	-20,4%	12,9%
1,6%	-55,2%		-79,0%	27,8%	-2,7%	19,9%
-18,4%	-42,0%		-63,7%	-0,6%	13,3%	-9,3%
14,9%	-19,4%		12,1%	-19,3%	-17,1%	-26,1%
-55,9%	28,2%		-46,8%	9,5%	5,5%	-5,0%
10,7%	-20,3%		-67,4%	-7,2%	-23,6%	4,5%
1,0%	23,6%		-87,0%	-10,7%	-7,2%	-1,7%
-52,3%	-29,4%		-80,5%	-9,7%	-6,2%	33,3%
-49,8%	-27,0%		-59,7%	-33,2%	-27,5%	22,1%
14,8%	222,4%		1498,7%	-4,0%	-15,0%	158,1%
-100,0%	111,1%		4960,1%	-78,3%	343,2%	201,5%
10,2%	-54,4%		-97,5%	6,0%	-6,0%	10,0%
50,1%	-69,1%		-75,9%	14,9%	6,1%	112,7%
28,7%	-55,3%		-80,5%	95,5%	-19,3%	40,7%
-30,0%	-21,4%		-100,0%	308,8%	-23,7%	133,4%
0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Studio Anaa / Gli Straordinari dei medici

TABELLA 4

FONDI RAGGRUPPATI PER TIPO PER VALORI UNITARI (PER DIRIGENTE MEDICO, VALORI ESPRESI IN EURO)

	TOTALE GENERALE	Δ% (risp. Italia)	FONDO POSIZIONE	Δ% (risp. Italia)	FONDO RISULTATO	Δ% (risp. Italia)	FONDO CONDIZIONI LAVORO	Δ% (risp. Italia)
Lombardia	25.027 €	2,0%	15.622 €	-2,3%	6.234 €	36,8%	3.171 €	-20,6%
Lazio	24.513 €	-0,1%	16.909 €	5,7%	4.078 €	-10,5%	3.527 €	-11,7%
Campania	21.320 €	-13,1%	15.442 €	-3,5%	1.851 €	-59,4%	4.027 €	0,8%
Sicilia	23.309 €	-5,0%	16.190 €	1,2%	3.066 €	-32,7%	4.053 €	1,5%
Veneto	26.495 €	7,9%	17.040 €	6,5%	5.977 €	31,1%	3.478 €	-12,9%
Emilia Romagna	23.984 €	-2,3%	14.969 €	-6,4%	5.719 €	25,5%	3.295 €	-17,5%
Piemonte	28.503 €	16,1%	17.332 €	8,4%	7.827 €	71,7%	3.344 €	-16,3%
Puglia	22.959 €	-6,5%	16.581 €	3,7%	2.043 €	-55,2%	4.335 €	8,5%
Toscana	21.254 €	-13,4%	15.138 €	-5,4%	2.643 €	-42,0%	3.473 €	-13,0%
Calabria	24.883 €	1,4%	17.584 €	9,9%	3.675 €	-19,4%	3.624 €	-9,3%
Sardegna	23.048 €	-6,1%	13.848 €	-13,4%	5.842 €	28,2%	3.358 €	-15,9%
Liguria	22.988 €	-6,3%	16.229 €	1,5%	3.631 €	-20,3%	3.128 €	-21,7%
Marche	24.378 €	-0,7%	15.456 €	-3,4%	5.636 €	23,6%	3.285 €	-17,7%
Abruzzo	21.800 €	-11,2%	14.812 €	-7,4%	3.219 €	-29,4%	3.769 €	-5,6%
Friuli	20.000 €	-18,5%	13.697 €	-14,4%	3.328 €	-27,0%	2.975 €	-25,5%
Prov. Autonoma Trento	45.759 €	86,4%	16.502 €	3,2%	14.698 €	222,4%	14.559 €	264,5%
Prov. Autonoma Bolzano	65.951 €	168,7%	18.726 €	17,1%	9.622 €	111,1%	37.604 €	841,5%
Umbria	21.129 €	-13,9%	15.550 €	-2,8%	2.078 €	-54,4%	3.501 €	-12,3%
Basilicata	24.289 €	-1,1%	17.972 €	12,4%	1.410 €	-69,1%	4.907 €	22,8%
Molise	29.439 €	19,9%	22.539 €	40,9%	2.037 €	-55,3%	4.864 €	21,8%
Valle d'Aosta	24.938 €	1,6%	14.994 €	-6,3%	3.584 €	-21,4%	6.361 €	59,2%
Totale	24.547 €	0,0%	15.994 €	0,0%	4.558 €	0,0%	3.994 €	0,0%
Deviazione standard	10.135 €		1.873 €		3.054 €		7.480 €	
Mediana	24.289 €		16.190 €		3.631 €		3.527 €	

	NUMERO DIRIGENTI MEDICI AL 2019	NUMERO ABITANTI	NUMERO DIRIGENTI MEDICI PER NUMERO DI ABITANTI (MEDICI/100000)	FONDI ACCESSORI ASSOLUTI PER REGIONE/N.ABITANTI	Δ
Lombardia	14870	10103969	147,1698894	36,83	-15,5%
Lazio	8100	5865544	138,0946081	33,85	-22,4%
Campania	9359	5785861	161,756392	34,49	-20,9%
Sicilia	9015	4968410	181,4463782	42,29	-3,0%
Veneto	7825	4907704	159,4431938	42,25	-3,1%
Emilia Romagna	8904	4467118	199,323143	47,81	9,6%
Piemonte	8405	4341375	193,6022573	55,18	26,5%
Puglia	6631	4008296	165,4318943	37,98	-12,9%
Toscana	8245	3722729	221,4773087	47,07	7,9%
Calabria	3689	1924701	191,6661341	47,69	9,3%
Sardegna	4151	1630474	254,588543	58,68	34,5%
Liguria	3525	1543127	228,4322677	52,51	20,4%
Marche	3003	1518400	197,7739726	48,21	10,5%
Abruzzo	2689	1305770	205,932132	44,89	2,9%
Friuli	2647	1211357	218,5152684	43,70	0,2%
Prov. Autonoma Trento	1106	542739	203,7811913	93,25	113,8%
Prov. Autonoma Bolzano	968	532080	181,9275297	119,98	175,1%
Umbria	1975	880285	224,3591564	47,40	8,7%
Basilicata	1119	556934	200,9214736	48,80	11,9%
Molise	501	302265	165,7485981	48,80	11,9%
Valle d'Aosta	316	125501	251,7908224	62,79	44,0%
Totale	107043	60244639	177,6805402	43,61	0,0%

alla media italiana (3.483€ pro capite): +170%, +32,3% e +15,1% rispettivamente, mentre gli scostamenti verso il basso maggiori sono rilevati per la Provincia autonoma di Bolzano (-51,0%), l'Umbria (-19,8%) e le Marche (-16,3%).

Le Regioni la cui quota variabile risulta discostarsi maggiormente verso l'alto rispetto alla media (4.051€ pro capite) sono Basilicata, 50,1%, Piemonte 38,4%, Veneto 36,9% e Lazio, 29,9%. Le quote più basse sono state riscontrate in Sardegna (-55,9%) e provincia di Bolzano, per la quale tale voce non è prevista. Va sottolineata la particolarità della Provincia di Bolzano che presenta un sistema basato su assegni ad personam, 3.742€ in media, che si discosta anche dalla Provincia di Trento, 192 euro. I dirigenti medici di Trento e

Bolzano presentano una quota relativa alle altre spese accessorie e indennità varie pari a 9.542 e 30.202 euro, rispettivamente.

Per la retribuzione di risultato sono state osservate le quote più elevate (rispetto alla media nazionale di 4.558 euro pro capite) nelle province autonome di Trento e Bolzano (+222,4% e +111,1%), in Piemonte (+71,7%) e in Lombardia (+36,8%), mentre le quote più basse sono in Basilicata (-69,1%), Campania (-59,4%), Molise (-55,3%) e Puglia (-55,2%).

I compensi più elevati per le particolari condizioni di lavoro, atti a retribuire il disagio medico, sono in Valle D'Aosta (3140€ annui) e Molise (1502€), i più bassi nella provincia autonoma di Bolzano (166€) e in Friuli (513€).

Il compenso annuale medio per i turni

di guardia notturna risulta più elevato per i medici della provincia di Bolzano (3589€), seguito dai medici di Lazio e Campania (1.138 e 1.027€, rispettivamente), più basso in Friuli e Liguria (587 e 619€).

Le indennità di pronta disponibilità più elevate sono pagate nelle Province autonome di Trento e Bolzano, 2.248 e 2.627€, rispettivamente, Valle D'Aosta, 2033€, Basilicata, 1853€, Molise 1225€ e Abruzzo 1161€. I valori più bassi sono stati rilevati in Lazio, 477€ e Campania 563€.

Le indennità di Direzione di Struttura complessa più elevate vengono pagate nelle Province autonome di Trento e Bolzano, 1.189 e 2.781€, seguite da Basilicata, 842€ e Valle D'Aosta, 755€.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'analisi dell'ammontare dei fondi destinati dal CCNL alla Dirigenza Medica, aggiustato per il numero di medici operanti nelle varie Regioni, evidenzia una distribuzione a "macchia di leopardo". Dalla valutazione dei valori complessivi pro-capite, risulta chiaro che un discorso a parte vada fatto per le province autonome di Trento e Bolzano che presentano una quota totale nettamente più elevata, con voci stipendiali uniche nel panorama nazionale, caratterizzato da assegni ad personam, particolarmente corposi in particolare nella provincia di Bolzano, ed altre indennità peculiari. Tale osservazione non può essere estesa però alle altre Regioni a Statuto Speciale, visto

Segue da pagina 8

Con la sentenza n. 6045 del 24/5/2021 (vedi il testo su www.anaao.it), il TAR Lazio è tornato a pronunciarsi sulla tormentata questione della pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei dirigenti sanitari. Al fine di comprendere la reale portata di tale pronuncia, occorre riassumere sinteticamente la vicenda

Pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei dirigenti sanitari

AVV. FRANCESCO MARIA MANTOVANI
Consulente legale
Cosmed

L'art. 14, comma 1, lett. f) del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 imponeva alle pubbliche amministrazioni di pubblicare i dati patrimoniali e reddituali di tutti i propri dirigenti, tra cui quelli relativi a redditi, diritti reali su beni immobili e mobili iscritti nei pubblici registri, azioni e quote di partecipazione in società.

