

d!

d!rigenza medica

- 5 **Emergenza da Coronavirus**
Facciamo chiarezza
sui termini
- 8 **Studio Anaaio Giovani**
La geografia
della sanità italiana
- 15 **Lettere**
Una storia bizzarra

Il mensile dell'Anaaio Assomed

ANAAIO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

CORONAVIRUS

Noi ci siamo, sempre.

Intervista a Carlo Palermo:

“Ma Regioni ed Aziende non pensino di scaricare tutto sulle spalle dei soli medici ospedalieri”

Pat Carra per l'Anaa Assomed



**Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV**



Apri il lettore QR
code del tuo
dispositivo e
inquadra il codice
con il display per
leggerne il
contenuto.

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. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

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 marzo 2020

Milleproroghe: una boccata d'ossigeno per il Ssn

La conversione in legge del decreto “Milleproroghe” porta una boccata di ossigeno al SSN, tanto necessaria quanto urgente nel frangente che stiamo attraversando.

Non solo perché, consentendo di anticipare l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro fin dal terzo anno del corso di formazione post lauream, contribuisce a tamponare la carenza di medici specialisti, specie in settori di front line, come Pronto Soccorso e Terapie Intensive. Ma anche perché apporta ristoro al salario accessorio della dirigenza medica e sanitaria attraverso la restituzione della RIA (la Retribuzione Individuale di Anzianità), patrimonio storico delle sue risorse contrattuali, raggiungendo un traguardo tenacemente voluto e perseguito dall'Anaa Assomed e da altre organizzazioni sindacali per circa 10 anni. Un traguardo che non merita di finire in sordina a favore di rumorose quanto pretestuose polemiche seguite alla firma del CCNL 2016/2018 da parte di chi non ha saputo guardare alle prospettive aperte dalla conclusione del contratto. Migliorare i livelli retributivi garantisce la contrattazione futura delle giovani generazioni e contribuisce a frenare la fuga dagli ospedali, evitati dai giovani e abbandonati dai meno giovani, attratti i primi dalle sirene estere, i secondi da quelle del privato.

Ci sarà tempo per commentare, e modificare in un prossimo veicolo legislativo, elementi negativi, come l'incredibile “svista” che ha discriminato i dirigenti sanitari nei percorsi di stabilizzazione del precariato o le mancate modifiche all'inquadramento giuridico ed economico dei ricercatori, ancora ingabbiati nella famosa “Piramide”. O gli elementi discutibili, aggiunti in un tardivo assalto alla diligenza nel percorso di conversione legislativa, come i finanziamenti per le aziende Ospedaliere Universitarie, messi a carico del FSN al di fuori di una revisione complessiva dei loro rapporti con il SSN, che troppo spesso subisce passivamente le scelte autoreferenziali e deleterie del Miur e dell'Accademia.

Ora, anche per segnare il ritorno all'ordinario, è bene sottolineare la soddisfazione per i passi in avanti compiuti che rinforzano le dotazioni organiche e la dote economica a disposizione del prossimo rinnovo contrattuale, che auspichiamo possa iniziare in tempi stretti. L'esperienza di questi giorni dimostra la necessità e la funzione di un Servizio Sanitario Pubblico e Nazionale, ma occorre rendere attrattivo il lavoro ospedaliero, riducendo, e ristorando dal punto di vista economico, un disagio lavorativo non più strisciante.

Una valorizzazione di quel capitale umano, costituito da medici, biologi, chimici, farmacisti e infermieri che in questi giorni difficili ha dato prova di responsabilità professionale, senso del dovere e abnegazione, elementi fondanti del lavoro in sanità. Ad essi, prima o poi, Regioni e Governo dovranno rendere il giusto merito

Il sistema ha reagito con forza e determinazione ma i tagli degli ultimi anni hanno indebolito la nostra capacità di risposta. Intervista a Carlo Palermo

**Intervista a
Carlo Palermo**
Segretario Nazionale
Anaa Assomed



Il Ssn e il Coronavirus. Siamo pronti?

Giovanni
Rodriguez

«Regioni ed Aziende non pensino di scaricare sulle spalle dei soli medici ospedalieri il peso di una organizzazione emergenziale alla quale devono partecipare tutti i settori della medicina pubblica. E comincino con l'assicurare una comunicazione tempestiva e puntuale, anche sul cronoprogramma organizzativo, a tutti i soggetti coinvolti, i quali non possono essere lasciati senza indicazioni ufficiali, anche sulla quarantena fiduciaria, o segregati senza generi di prima necessità», così in una nota stampa del 24 febbraio scorso il nostro sindacato prendeva una netta posizione sull'emergenza Coronavirus italiana.

Un monito che si accompagna alla nostra vicinanza ai cittadini colpiti da sindrome simil-influenzale da Coronavirus (cosiddetta Covid-19), ai familiari di quelli deceduti ed a tutti i Colleghi particolarmente esposti nello svolgimento del proprio dovere.

Il nostro pensiero va, soprattutto a coloro che operano nelle strutture direttamente coinvolte nel contenimento dell'epidemia, i quali con grande senso di responsabilità e attaccamento al servizio, in alcuni casi con atti di vero eroismo, sopperiscono a inevitabili problemi organizzativi e perfino ad ingiustificabili ritardi, ed omissioni, da parte delle amministrazioni interessate.

Tutti gli operatori stanno, con abnegazione, dando il massimo in una situazione che era già prossima al collasso, a causa delle disastrose politi-



che di risparmio adottate negli ultimi 10 anni, che hanno comportato una gravissima carenza di personale e di posti letto, il cui impatto oggi rischia di indebolire la risposta ai casi più gravi della sindrome Covid-19 che richiedono un supporto ventilatorio. Ma non è ammissibile la mancanza di idonei DPI (dispositivi di protezione individuali), che si è verificata soprattutto nei primi giorni dell'emergenza adducendo un esaurimento scorte da industria manifatturiera, o di una strutturazione di triage pre-ospedaliero, con ambulanze dedicate e spazi idonei "distinti e separati" dai PS, che contrasti il fenomeno di accesso "spontaneo" da parte di pazienti con sintomi respiratori per prevenire l'ovvio pericolo di diffusione del contagio in ambienti sovraffollati. Un solo malato ha fatto chiudere un ospedale ed ha contagiato cinque tra medici ed infermieri», conclude il sindacato, che sottolinea infine come «servano anche risorse aggiuntive di personale, sia perché il tempo richiesto a trattare un caso sospetto potrebbe andare a scapito della gestione ordinaria, con code e criticità pericolose, sia perché è utile ridurre l'attesa per l'esito dei tamponi.

Di questi temi e delle emergenze ancora aperte sul fronte della lotta al Coronavirus ne abbiamo parlato anche con il segretario nazionale dell'Anaa Carlo Palermo.

La prima domanda da porsi è questa: nei nostri ospedali abbiamo una dotazione di posti letto sufficienti per gestire la crisi? «Oltre alle terapie intensive, servono aree dove poter ricoverare casi anche meno gravi ma comunque impegnativi sotto il profilo clinico. Per questioni di sicurezza queste aree dovranno essere isolate. A tutto questo ci arriviamo malissimo. Perché ricordiamo che, in 10 anni di politiche di risparmi sulla sanità, sono stati tagliati ben 70.000 posti letto. Abbiamo una dotazione di circa 3 posti letto ogni 1.000 abitanti contro una media UE di 5 per 1.000 abitanti», sottolinea Carlo Palermo.

Un secondo aspetto riguarda le terapie intensive. Sappiamo che circa un 5% di casi di nuovo coronavirus richiede un ricovero in terapia intensiva. Dagli ultimi dati disponibili, riferiti all'anno 2017, sappiamo che i reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza dispongono per il complesso degli istituti pubblici e privati accreditati di 5.090 posti letto di te-

rapia intensiva (8,42 per 100.000 ab.), 1.129 posti letto di terapia intensiva neonatale (2,46 per 1.000 nati vivi), e 2.601 posti letto per unità coronarica (4,30 per 100.000 ab.)

«Le rianimazioni oggi viaggiano con tassi di occupazione elevatissimi e gli operatori lavorano con turnover pazzeschi. Sarebbe problematico trovarsi nella situazione di dover gestire un ipotetico acuirsi della crisi - spiega Palermo -. Servono strutture attrezzate, con dotazioni soprattutto di respiratori, magari anche di camere a pressione negativa che oggi hanno solo alcuni centri di eccellenza. Dobbiamo pensare anche a queste eventualità per farci trovare pronti».

A tutto questo va poi aggiunto un ulteriore quesito legato alle dotazioni di personale: abbiamo un numero di operatori sanitari adeguato a gestire migliaia di pazienti in più? «Ci vorrebbero modelli matematici per fare un calcolo preciso, ma dobbiamo partire da un dato: già oggi partiamo da una carenza di circa 50.000 persone a livello di personale sanitario - spiega il segretario nazionale Anaa -. In una situazione simile, se dobbiamo gestire centinaia o migliaia di posti letto in più, far lavorare H24 i laboratori analisi, quelli di virologia, le radiologie e così via, devono necessariamente saltare tutte le restrizioni presenti. Serve un grande piano di assunzioni per far fronte a questa eventualità. Non ci auguriamo succeda nulla ma dobbiamo essere pronti. Dobbiamo quantomeno prospettare un piano di intervento per un eventuale picco».