Con la sentenza 21 febbraio 2019 n. 20, la Corte Costituzionale ha notevolmente circoscritto l'ambito applicativo di tale disposizione, censurandola nella parte in cui poneva tale obbligo indiscriminatamente a carico di tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, anziché solo per le figure dirigenziali indicate nell'art. 19, commi 3 e 4, del d.lgs. n. 165 del 2001.

Più nello specifico, il Giudice delle leggi ha individuato le specifiche tipologie di incarichi rispetto a cui gli obblighi in esame risultano congruenti e, quindi, continuano ad applicarsi, rinvenendole nelle posizioni di Segretario generale di ministeri e di direzione di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali (comma 3 dell'art. 19 D.lgs. 165/2001) e di funzione dirigenziale di livello generale (comma 4). Secondo la Corte, lo svolgimento, da parte dei titolari di tali incarichi, "di attività di collegamento con gli organi di decisione politica, con i quali il legislatore presuppone l'esistenza di un rapporto fiduciario" e "l'attribuzione a tali diri-

genti di compiti – propositivi, organizzativi, di gestione (di risorse umane e strumentali) e di spesa – di elevatissimo rilievo rende non irragionevole, allo stato, il mantenimento in capo ad essi proprio degli obblighi di trasparenza di cui si discute".

In estrema sintesi, la Corte Costituzionale ha circoscritto in un ambito molto ristretto l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali, limitandolo ai dirigenti titolari di amplissimi poteri decisori ed organizzativi e di diretta nomina da parte dell'Organo politico.

All'indomani della pronuncia del Giudice delle leggi, l'ANAC è intervenuta nuovamente sulla questione con la delibera n. 586 del 26 giugno 2019, estendendo l'ambito soggettivo di applicazione della comunicazione e pubblicazione dei dati patrimoniali ad altre categorie di pubblici dipendenti, non menzionati nella sentenza della Corte costituzionale, tra i quali i direttori di struttura complessa delle Aziende del SSN.

È ovvio che una mera circolare applicativa, espressione del potere d'indirizzo dell'ANAC in merito all'applicazione delle vigenti disposizioni di legge, non poteva modificare il contenuto di queste ultime e, quindi, anche dell'art. 14 del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, come emendato per effetto della sentenza interpretativa di accoglimento della Corte costituzionale.

In ogni caso, l'individuazione delle categorie di dirigenti pubblici, al quale estendere l'obbligo di trasparenza, avrebbe dovuto almeno rispettare i parametri indicati dalla Corte costituzionale, che, come già detto, ha ritenuto l'interesse della collettività alla trasparenza meritevole di tutela e preminente rispetto al diritto alla riservatezza solo nel caso in cui i dirigenti siano di nomina politica e siano muniti di ampi poteri gestori e di spesa.

Tali parametri non sussistono pacificamente rispetto ai direttori di dipartimento ed a quelli di struttura complessa, i quali non sono titolari di poteri gestori e di spesa analoghi a quelli dei direttori generali e dei dirigenti apicali delle amministrazioni statali e non sono nominati da un Organo politico, bensì dai Direttori generali, il cui carattere distintivo è proprio la natura di manager con competenze tecnico-professionali in posizione di terzietà rispetto all'Organo politico regionale (Corte Cost., 23 marzo 2007, n. 104).

Appare quindi evidente che la delibera n. 586/2019 dell'ANAC cancellava gli effetti della pronuncia della Corte costituzionale, almeno con riferimento alla dirigenza sanitaria.

In questo quadro, la Cosmed chiedeva giustizia al TAR Lazio, impugnando la delibera n. 586/2019 dell'ANAC.

L'occasione per instaurare tale contenzioso era determinata dall'emanazione, da parte di un'Azienda sanitaria, di un regolamento che imponeva la pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa e semplice.

Il TAR Lazio accoglieva tale ricorso, con la sentenza n. 12288 del 20 novembre 2020, definitivamente sancendo l'illegittimità della suddetta deliberazione



nella parte in cui prevede l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali ai dirigenti titolari di struttura del SSN. Secondo il TAR Lazio, "al fine di individuare il regime di pubblicità applicabile nel campo della dirigenza sanitaria, non può non considerarsi la peculiarità di tale settore", in cui "la dirigenza comprende le figure apicali del direttore generale e dei direttori amministrativo e sanitario e, solo al livello successivo, la c.d. dirigenza operativa" e, quindi, "le strutture complesse non coincidono, sic et simpliciter, con unità organizzative di rilevanti dimensioni ed apicali, ma comprendono anche figure di media entità, molto numerose e diffuse nel sistema ospedaliero".

In base a tali considerazioni, il TAR Lazio ha giudicato contraria ai principi di proporzionalità, pertinenza, non eccedenza e finalità dei trattamenti dei dati personali la parte della deliberazione 586/2019 dell'ANAC, che imponeva ai dirigenti sanitari dell'obbligo di pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali: "L'individuazione dei destinatari dell'obbligo di pubblicazione, particolarmente penetrante, dei dati di cui all'art. 14 del d.lgs. citato, nei medici responsabili di struttura complessa non costituisca un adeguato bilanciamento tra le esigenze di trasparenza e quelle di riservatezza, in quanto comporterebbe la raccolta di un numero elevatissimo di dati, aventi ad oggetto informazioni anche relative ai redditi privati dei professioni-

sti interessati, con conseguente eccessiva penalizzazione della "privacy" di tali soggetti rispetto all'effettivo accrescimento della possibilità di conoscenza dei meccanismi del sistema da parte del cittadino. Le figure dirigenziali indicate, infatti, non possono considerarsi particolarmente vicine rispetto alla sede di individuazione e selezione degli indirizzi politici, e si occupano piuttosto dell'effettiva gestione ed operatività delle aziende sanitarie".

Seppure la pronuncia in esame faccia specifico riferimento ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa, i principi espressi in essa, secondo cui, come evidenziato, l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali non grava su quelle posizioni dirigenziali che si occupano dell'effettiva gestione ed operatività delle strutture sanitarie, limitano il relativo ambito di applicazione al Direttore Generale, Direttore Sanitario d'Azienda e Direttore Amministrativo, i quali sono le uniche figure manageriali all'interno degli Enti del SSN munite di poteri gestori ampi e collocate in posizione di vicinanza all'Organo di indirizzo politico.

I principi in esame non sono sovvertiti

dalla recente sentenza del Tar Lazio n. 6045 del 14 maggio 2021.

Con tale ultima sentenza, il TAR Lazio si è pronunciato sul ricorso proposto dall'Anac al fine di ottenere chiarimenti in ordine alle modalità di ottemperanza alla sentenza n. 20 del 2019 e, in particolare, se l'annullamento della propria delibera n. 586/2019 dovesse intendersi o meno limitato alla previsione riguardante i dirigenti sanitari titolari di struttura complessa.

È naturale che il TAR Lazio abbia specificato che la sentenza n. 20 del 2019 facesse riferimento ai direttori di struttura complessa, perché a tale figura dirigenziale atteneva la questione oggetto di decisione e la deliberazione dell'Azienda sanitaria impugnata in congiunzione con la delibera n. 586/2019 dell'ANAC.

Si tratta di un'ovvia applicazione dei principi di efficacia soggettiva e oggettiva del giudicato, il quale riguarda i dirigenti sanitari titolari di struttura complessa, ma ciò non esclude che i principi sanciti dal TAR Lazio nella sentenza n. 12288 del 2020 e ancor prima dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 20 del 2019, trovino applicazione nei confronti di tutti i dirigenti pubblici non dotati di poteri concreti ed ampi gestori e di nomina non politica, escludendo questi ultimi dall'obbligo di pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali di cui all'art. 14, comma 1, lett. f) del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Studio Anaao / Gli Straordinari dei medici

Segue da pagina 6

che Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Sicilia, presentano una quota complessiva pro-capite inferiore alla media nazionale.

Al nord Veneto e Piemonte hanno una quota totale maggiore rispetto alla Lombardia e alla Liguria, mentre il Friuli presenta la media più bassa d'Italia.

Le regioni del Centro, ed in particolare Umbria e Toscana hanno media economica bassa.

Al Sud la quota è vicina alla media nazionale, ma anche qui vanno registrati valori nettamente sopra per il Molise e più bassi in Abruzzo e Campania.

Importanti differenze regionali esistono per la retribuzione di risultato dove ancora svettano le province autonome di Trento e Bolzano, insieme al Piemonte, mentre appaiono penalizzate Basilicata, Campania, Molise, Umbria, Puglia e Toscana.

Il fondo legato alle particolari condizioni di lavoro è più elevato in Valle D'Aosta e Molise, mentre presenta valori bassi nella provincia autonoma di

Bolzano (166€) e in Friuli (513€). Al contrario il compenso annuale medio per i turni di guardia notturna risulta molto elevato per i medici della provincia di Bolzano, del Lazio e della Campania, mentre è basso per Friuli e Liguria. Si rileva generalmente una correlazione tra il fondo complessivo e la declinazione nelle singole voci stipendiali, che vede nella maggior parte dei casi il Friuli Venezia Giulia agli ultimi posti e le province autonome del Trentino Alto Adige ai primi.