Convertito in legge il decreto del Governo. Ecco tutte le misure per la sanità

1.000 PROROGHE

Dai fondi per il trattamento accessorio per medici e dirigenti sanitari alle pensioni a 70 anni. E poi contratti agli specializzandi dal 3° anno, misure su screening neonatali, Epatite C e oncologia pediatrica. Si esentano inoltre le Province autonome di Trento e Bolzano dall'applicazione dei nuovi tetti di spesa per il personale introdotti dal Decreto Calabria. E si estendono anche al 2019 e 2020 i finanziamenti per Ospedale Bambino Gesù, Irccs Fondazione Santa Lucia e Cnao, già previsti dal Decreto Fiscale dello scorso anno.

Riepiloghiamo di seguito tutte misure del milleproroghe sulla sanità.

Articolo 5

Quote premiali per le Regioni

Modificando l'articolo 2, comma 67-bis, della legge Finanziaria 2010, si estende anche al 2019 e 2020 il riparto della quota premiale per quelle Regioni che hanno istituito una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un determinato importo.

Concorsi Aifa

Si prorogano a tutto il 2020 i termini per consentire all'Aifa sia di poter bandire la procedura concorsuale relativa ai dirigenti sanitari biologi, sia di completare la procedura per il reclutamento di 10 dirigenti amministrativi di II fascia.

Proroga direttiva UE su sperimentazione animale

Si proroga al 1° gennaio 2021 quanto previsto dalla direttiva europea sulla sperimentazione animale. Questa proroga consentirebbe ai soggetti interessati di sviluppare approcci alternativi idonei a fornire lo stesso livello, o un livello superiore, di informazioni rispetto a quello ottenuto nelle procedure che usano animali. L'applicazione del di-

vieto di autorizzare nuovi progetti di ricerca su sostanze d'abuso, si spiega nella relazione, impedirà all'Italia di proseguire le ricerche in un settore di particolare interesse per la collettività e che rappresenta un costo ingente per la sanità pubblica.

Idoneità medici cure palliative

Proroga di 18 mesi il termine inizialmente previsto dalla manovra 2019 per le idoneità dei medici operanti nelle reti delle cure palliative. Il testo della manovra prevedeva che, al fine di garantire il rispetto della legge sull'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, e il rispetto dei Lea, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, saranno ritenuti idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate medici sprovvisti dai requisiti previsti dal decreto del Ministero della Salute 28 marzo 2013 (relativi alle equipollenze) e che alla data di entrata in vigore della legge di Bilancio 2019 sono già in servizio presso queste reti e rispondono a tutti questi requisiti:

- possesso di un'esperienza almeno triennale, anche non continuativa, nel campo delle cure palliative acquisita nell'ambito di strutture ospedaliere, residenziali-hospice e Ucp domiciliari accreditate per l'erogazione delle cure palliative con il Ssn;
- un congruo numero di ore professionali esercitate e di casistica assistita corrispondente ad almeno il 50% dell'orario previsto per il rapporto di lavoro a tempo determinato;
- l'acquisizione di una specifica formazione in cure palliative conseguita attraverso l'Educazione continua in medicina, ovvero master universitari in cure palliative, ovvero corsi organizzati dalle Regioni per l'acquisizione delle competenze di cui all'accordo tra Stato e Regioni del 10 luglio 2014.

Il legislatore aveva previsto che l'istanza per ottenere la prescritta certifica-

zione dovesse essere presentata alla Regione competente entro il termine di 18 mesi dall'entrata in vigore della legge stessa, ossia entro il 1° luglio 2020. Però, si spiega nella relazione, lo schema di decreto attuativo è pronto per l'invio all'esame della Conferenza Stato Regioni per l'acquisizione dell'intesa. Da qui la richiesta di prorogare il termine previsto di 18 mesi, facendolo decorrere, non dall'entrata in vigore della legge, ma dalla data di entrata in vigore del decreto attuativo in fase di definizione.

Finanziamenti Bambino Gesù, Cnao e Santa Lucia

Vengono estesi anche per il 2019 e 2020 i finanziamenti di 9 milioni per Ospedale Bambino Gesù, 11 milioni in favore dell'Irccs Fondazione Santa Lucia e 12,5 milioni al Cnao, già previsti dal Decreto Fiscale dello scorso anno.

Articolo 5-bis

Via libera a **medici in corsia fino a 70 anni** e a possibilità di assunzione a tempo determinato per **specializzandi già dal 3° anno** fino al 2022.