Provando a utilizzare il rapporto tra fondi accessori e numero di abitanti per regione, le differenze continuano a essere marcate, soprattutto per le due province autonome, benché si noti generalmente uno svantaggio per le regioni più popolose e un vantaggio per quelle con meno abitanti.

Il presente studio ha alcune limitazioni che devono essere tenute presenti. Innanzitutto, il calcolo dell'ammontare delle differenti voci salariali è stato fatto dividendo il valore del fondo com-

plessivo per il numero dei dirigenti medici delle singole Regioni. Non sorprende, quindi, che le Regioni che al 2019 presentavano maggiori carenze di personale medico presentino un fondo più cospicuo. Inoltre, essendo il criterio della spesa per cassa, non è possibile escludere il pagamento nel 2019 anche di arretrati, anche se l'ammontare non dovrebbe essere importante visto che gli arretrati del Ccnl 2016/2018 sono stati versati nel 2020. Il grosso delle cause risulta attribuibile, pertanto, a mancate o distorte applicazioni del CCNL a livello locale o alla corresponsione di risorse aggiuntive proprie delle singole regioni.

I dati presentati possono essere utili in sede di contrattazione nazionale, decentrata e anche di confronto regionale, per evitare che il CCNL sia un guscio vuoto che nasconda, per mancata applicazione delle norme, la perdita del carattere nazionale delle retribuzioni dei medici del SSN, che pure sono definite in maniera unitaria.

Il Covid ha stravolto le organizzazioni del lavoro, ma nessuno di noi se ne è lamentato. La fase acuta, lo tsunami andava gestito, schiena dritta, senza esitazioni o i morti sarebbero stati molti di più. Ma il Covid ha scopercchiato il vaso di Pandora...

Diritti e organizzazione del lavoro

Tutte le criticità vanno portate in superficie

Già l'applicazione della Direttiva UE 2003/88 aveva evidenziato quanto in realtà le risorse umane fossero carenti e ha spinto le Aziende a cercare in tutti i modi, escamotage per garantire la continuità assistenziale (gettoni pagati ai dipendenti o gettonisti non dipendenti e non sempre adeguatamente inseriti nel contesto per coprire i servizi di notte e nei weekend). Il Covid, una volta passata la fase acuta (e ne abbiamo già avute 2 o 3) ci lascia un numero irragionevole di prestazioni arretrate non più differibili, le vaccinazioni da somministrare nel più breve tempo possibile, tempi rallentati di esecuzione a causa delle necessarie misure di contenimento la diffusione dell'infezione, un sistema territoriale allo sfascio che ha ulteriormente rallentato i suoi tempi di azione, attività un tempo ordinarie che hanno acquisito le caratteristiche dell'urgenza. Tutto questo gestito da personale numericamente insufficiente, stanco, in parte non sufficientemente preparato, in quanto in mancanza di specialisti si stanno contrattualizzando anche i neo-abilitati. Questo negli ospedali meglio funzionanti. Là dove vi erano le così dette "cattive abitudini" non è immaginabile cosa stia avvenendo.

Il Covid ha portato, insieme a tutto quanto sopra esposto, a una netta contrazione della possibilità di recuperare non solo l'extra-orario, ma anche quanto contrattualmente garantito in modo inequivocabile (es. recupero dei festivi); una scarsa possibilità di fruire del-

le ferie, fatta salva, nelle realtà più fortunate, di godere almeno dei 15 giorni di ferie nel periodo estivo. Le presenze in servizio per turno, sono caratterizzate ormai da tempi difficilmente rispettabili e un turno di 6 ore diventa ormai quasi di routine di 7-8 ore almeno. I cartellini di molti colleghi relativi al 2020 portano degli extra-orari inimmaginabili, anche per chi, in virtù della tipologia del lavoro svolto, non si era mai trovato ad avere questo problema. Si consideri inoltre che nel 2020, in virtù dei cosiddetti "premi" riservati agli eroi della pandemia, un certo numero di ore era stato riconosciuto in pagamento.

Se lo scorso anno nessuno ha avuto il coraggio di negare le ferie estive agli eroi e anche tutta la popolazione era compatta nel riconoscere il nostro diritto al riposo, ora le cose sono di molto cambiate. Le montagne di arretrato stanno lasciando il segno, non c'è più disponibilità all'attesa e da eroi siamo diventati capri espiatori. Ancora una volta gli ospedali sono stati presi d'assalto alla ricerca di una risposta che il territorio non sembra in grado di fornire, se non in minima parte. In molti ospedali dell'Emilia Romagna si sta mettendo in dubbio la possibilità di garantire le ferie o si dichiara pubblicamente che si cercherà di concedere le ferie. Soprattutto per alcune realtà, si porrà il problema se continuare a garantire i servizi o garantire le ferie. Dove se ne potrà fruire lo si farà solo al prezzo di



ESTER PASETTI
Segretaria Anaa
Assomed
Emilia Romagna

Doctor33

gravi sacrifici da parte di chi rimane e dell'utenza che otterrà per forza di cose prestazioni meno qualificate e più dilazionate. Ancora una volta si lavorerà solo sull'urgenza e sull'emergenza.

Per meglio difendersi occorre esigere la presenza di un piano di lavoro stilato entro il 20 del mese precedente che definisca bene attori e tempi dell'organizzazione della Unità Operativa. Per quanto concerne le ferie, i 15 gg feriali continuativi nel periodo giugno/settembre sono un diritto. Ma come tutti sappiamo, in particolare durante questa persistente pandemia, molti diritti sono stati calpestati, per esempio il tempo massimo di lavoro settimanale e il riposo notturno e settimanale, per far fronte all'impressionante incremento dei carichi di lavoro, in un contesto di personale carente da noi denunciato da almeno un decennio e dimostrato dai recenti dati statistici del Ministero della Salute. Un ruolo fondamentale nella difesa dei Colleghi lo svolge il rappresentante sindacale aziendale. Tutte le criticità vanno portate in superficie aprendo un confronto sull'organizzazione del lavoro in sede di Organismo paritetico, previsto dal CCNL 2016/2018. Si può anche valutare insieme al Dirigente medico o sanitario l'opportunità di avviare una segnalazione alla Direzione provinciale del lavoro. Nei casi più gravi che non trovasero soluzione con i percorsi precedenti, sarà inevitabile avviare il contenzioso legale.

Ccnl 2016-2018 / Sondaggio di Anaaio Giovani

La burocrazia non facilita l'assegnazione delle posizioni. Scarso investimento sui giovani.

Il 78.6% degli intervistati che aveva superato i 5 anni di anzianità riferisce di non aver usufruito della clausola di garanzia e il 66.6% ha confermato il mancato adempimento contrattuale relativo al nuovo CCNL da parte della propria azienda. Solo il 5.98% degli aventi diritto ha riferito di aver ricevuto un incarico gestionale. Soltanto il 18,3% degli intervistati ha dichiarato di essere a conoscenza delle normative contrattuali sugli incarichi o di averne ricevuto diffusione da parte del proprio Direttore

L'entrata in vigore del CCNL 2016-2018 nel dicembre 2019 ha fatto finalmente ripartire una stagione contrattuale ferma al palo da troppo tempo, oltre dieci anni, e arrugginita nei suoi grandi sistemi. Tra i numerosi traguardi contrattuali raggiunti, va dato particolare risalto alla nuova strutturazione del sistema di assegnazione degli incarichi per i dirigenti medici e sanitari della pubblica amministrazione.

Nel nuovo CCNL tale azione si contestualizza con l'istituzione del cosiddetto "doppio binario" all'interno di una riforma strutturale delle carriere: l'opportunità di accedere a incarichi di natura professionale oltre che gestionale e l'obbligo di assegnazione di incarichi professionali a tutti i dirigenti medici e sanitari al raggiungimento dei 5 anni di anzianità effettiva.

Tra le novità vi è, inoltre, l'introduzione dell'obbligo di attribuzione di un incarico definito "di base" a tutti i dirigenti medici e sanitari neoassunti, con una ridefinizione della retribuzione di posizione parte fissa e, dunque, un incremento salariale netto. Questa nuova opportunità di carriera consente scenari gratificanti per i giovani dirigenti neoassunti, come per tutti gli under 45, che aspettano da tempo una valorizzazione economica e professionale del loro lavoro. Nonostante l'entrata in vigore del CCNL 2016-2018 osserviamo tuttavia la necessità di confrontarci con realtà regionali differenti, con meccanismi burocratici disomogenei nel territorio, che sfociano, sovente, in difficoltà nell'attuazione e nel recepimento di nuove nor-

native accentuando un regionalismo delle politiche sanitarie che male si sposa con le caratteristiche universalistiche nazionali del nostro Sistema Sanitario. Il risultato è spesso quello di veder nascere delle vere e proprie fratture generazionali oltre che professionali.

In tale contesto il compito delle organizzazioni sindacali, anche e soprattutto a livello periferico, deve essere quello di vigilare sulla corretta applicazione del contratto in merito all'attribuzione degli incarichi professionali e di promuovere l'utilizzo adeguato dei fondi aziendali. Il settore Anaaio Giovani ha deciso di promuovere un'indagine conoscitiva, rivolta a dirigenti medici e sanitari under 45, assunti con contratto a tempo indeterminato all'interno di Aziende Ospedaliere o Enti del territorio nazionale, in merito alle attuali posizioni dirigenziali e alla titolarità di eventuali incarichi professionali o di base a distanza di quasi 18 mesi dall'entrata in vigore del CCNL 2016-2018.

Il sondaggio rappresenta la fotografia della situazione economico-contrattuale dei giovani professionisti sanitari in Italia oggi, valutando la corretta attuazione periferica delle norme contrattuali riguardanti le posizioni derivanti dal nuovo CCNL, con l'auspicio di promuovere una maggiore consapevolezza e sensibilità contrattuale da parte degli stessi dirigenti.

Inoltre, dall'individuazione di eventuali criticità del Sistema, nell'applicazione

e attuazione del contratto, potrebbero derivare spunti per eventuali richieste di modifiche e/o integrazioni nel testo del prossimo CCNL 2019/2021, oramai alle porte.

ANALISI DEI DATI

La survey è costituita da 11 quesiti di carattere generale comprendenti un'indagine demografica e domande di carattere più specifico mirate alla conoscenza dell'attuale applicazione delle norme contrattuali in materia di incarichi professionali nelle varie aziende sanitarie. Sono stati raccolti anche dati utili a determinare quale sia la percezione soggettiva di quanto previsto dal CCNL in materia di incarichi professionali su una popolazione eterogenea di circa 1.000 tra medici e dirigenti sanitari under 45 dipendenti del SSN.

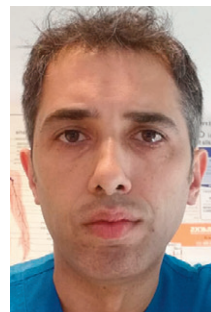
OBIETTIVI DELL'INDAGINE

Nello specifico, le 11 domande hanno esplorato tre situazioni specifiche:

- 1) l'effettiva** assegnazione degli incarichi di base per i neoassunti e gli incarichi professionali/gestionali come previsto dalla nuova normativa vigente del CCNL Sanità (2016-2019) in base all'anzianità di servizio;
- 2) la corretta** e tempestiva applicazione della nuova normativa contrattuale in merito agli incarichi di base, professionali, gestionali da parte dei diversi enti di comparto regionali (AUSL, Aziende integrate Ospedaliere-Universitarie, IRCCS) ivi compresa la clausola di garanzia come previsto dall'art. 92 CCNL 2016-2018;
- 3) la percezione** del dirigente medico in merito all'adozione degli adempimenti contrattuali relativi agli incarichi di base/professionali da parte della UOC di riferimento.

I risultati ottenuti sono stati stratificati in base al sesso, regione lavorativa, tipologia di azienda ospedaliera in cui il

A cura di:



**VINCENZO
COSENTINI**
Anaaio Giovani
Veneto



**UMBERTO
ANCESCHI**
Anaaio Giovani
Lazio



**SILVIA
PORRECA**
Anaaio Giovani
Puglia



**PIERINO
DI SILVERIO**
Responsabile
Nazionale Anaaio
Giovani

dirigente presta servizio (AULS, Azienda Ospedaliera-Universitaria, IRCSS) e anzianità di servizio (<5 anni; 5-15 anni; >15 anni).

ETÀ, SESSO E DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DEI RESPONDERS

Il 58.3% dei responders ha meno di 40 anni, con una distribuzione omogenea per sesso (54.4% sesso femminile, il 45.6% di sesso maschile). La distribuzione geografica è piuttosto varia, con il 36.4% che lavora presso un ente di comparto delle regioni del Nord, il 40.6% nel Centro-Italia, e il 23% presso un ente del Sud.

Il 61.6% presta servizio presso un'Azienda Sanitaria Locale (AULSS), il 31.4% presso un'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU), il 7% presso un Istituto di Ricovero e Cure a carattere scientifico (IRCSS).

Nell'ambito delle Aziende Ospedaliere Locali (AULSS), il 60.4% dei responders ha meno di 40 anni, il 22.4% ha una fascia d'età compresa tra i 30-35 anni, il 38% tra i 36-40, il 39.6% > 40 anni, mentre nelle AOU abbiamo riportato le seguenti percentuali: il 14.5% (30-35 anni), il 43.8% (36-40 anni), il 41.7% (>40 anni).

Infine, nelle strutture IRCSS, le percentuali riscontrate sono così ripartite: 21.7% (30-35 anni), 41.3% (36-40 anni), 37% (≥40 anni).

ANZIANITÀ DI SERVIZIO

Relativamente all'anzianità di servizio, il 48.6% dei responders ha dichiarato un'anzianità di servizio <5 anni, il 49.5% dei soggetti tra 5-15 anni, e meno del 2% (1.9%) >15 anni, confermando il trend nazionale che ha visto nel tempo un ingresso sempre più tardivo nel mondo del lavoro.

ASSEGNAZIONI DEGLI INCARICHI

Nel campione generale, il 52.9% ha rivelato di non aver ancora ricevuto l'assegnazione di un incarico professionale di base (Nord: 42.1%; Centro: 37.6%; Sud: 20.3%). Solamente il 5.98% ha riportato l'assegnazione di un incarico gestionale, mentre nell'ambito dei dirigenti con un'anzianità di servizio ≥ 5 anni, il 17.7% ha confermato di aver ricevuto in incarico professionale. Il 79.6% ha, inoltre, dichiarato di non usufruire della clausola di garanzia prevista dal nuovo contratto. Il 50.9% ha segnalato l'assenza di un adeguamento, nella propria UOC di appartenenza, della nuova normativa relativa al CCNL.

Dirigenti neoassunti (<5 anni di servizio):

il 55% ha confermato di aver ricevuto l'assegnazione di un incarico professionale

di base (Nord: 31.4% - Centro: 43.3% - Sud: 25.3%)

il 45.1% dei medici intervistati ha rivelato che la propria struttura non ha ancora recepito gli adempimenti contrattuali previsti (Nord: 31.4% - Centro: 43.3% - Sud: 25.3%)

il 24.9% ha riportato un tempestivo adeguamento alla nuova normativa nella propria U.O.C. (Nord: 31.4% - Centro: 43.3% - Sud: 25.3%)

il 29.8% dei soggetti intervistati ha riportato un progressivo aggiornamento delle procedure di conferimento degli incarichi all'interno del proprio ente di comparto (Nord: 31.4% - Centro: 43.3% - Sud: 25.3%).

Dirigenti con un'anzianità di servizio compresa tra 5-15 anni:

il 76.7% ha dichiarato di non aver ricevuto l'assegnazione di un incarico professionale di base (Nord: 42.1%; Centro: 37.6%; Sud: 20.3%)

il 10.2%, dichiara di aver ricevuto l'assegnazione di un incarico gestionale (U.O.S.) (Nord: 42.1%; Centro: 37.6%; Sud: 20.3%)

il 34.5% ha riportato di aver ricevuto un incarico professionale (Nord: 42.1%; Centro: 37.6%; Sud: 20.3%)

il 44.8% dichiara di usufruire della clausola di garanzia (art. 92 del CCNL 2016-2018) (Nord: 42.1%; Centro: 37.6%; Sud: 20.3%).

Il 58.4% dei dirigenti intervistati ha lamentato l'assenza di un aggiornamento degli adempimenti contrattuali previsti dal nuovo CCNL mentre solo il 13.3% ha evidenziato un corretto aggiornamento e adeguamento alla nuova normativa in vigore (Nord: 42.1%; Centro: 37.6%; Sud: 20.3%).

Dirigenti con anzianità di servizio >5 anni:

il 78,6% dei dirigenti medici ha dichiarato di aver atteso un periodo compreso tra 0-5 anni prima del conferimento dell'incarico professionale dopo il raggiungimento della soglia dei 5 anni di servizio, il restante 21,4% oltre 5 anni (Nord: 51.8%; Centro: 40.1%; Sud: 8.1%).

In questo sottogruppo di dirigenti, la clausola di garanzia risulta applicata solo nel 37.5% dei casi.

Infine, riguardo alla percezione dei dirigenti medici sulla reale applicazione normativa da parte dei dirigenti delle rispettive UOC, il 52.6% dichiara l'assenza di aggiornamento alle nuove normative, il 28.9% rivela un progressivo aggiornamento, mentre soltanto il 18.5% dichiara un'appropriatezza ricezione da parte del proprio direttore di UOC della nuova normativa vigente (Nord: 51.8%; Centro: 40.1%; Sud: 8.1%).

Conclusioni

L'indagine ha restituito un'istantanea dell'attuale quadro delle assegnazioni delle posizioni all'interno del Sistema sanitario nazionale e la sua distribuzione regionale, alla luce della linea di indirizzo definita dal contratto CCNL 2016-2018 entrato in vigore nel gennaio 2019; la survey intendeva anche misurare il gradimento nei confronti di un SSN da rifondare, che necessita di un restyling e che deve essenzialmente recuperare un appeal che impedisca e blocchi la progressiva fuoriuscita di medici dal sistema.

I dati offrono spunti importanti di riflessione e rappresentano il trend nazionale, ovvero da un lato il solito lento e macchinoso ingranaggio burocratico che non facilita, soprattutto a livello periferico, l'attivarsi e la velocizzazione delle pratiche per l'assegnazione delle posizioni e dall'altro lo scarso investimento sui giovani e la loro valorizzazione.

È necessario sicuramente un cambio di passo, accelerando il percorso delle riforme, snellendo la burocrazia (il 78.6% degli intervistati che aveva superato i 5 aa di anzianità riferisce di non aver usufruito della clausola di garanzia e il 66.6% ha confermato il mancato adempimento contrattuale relativo al nuovo CCNL da parte della propria azienda), e investendo sui giovani (solo il 5.98% degli aventi diritto ha riferito di aver ricevuto un incarico gestionale). Soltanto il 18,3% degli intervistati ha dichiarato di essere a conoscenza delle normative contrattuali sugli incarichi o di averne ricevuto diffusione da parte del proprio Direttore, dimostrando ancora una volta, come il ruolo e l'impegno del sindacato vada al di là della sola tutela e diventi sempre più quello di organismo che informa e forma.

Questi interventi, infine, serviranno anche da apripista per il nuovo CCNL 2019-2021, attualmente in progress e nel quale tutti noi riponiamo grandi speranze e aspettative.

Preparedness e ricerca:

un binomio indissolubile per combattere questa pandemia e quelle che arriveranno in futuro

Un evento senza precedenti come la pandemia COVID-19 ha messo a nudo la debolezza del sistema globale di salute pubblica e delle istituzioni politiche ad essi preposte: l'OMS non si è dimostrata in grado di coordinare la risposta internazionale; in Europa né gli Stati nazionali né l'Unione Europea sono riusciti a salvaguardare il benessere dei cittadini e garantire il massimo livello possibile di sicurezza.

Le più importanti economie del mondo si sono bloccate, i movimenti delle persone sono stati limitati, la paura ha preso il sopravvento, le autorità di salute pubblica non sono riuscite a limitare la diffusione del virus

A causa degli strumenti politici e legali poco efficaci e della carenza di leadership non è stato disponibile ciò che sarebbe stato necessario: un coordinamento efficace degli interventi di sanità pubblica legati al COVID-19, per l'approvvigionamento centralizzato di dispositivi medici, diagnostici e di protezione individuale, e l'attivazione di canali prioritari per la ricerca in ambito clinico, traslazionale e di base.

Ma questa pandemia non è certo un evento inaspettato. Oggi nel mondo vivono 7,8 miliardi di persone, il triplo della popolazione del 1950. La pressione antropica è cresciuta, l'espansione del consumo di carne e della superficie abitativa hanno fatalmente aumentato il rischio di esposizione dell'uomo ai patogeni animali, con occasionali «ricadute» sulle persone. Quella da SARS-CoV-2 è la terza zoonosi da coronavirus dell'ultimo ventennio, dopo la SARS nel 2002-2003 e la MERS nel 2012. Il campanello d'allarme è suonato inascoltato per ben due volte, sinché a fine 2019 è emerso il SARS-CoV-2, probabilmente saltando da un pipistrello a un animale intermedio, e da questi all'uomo, verosimilmente grazie alla promiscuità tra uomo e animale in uno dei tanti *wet market* cinesi.

La ricerca sul SARS-CoV-2: una corsa senza precedenti

La risposta alla pandemia da parte dell'ambiente scientifico e della ricerca è



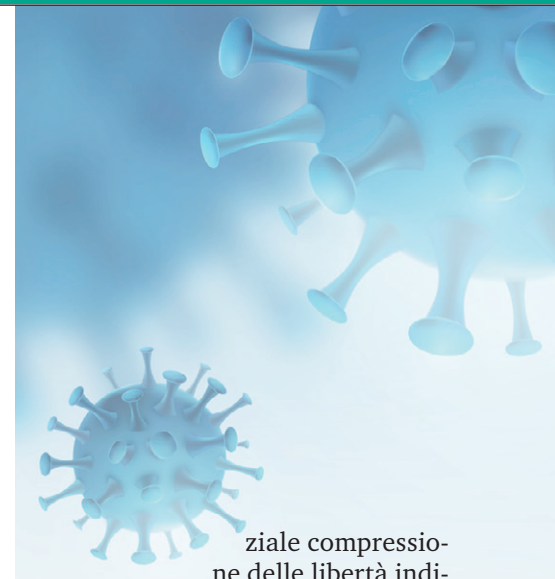
CONCETTA CASTILLETTI
Dirigente Biologo
Responsabile UOS
Virus Emergenti
articolazione
del Laboratorio
di Virologia
e Laboratori
di Biosicurezza,
Istituto Nazionale
per le Malattie
Infettive Lazzaro
Spallanzani,
IRCCS

stata senza precedenti, basti pensare che sino ad oggi per realizzare un vaccino ci erano voluti dai cinque ai dieci anni di tempo, mentre per il SARS-CoV-2 in meno di un anno si è passati dalla scoperta di un patogeno prima sconosciuto alla disponibilità di vaccini altamente efficaci, in grado di proteggere dalle forme sintomatiche della malattia con una efficacia superiore al 90%. Questa è la migliore dimostrazione dell'importanza che la ricerca scientifica ha avuto nel contrasto a questa pandemia: un impegno che ha visto coinvolti scienziati e ricercatori di tutto il mondo, che hanno dato vita ad uno sforzo cooperativo enorme, con un intercambio di informazioni senza precedenti.

Il primo cluster di quattro pazienti con una polmonite atipica viene identificato il 21 dicembre 2019^{1,2}. Tutti i test di laboratorio danno esito negativo, il che porta immediatamente al sospetto che ci si trovi di fronte ad un nuovo patogeno. La conferma arriva in tempi straordinariamente brevi: la sequenza del primo genoma del SARS-CoV-2 viene pubblicata online il 10 gennaio 2020, appena 20 giorni dopo il rilevamento del focolaio: si pensi soltanto che nel caso della SARS la sequenza del primo genoma fu pubblicata sei mesi dopo l'inizio dell'epidemia.

Inizia la corsa al test diagnostico, e così il primo test molecolare specifico per il virus SARS-CoV-2 viene messo a punto, convalidato e pubblicato il 23 gennaio, 13 giorni dopo divulgazione della prima sequenza genomica³.

Il terzo passo è quello di tracciare la diffusione virale, identificando gli individui infetti e i loro contatti, per poter intervenire con quarantene selettive e creare una sorta di "porta tagliafuoco" alla diffusione del virus. Sin dalle prime settimane della pandemia sono emerse soluzioni tecnologiche che sfruttavano la diffusione capillare dei telefoni cellulari per supportare quest'attività tradizionalmente ad alta intensità di lavoro umano. Già a marzo Singapore utilizza *TraceTogether*, forse la prima App di tracciamento dei contatti. Nonostante le rilevanti questioni legate alla tutela della privacy e alla poten-



ziale compressione delle libertà individuali, tali soluzioni potrebbero in futuro diventare una funzione comune a tutti i telefoni cellulari⁴.

Il sequenziamento genomico non è servito soltanto all'inizio della pandemia per "battezzare" il nuovo virus, ma è diventato in breve, uno strumento insostituibile per seguire l'evoluzione del virus nel tempo e nello spazio, consentendo di individuare praticamente in tempo reale le varianti virali emergenti, di modificare di conseguenza i modelli epidemiologici e la risposta all'infezione.

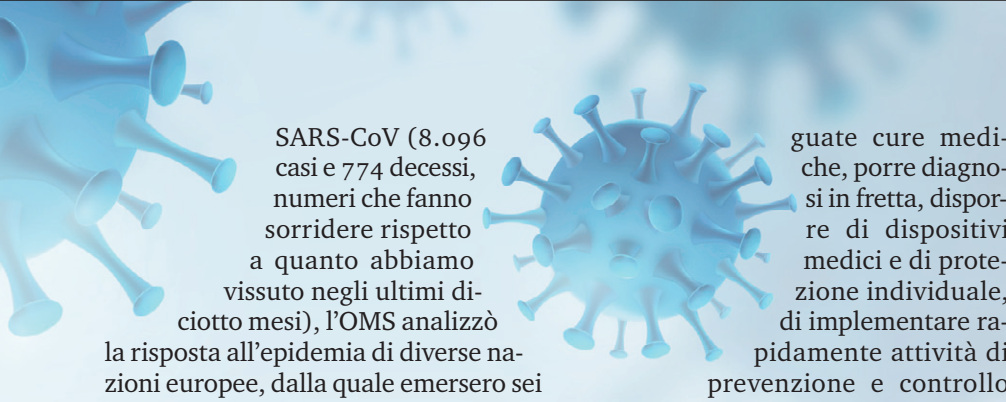
E, *last but not least*, la disponibilità della sequenza della proteina spike, ha dato il calcio d'inizio alla grande partita dei vaccini. Questa pandemia, grazie agli enormi progressi compiuti negli ultimi anni dalle tecnologie bioingegneristiche in campo medico ha dimostrato la validità di nuove tecniche di realizzazione dei vaccini. Con questo nuovo approccio, anziché iniettare nel corpo del paziente il materiale biologico contro il quale si vuole ottenere la risposta immunitaria, lo si fa produrre direttamente dalle cellule umane, veicolando al loro interno le istruzioni genetiche per farlo.

Altrettanto importante è il capitolo delle terapie, anche se in questo caso, a differenza dei vaccini, non è stato ancora individuato il *silver bullet*, il farmaco in grado di "ripulire" l'organismo dalla presenza del virus, anche se il progressivo accumularsi dell'esperienza clinica ha permesso di mettere a punto efficaci protocolli di cura domiciliare ed ospedaliera.

Va avanti infine, la ricerca sugli anticorpi monoclonali, forse il presidio terapeutico più promettente soprattutto per l'immunoprofilassi in pazienti fortemente immunodepressi.

Dall'attività di ricerca alla sanità pubblica: un nuovo modello di preparedness

Nel 2004, dopo l'apparizione e la successiva estinzione della pandemia da



SARS-CoV (8.096 casi e 774 decessi, numeri che fanno sorridere rispetto a quanto abbiamo vissuto negli ultimi diciotto mesi), l'OMS analizzò la risposta all'epidemia di diverse nazioni europee, dalla quale emersero sei aree critiche⁵:

- 1. insufficiente** capacità di risposta dei sistemi di salute pubblica di molti paesi;
- 2. assenza** di una ben documentata attività di ricerca e di comprensione sui meccanismi che regolano i processi decisionali politici nelle situazioni "real life" di emergenza sanitaria;
- 3. assenza** di dettagliate analisi sul campo, per favorire i processi decisionali delle autorità sanitarie e politiche in risposta alle minacce sanitarie;
- 4. assenza** di infrastrutture e risorse adeguate per la salute pubblica indipendenti dal controllo politico;
- 5. gap** decisionali nei sistemi sanitari dei diversi paesi connessi al pluralismo decisionale;
- 6. carenze** nelle infrastrutture, nei sistemi di informazione e sorveglianza, nelle risorse umane ed economiche destinate alla salute pubblica.

Sono passati oltre quindici anni da quella analisi, ma i nervi scoperti che mostrava quella analisi sono ancora lì. In più la pandemia ci ha suggerito una settima criticità: solo un robusto sistema di ricerca, ben collegato a reti internazionali, e adeguatamente finanziato in tempi "di pace", è in grado di intercettare tempestivamente le minacce emergenti, individuare i test diagnostici e le cure migliori, i vaccini più efficaci. La velocità di risposta è critica per la mitigazione dei focolai infettivi, e lo scopo della preparedness di un'epidemia è quello pianificare in anticipo la risposta, quando il numero di casi è ancora basso.

Quando emerge una nuova malattia virale, ci si trova davanti ad un «gap di ricerca e sviluppo» che costituisce una minaccia per la velocità e la qualità complessiva della risposta all'epidemia durante la fase più cruciale, l'iniziale. In questi anni, l'OMS e le nazioni di tutto il mondo hanno fatto fatica ad adottare le più basilari nozioni di preparedness e di coordinamento degli interventi, non hanno tenuto in conto l'obbligo strategico di promuovere ricerca e innovazione, e di assicurare un costante ed adeguato livello di risposta. Non siamo stati in grado di fornire adeguate

guate cure mediche, porre diagnosi in fretta, disporre di dispositivi medici e di protezione individuale, di implementare rapidamente attività di prevenzione e controllo delle infezioni.

A dicembre dell'anno scorso, in un editoriale pubblicato sull'*International Journal of Infectious Diseases*⁶, un gruppo di medici e scienziati tra cui gli italiani Gino Strada, Franco Locatelli, Giuseppe Ippolito, ha tracciato lo schema di un adeguato sistema di preparedness, che deve basarsi su alcuni pilastri fondamentali:

- 1. Creare o potenziare** Centri Nazionali di Riferimento di malattie infettive, istituiti in conformità di specifiche e standard internazionalmente riconosciuti nell'ambito di Piani nazionali di protezione sanitaria.
- 2. Potenziare** le capacità di laboratorio, creando una rete di laboratori in grado, nei periodi inter-epidemici non solo di effettuare analisi di routine e contribuire al sistema di sorveglianza, ma di assicurare la formazione e la continua disponibilità ed efficienza delle attrezzature. Nella fase epidemica, il laboratorio deve integrare le attività diagnostiche standard con quelle specifiche dell'epidemia, favorire l'aumento delle capacità diagnostiche sviluppando nuovi metodi diagnostici e validando quelli prodotti dalle società commerciali.
- 3. Definire** la gestione clinica, in modo da ottimizzare e standardizzare le procedure organizzative col fine di migliorare la gestione dei pazienti. Per gestire qualunque epidemia infettiva grave con potenziale epidemico è necessario un approccio sindromico che tenga conto delle principali sindromi come modelli integrati di gestione e controllo clinico, diagnostico, epidemiologico per le diverse manifestazioni cliniche, questo permette molto più semplicemente di adattare linee guida e risposta ad ogni nuova malattia infettiva emergente.
- 4. Potenziare** e promuovere le attività di ricerca nel campo delle malattie infettive, compreso lo sviluppo di nuove opzioni diagnostiche, terapeutiche e nell'area dei vaccini, in modo da consentire rapidamente l'avvio di studi clinici, meglio se randomizzati controllati, di grandi dimensioni e con una regia unitaria. Il

1 Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020; 382:727-733. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

2 Nicola Petrosillo, Comparing Coronaviruses. *The Scientist*, Vol. 35, Issue 3, June 2021. <https://bit.ly/3ijXgNP>

3 Citation style for this article: Corman Victor M, Landt Olfert, Kaiser Marco, et al., Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Euro Surveill*. 2020;25(3):pii=2000045. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>

4 Company announcements, Apple and Google partner on COVID-19 contact tracing technology, April 10, 2020. <https://bit.ly/35oO2yb>

5 Sara Allin, Elias Mossialos, Martin McKee, Walter Holland. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. European Observatory on Health Systems and Policies, ISBN 92 890 1066 5

6 Giuseppe Ippolito, Francesco Nicola Lauria, et al, Lessons from the COVID-19 Pandemic—Unique Opportunities for Unifying, Revamping and Reshaping Epidemic Preparedness of Europe's Public Health Systems, *International Journal of Infectious Diseases*, Volume 101, 2020, Pages 361-366, ISSN 1201-9712, <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.10.094>

contributo del laboratorio alle attività di ricerca è essenziale per studiare gli aspetti patogenetici, testare molecole con potenziale farmacologico, supportare gli studi epidemiologici, contribuire allo sviluppo dei vaccini, ed infine supportare gli studi immunologici e i trial farmaceutici in ogni loro fase.

- 5. Sviluppare** un Sistema integrato basato su un approccio One-Health, che riesca a prevedere l'emergenza di malattie zoonotiche effettuando studi di modelli epidemiologici dell'interfaccia uomo-animale, che potenzi gli strumenti di sorveglianza e di tutela della diversità, che pianifichi e sviluppi nuovi e robusti sistemi di sensibilizzazione sanitaria, che realizzi studi di intervento per la salvaguardia dei singoli ecosistemi.
- 6. Disporre** di risorse umane adeguate sia in quantità che in qualità che possano essere attivate con breve preavviso e su ampia scala per il tracciamento dei contatti e la gestione delle quarantene.

Estote parati

Il motto degli scout deve essere il mantra futuro dei sistemi di preparedness a livello italiano, europeo e internazionale. Questa pandemia infatti finirà, ma prima o poi ne arriverà un'altra. Sapevamo da anni che sarebbe prima o poi arrivato un virus con potenziale pandemico: alla fine non è stato il virus influenzale che immaginavamo, ma un coronavirus, e nessuno avrebbe mai immaginato così tanti morti in paesi ricchi ed industrializzati. Abbiamo capito che non basta essere preparati "sulla carta": non saremo mai in grado di fronteggiare emergenze di questo tipo senza un sistema di ricerca, ben equipaggiato con strumentazioni e materiali di consumo, e senza un sistema di investimento in un modello comune ed internazionalmente condiviso di preparedness.

In Italia, questa necessità si interseca con la storica carenza degli investimenti nella ricerca. Il livello di spesa per la ricerca in Italia, tra pubblico e privato, si aggira intorno all'1,4% del Pil, contro il 2,3% della Francia, il 3% della Germania, il 4% della Svezia. Nel nostro paese un giovane ricercatore che sceglie la via della ricerca guadagna pochissimo. A queste condizioni è difficile essere attrattivi nei confronti dei giovani più brillanti, fare ricerca è quasi un lusso che in pochi si possono permettere.

Contributi Pubblichiamo l'ultimo articolo di Gianfranco Bonfante pervenuto in redazione prima della sua prematura e improvvisa scomparsa. Era responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria oltre che direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Ulss 6 Euganea. Veronese di Legnago, aveva 57 anni. Nell'Anao Assomed ricopriva il ruolo di Consigliere Nazionale.

La sindrome del gattopardo sostituirà la sindrome da Covid?

I danni sociali al sistema sanitario fin qui attuati dalla politica negli ultimi 20 anni dovrebbero produrre paure collettive assai maggiori. Ma visto che quei danni sono stati resi socialmente invisibili, le relative paure non hanno potuto nascere o sono state sopite senza sforzo, segno evidente che la paura e il conseguente bisogno di sicurezza è sempre un aspetto collettivo e sociale e pertanto manipolabile. Infatti, chi ha il potere crea anche il linguaggio, dominante destinato a neutralizzare coloro che non hanno analogo potere di far valere nella società il proprio linguaggio e quindi diffondere le proprie informazioni.



GIANFRANCO BONFANTE

Nell'antica Atene, la parola "Pharmakos" designava e il veleno e l'antidoto. Uno o due individui detti "pharmakoi" – in caso di crisi sociale, religiosa, politica, o a fronte di una calamità naturale – erano espulsi dalla comunità, uno in rappresentanza degli uomini, adornato con fichi neri intorno al collo, e uno in rappresentanza delle donne, adornato con fichi bianchi. Venivano scacciati dai confini della polis, poiché si riteneva che tale pratica avrebbe purificato la società. La funzione del "Pharmakos" era quella di sanare apotropicamente la polis, incarnandone le negatività e portandole fuori da essa. Dopo l'espulsione (sacrificio) di colui che veniva identificato come il "colpevole" (in senso figurato "il capro espiatorio"), la comunità ritrovava "magicamente" l'armonia. Siamo in piena pandemia e i morti ormai sono esperienza comune delle popolazioni. La politica pur se rafforzata nei confronti dell'economia, appare indebolita rispetto al sapere medico. Il virologo e l'epidemiologo sembrano risorti e al solito, i molti esperti sulla piazza si affannano a spiegarci i loro perché anche se privi della preparazione necessaria.

In molte interviste di cosiddetti esperti si crede che il "distanziamento sociale", porterà all'interruzione della trasmissione: in realtà si sta solo sperando che meno persone vadano in ospedale per attenuare le misure di restrizione. Ci raccontano che facendo scendere R_0 minore di 1, si arriverà progressivamente al contagio zero. Tale assunto, se ha ragione Darwin, o porterà a un nuovo Nobel o sarà l'ennesima balla. Possiamo solo sperare che anche il sistema immunitario sia darwiniano e imparando e contemporaneamente evolen-



dosi diventi rapidamente più competente sapendo adattarsi alle mutazioni del virus. A prescindere dagli esiti che l'epidemia avrà dal punto di vista sanitario, l'impronta che il Coronavirus lascerà sulle società sarà indelebile. Si delinea una crisi di sistema, anzi dei sistemi, che non pare sarà governabile con i meccanismi ordinari. Nel momento in cui entrano in gioco, a livello di polis, questioni di vita o di morte, il comando nella storia torna sempre al potere politico.

Non si ravvisa però, nel nostro mondo sanitario, il segno dell'urgenza del grande lavoro intellettuale che deve essere fatto di fronte al pericolo che tutto frani. Il vero rischio è che il sistema politico, al pari delle mutazioni del virus, si rimodelli con varianti adattive su un'emergenza eccezionale, ma che queste varianti mantengano intatto il vecchio genoma e pertanto il vecchio funzionamento. La sindrome del gattopardo sostituirà la sindrome da Covid? I danni sociali al sistema sanitario fin qui attuati dalla politica negli ultimi 20 anni dovrebbero produrre paure collettive assai maggiori. Ma visto che quei danni sono stati resi socialmente invisibili, le relative pau-

re non hanno potuto nascere o sono state sopite senza sforzo, segno evidente che la paura e il conseguente bisogno di sicurezza è sempre un aspetto collettivo e sociale e pertanto manipolabile.

Infatti, chi ha il potere crea anche il linguaggio, dominante destinato a neutralizzare coloro che non hanno analogo potere di far valere nella società il proprio linguaggio e quindi diffondere le proprie informazioni. Chi momentaneamente si trova me-

no colpito perché è in una personale zona di confort ha convenienza di essere un finto ingenuo e non vuol nemmeno provare a vedere che conseguenze e danni alla sicurezza sociale e alla salute pubblica ci sono realmente stati. Sono spesso più gravi di ordini di grandezza rispetto ai danni che possono essere prodotti dalle classi inferiori, dagli outsiders-pharmakoi che attualmente teme e verso cui il potere ne dirige l'attenzione.

Il risultato è che se questi danni crescono costantemente e sono assorbiti nell'ordinaria attualità, le condotte di chi li ha procurati restano sempre più prive di sanzione, giuridica morale e sociale, anzi nemmeno vengono riconosciute come devianti e dannose. Ormai è sotto gli occhi di tutti ciò che accade sotto la pressione dell'epidemia di Covid. I poteri si difendono anche loro con quelle "nobili menzogne" di cui dice Platone nel "Repubblica", dedicato alla fondazione dello Stato ideale. Il bisogno informativo diventa trovare "salutari menzogne" da dare in pasto al popolo bue.

Platone, per bocca di Socrate, ci fa riflettere su quanto è lecito mentire purché ciò sia mirato al bene della città. (Platone, Repubblica, III, 414 D). I governanti moderni si scordano però che Socrate pronuncia questo mito con non poca vergogna e pone dei paletti alla legittimità della menzogna: La bugia è come un farmaco, pertanto i medici la possono somministrare agli ammalati. Assieme a questi, hanno una delega di utilizzo i governanti, i quali possono proporre una menzogna sia ai nemici che ai propri concittadini per salvaguardare la loro patria. Prendiamo atto che la menzogna-farmaco dovrebbe essere uno strumento eccezionale e non ordinario.

Alessandro Manzoni per sua realpolitik, nella "storia della Colonna Infame" sposta

il tiro dal governante al singolo individuo: “Ma la menzogna, l’abuso del potere, la violazione delle leggi e delle regole più note e ricevute, l’adoprar doppio peso e doppia misura, son cose che si possono riconoscere anche dagli uomini negli atti umani”.

Alla realpolitik manzoniana ci piace associare in contrappunto il libro sapienziale dei Proverbi di Salomone: “Doppio peso e doppia misura, / sono due cose che il Signore aborrisce”.

Ritornando alla metafora attuale, è impossibile non pensare alla grande pericolosità della «situazione pandemica», non dal solo punto di vista medico e sanitario, ma anche e soprattutto dal punto di vista del modello sociale che ne potrà conseguire. Indifferenza e cinismo dominano su questo settore e troveremo sempre nicchie ecologiche in grado di approfittarne. Passato l’acme del sacrificio romantico di alcune categorie sociali a cui magari attribuire un postumo Nobel per la pace, le forze in campo ricercheranno il proprio inevitabile equilibrio, probabilmente richiamando il Leviatano di Hobbesiana memoria.

Se come categoria medica ci accontentiamo di osservare questi fenomeni storici utilizzando solo l’attuale metodo politico accumulere solo un ignorante nozionismo di eventi ma acquistiamo ignoranza e la perdita di cultura dei fatti e dei valori.

Da qualche parte bisognerà andare, ma per decidere una rotta bisognerà cercare un punto di orientamento. Dove stiamo ora? Probabilmente ancora in mezzo al guado e prevalgono ancora, quei meccanismi più o meno inconsci che ci rendono scettici, al punto che non vogliamo pensare a una nuova strada da seguire, fortemente motivati come Galileo quando doveva scegliere tra la Santa Inquisizione Romana o Copernico.

A questo punto, parafrasando quello che il filosofo Daniel Clement Dennett chiama il modello del «teatro cartesiano», fingiamo ancora di credere che la res cogitans guida e dirige la res extensa? Ovvero che esista un teatro centrale in cui «tutto si riunisce “e da cui poi tutto poi si evolve possibilmente in maniera benigna.

Oppure sarà meglio rinunciare a una visione Cartesiana dove esiste nel cervello un «omuncolo» responsabile di tutte le nostre parole e di tutte le nostre azioni. Accettando al contrario un pensiero coprogettativo senza nessuno spettatore centrale nel teatro cartesiano che supervisiona? Oppure sarà meglio fare come il barone di Munchausen che per salvarsi dalle sabbie mobili ove era sprofondato: “con la forza del braccio, presa la coda della mia capigliatura e sollevatala con energia, non avessi tratto su me e il cavallo, che strinsi forte tra le ginocchia, di mezzo a quel pantano” Che fare? Nihil sub soli novi, sia chiaro, ma proprio questo non scoprire nulla di miracolosamente nuovo è più una forza che una

“

La volontà generale che il legislatore dovrebbe esprimere con la legge è una vera chimera. La legge è sempre ambigua perché ambigui sono gli interessi che si scontrano nel conflitto di formazione della legge ove prevalgono quasi sempre quelli del più forte

“

Le persone autorizzate unicamente a operare nel pubblico interesse non dovrebbero ricavare dal proprio ruolo guadagni privati. Punto

debolezza. Non dovremo perdere tempo in teorizzazioni infinite di formule future. Forse, nel nostro tempo globalizzato, non ci sono più né maestri né allievi ma esistono già soluzioni alternative che aspettano di essere guardate prima che sia troppo tardi, prima, cioè, che la tecnologia conservativa dei privilegi di casta si riattivi con forza e ritorni a cancellare il principio di diritto.

E sotto gli occhi di tutti che il giusnaturalismo prende sempre più le forme del liberismo globale, cioè della giungla in cui regna solo la legge del più forte economicamente, e di chi gode un forte senso di impunità.

Il principio di legalità è in crisi perché è in crisi il significato del valore della parola data, del patto fra uomini e del patto sociale.

La politica non sarebbe tale, senza alleanze e coalizioni, senza interessi contrapposti. Il giudice reclama la sua autonomia assoluta “io sono sottomesso solo alla legge” e il potere politico si sente attaccato e reagisce “devi stare solo dentro il confine della legge”. Apparentemente dicono la stessa cosa. Perché litigano, allora?

Se guardiamo in faccia la realtà scopriamo che a livello sociale non esiste una reale volontà generale, e quella che il legislatore dovrebbe esprimere con la legge è una vera chimera perché la legge è sempre ambigua perché ambigui sono gli interessi che si scontrano nel conflitto di formazione della legge ove prevalgono quasi sempre quelli del più forte.

Il meccanismo di lobbying è un metodo significativamente più efficace della corruzione per generare influenza politica, e svolge effettivamente un ruolo chiave di mediazione nei confronti delle istituzioni politiche al di fuori delle aule parlamentari. Il problema non è nuovo, anzi è antico. Proviamo a trovare la metafora: La Mente comanda il Cervello, come l’auriga di Platone comanda la biga coi cavalli? Mente che, a sua volta, deve essere autonoma dal Cervello, perché deve essere in grado di comandare quest’ultimo, che a sua volta comanda il Corpo, eseguendo gli ordini che vengono dall’alto. Chi comanda chi? Di sicuro non l’elettore!

Quale è il prezzo da pagare ancora ad un modello società che solo a parole è stato illuminato dalla ragione ma che in verità appena si scava un poco sotto la superficie resta assai fragile se non fortemente ingiusto.

Per modificare qualcosa sicuramente dovremo rinunciare all’akrasia che per decenni ci ha colpito e impedito di rispondere. Per Aristotele è l’incapacità di agire secondo principi ragionevoli che induce a rinviare continuamente, ma senza motivi razionalmente validi, quelle attività che sappiamo per certo ci aiuteranno nel conseguimento dei nostri obiettivi.

Occorre riattivare un’azione efficace e non una semplice riflessione critica nei riguardi del «modello migliore», non più rinviabile. Che razza di sanità, però, dovremmo costruire se, alla fine, decidessimo di non auto ingannarci più e quindi di non ingannare più nessuno là fuori? È necessario un passaggio da una visione della situazione epidemica come «emergenza», a una vi-

sione della stessa come «crisi» di un sistema che necessita di azione ingegneristica concreta.

Occorre riattivare un percorso senz’altro di recupero democratico in senso sociale, di quelle conquiste di diritto alla salute che il capitalismo tecno-finanziario stava definitivamente affossando.

La strada non è necessariamente politica o partitica quanto piuttosto di ripensare a che condizioni, il diritto alla salute possa essere mediato da un sistema tecno-finanziario non direttamente governato dal sistema parlamentare.

C’è e se si dov’è il rischio accettabile che sia giusto? Anche Kant diceva che spesso per agire dobbiamo farci bastare molta meno conoscenza di quella che soddisferebbe il nostro intelletto.

Qui affiora il problema di come discriminare tra una corruzione diffusa, invisibile talora inserita nella legge stessa che la legalizza con un nome ben suonante e la corruzione come scambio secco tra privato e pubblico stigmatizzato da chiunque come illegale. Come dire, poiché proteggere le galline nel pollaio non si può, tanto vale allora legalizzare l’onesto e naturale lavoro della volpe!

Tutti vorremmo una Società cioè il pollaio realmente democratica. Vietare alla volpe di entrare non sarebbe una scelta migliore, a tutela del pollaio, cioè della democrazia?

Mettere in discussione i dogmi è pericoloso. L’attività di lobbying provoca sempre di più una situazione asimmetrica che conduce a risultati insoddisfacenti per tutti. Proviamo a immaginare un «capital exit» regolato da un condiviso ed equo sistema di valorizzazione. Considerato che il funzionamento del privato si finanzia attraverso/ovvero decapitalizza il sistema pubblico, in tal modo si depriva la collettività di risorse. D’altra parte il flusso di reddito che finisce nei conti societari viene decurtato della parte di denaro spesa per finanziare la modifica delle regole, e quindi sottratto agli stessi investitori. La pleora di risposte normative complesse, e costi legali secondari, a sua volta fa crescere il costo della regolamentazione finanziato dalla collettività.

Le persone autorizzate unicamente a operare nel pubblico interesse non dovrebbero ricavare dal proprio ruolo guadagni privati. Punto.

Sarebbe importante riuscire a cogliere l’opportunità pur nella tragedia del momento, di interrogarci sui rapporti tra parassiti e ospiti in un quadro scientifico-culturale un po’ più ampio della epidemiologia medica quotidiana, estendendo l’osservazione anche ai macrosistemi in cui i nostri organismi si trovano ad operare per arricchire la cultura in generale di idee utili e verosimili rispetto a quelle normalmente utilizzate e che si ascoltano nella divulgazione di ogni giorno nel processo in atto – tutt’altro che lineare – di trasformazione.

Cosa accadrà se non interverremo è invece certo. Potremo solo scegliere se essere adornati con fichi neri intorno al collo, oppure adornati con fichi bianchi.

In ricordo di Roberto Ziccardi

Il 20 aprile ci ha lasciati Roberto Ziccardi. Medico igienista, Direttore sanitario in diverse aziende della Campania, Direttore generale della ASL di Avellino per 5 anni, Consigliere Regionale del PCI per una legislatura ed Assessore regionale alla Sanità per circa due anni. Dirigente storico dell'Anaa Assomed, di cui è stato Consigliere Nazionale e Segretario Regionale della Campania, tra i fondatori della Società Scientifica VRQ, Direttore della Rivista di Sanità Pubblica "Salus", "ispiratore del sistema di cure territoriali dell'Irpinia dopo il terremoto dell'80", secondo l'amico Andrea Gardini



ROBERTO ZICCARDI

Roberto Ziccardi è stato un protagonista delle vicende dell'Anaa Assomed, che ha raccolto e raccontato con affetto e passione nel libro "Anaa. Storia e valore di un sindacato", scritto e pubblicato in occasione del 60esimo compleanno dell'Associazione, nel quale ricostruisce vicende e personaggi della nostra storia, che si sovrappone, per tanti aspetti, a quella della sanità italiana. Un medico che ha attraversato con passione e dedizione le vicende della sanità pubblica, specie quella meridionale, e del sindacalismo medico autonomo, apprezzato da tutti per il suo temperamento, il rispetto e l'umanità verso i Pazienti profusi nel suo lavoro quotidiano, la grande capacità di essere punto di riferimento e di leggere le vicende della politica. Un uomo buono e generoso, un cultore del rapporto tra politica e salute, un protagonista fondamentale per la formazione sindacale di molti giovani medici, compreso il sottoscritto.

Ho conosciuto Roberto Ziccardi alla metà degli anni 70, io studente di medicina, tirocinante al nuovo Ospedale di Avellino, lui Ispettore della Direzione sanitaria ma già noto dirigente politico irpino e anima della Anaa di Avellino. L'ho ritrovato in fumose, in molti sensi, e interminabili riunioni sulla sanità al sud, la necessità della riforma, il diritto alla salute, l'ospedale ed i suoi medici. E sul campo di indagini sulla mortalità infantile nei quartieri della città, prova provata delle disuguaglianze di salute esistenti fin dalla nascita. Quando vinsi il concorso per Assistente della Divisione di Medicina Interna, mi ritrovai i suoi complimenti e "l'invito" a iscrivermi all'Anaa, con successivo inserimento nel Consiglio provinciale di Avellino. A lui devo la partecipazione al mio pri-

mo Congresso nazionale Anaa, Alghero 1981, dove lui fu eletto Consigliere nazionale ed io scoprii le correnti politiche dentro il sindacato. Dopo il mio trasferimento a Genova si diradarono gli incontri fisici, ma lui divenne una tappa obbligata di ogni mio ritorno. E l'interlocutore privilegiato di interminabili discussioni sulla politica, sulla sinistra, sui medici e la sanità pubblica, sul sindacalismo, sull'Anaa. Ed era tutto un chiedere che fai, che fate, cosa dobbiamo fare, cosa vogliamo fare. Quando fui eletto Segretario nazionale nel 2010, si moltiplicarono le idee e i progetti fino al libro in cui ha profuso il suo amore verso questo sindacato e la sua passione nei confronti delle vicende della sanità italiana. E all'ultima proposta, inviata nei primi mesi della pandemia, di "mettere in campo una visione e una concezione diversa, nuova, capace di intravedere scenari e prospettive di una visione composita e di natura straordinaria tra "natura, salute, sistema sanitario, professioni mediche, attese dei cittadini." All'ingresso della sua casa di Montemiletto c'è una targa con una frase dell'antropologo e psicologo inglese Gregory Bateson ("Nel regno degli esseri viventi non esistono cose ma solo relazioni") che sempre mi ha colpito perchè bene descrive la gerarchia di valori che ha improntato la sua vita. Roberto è stato un prezioso compagno di viaggio, un amico carissimo. Mi mancherà la sua lucida intelligenza e la passione civile che ha percorso tutta la sua vita. Resta l'esempio che ha dato e l'impegno a continuare un percorso fondato sui valori che ha trasmesso a chi ha avuto l'onore di stargli a fianco. Perché se è vero che "L'uomo non ha che questo di immortale: i ricordi che porta, i ricordi che lascia", come afferma Cesare Pavese nei Dialoghi con Leucò, Roberto può essere fiero dei ricordi che ha lasciato.

Ciao, Roberto. Sono sicuro che anche da lassù cercherai di difendere Pazienti, Medici e Sanità Pubblica. E nel giorno della Resurrezione dei morti potremo continuare con Pino Rosato la discussione lasciata in sospeso quasi due anni fa.

COSTANTINO TROISE

Presidente Nazionale Anaa Assomed

In ricordo dell'amico e collega Giorgio Grivet



GIORGIO GRIVET

All'inizio di Aprile è tristemente mancato Vittorio Grivet, nefrologo, fortemente impegnato nel periodo della sua attività professionale allo sviluppo della rete dei centri dialisi di Torino e alla organizzazione delle attività di FAD al nascere della stessa. Vittorio Grivet è stato anche un importante dirigente dell'Anaa Assomed piemontese dai primi anni '80 al 2010. Segretario Provinciale di Torino, poi Segretario Regionale del Piemonte e infine Consigliere Nazionale. Mai banale e sempre attento all'innovazione e alla curiosa e costante ricerca del nuovo. La sua voglia di fare e il suo modo di agire concreto e pragmatico gli consentivano di trovare soluzioni insperate nelle situazioni più complesse. Lavorava sempre e solo con passione e non ha mai avuto tempo per la finzione. Lo vogliamo ricordare così come era: sorridente, spontaneo, trasparente. Lo sviluppo e la crescita dell'Anaa Assomed Piemonte lo ha visto come protagonista e molto di quello che ha fatto rimarrà per sempre e per questo sarà impossibile dimenticarlo.

La Sanità che vogliamo

Edito da Moretti&Vitali

Collana "Pensiero
e pratiche di trasformazione"

**Le cure
orientate
dalle donne**





E DITE, CHI SI PRENDE CURA?

Affidati all'Anaaao Assomed

Servizi di tutela e assistenza legale
per sentirti sempre al sicuro.

Ci sono priorità
che non possono
più attendere: le tue.
Hai dedicato massimo
impegno e professionalità
a curare gli altri,
ora è arrivato il momento
di prenderti cura di te.

Anaaao Assomed è il punto
di riferimento per medici
e dirigenti sanitari,
oggi più che mai.
Affidati a noi e ai nostri
servizi di tutela e assistenza
legale per sentirti
sempre al sicuro.

ANAAO  **ASSOMED**
ASSOCIAZIONE **MEDICI DIRIGENTI**



www.anaao.it