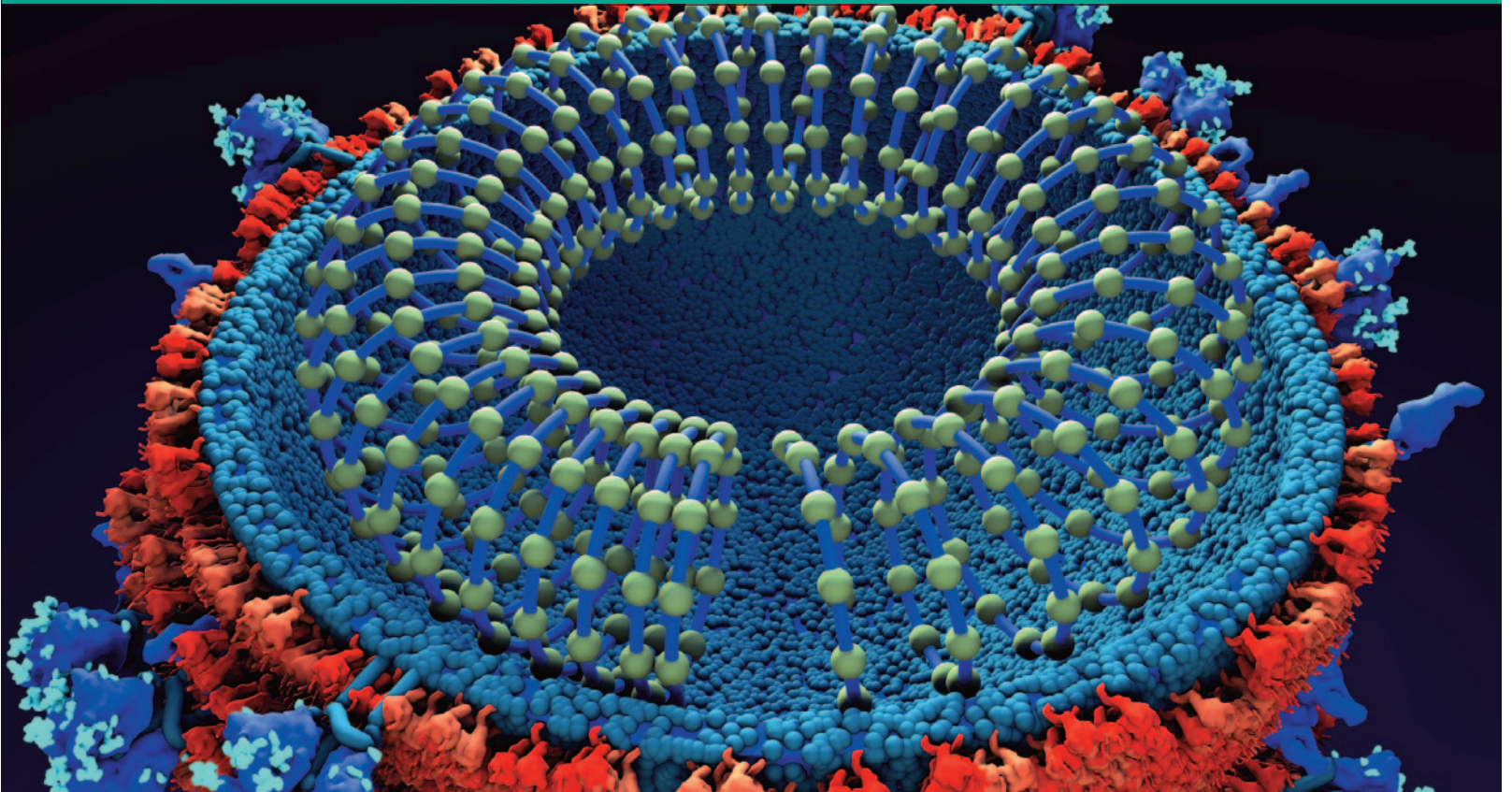
Articolo 25

Trattamento accessorio medici e dirigenti sanitari

Viene stabilito che «le risorse relative ai fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie sono incrementate di 14 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2020 al 2025 e di 18 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026».

Queste somme andranno quindi ad aggiungersi a quelle già stanziare dalla finanziaria 2018 (Legge 2025/2017, comma 435) portando il totale delle risorse a regime nell'anno 2026 a 188 milioni di euro come illustrati nella seguente tabella tratta dalla relazione tecnica al provvedimento:

“
Il decreto è legge. Il 26 febbraio scorso è arrivata l'approvazione definitiva al Senato, in terza lettura, con voto di fiducia sul testo modificato dalla Camera. I voti favorevoli sono stati 154, quelli contrari 96



A proposito dell'epidemia da nuovo coronavirus, SARS-CoV-2

Facciamo chiarezza sui termini

La tempesta mediatica, scatenata intorno all'epidemia di infezione da nuovo coronavirus partita dalla Cina all'inizio di gennaio, sta monopolizzando l'attenzione pubblica e rischia di farsi involontaria promotrice di informazioni errate e fuorvianti. Questo perché vengono usati in maniera impropria termini e definizioni, e purtroppo spesso viene data voce a persone che sono abili comunicatori ma poco hanno di competenza tecnica



MARIA ROSARIA CAPOBIANCHI
Laboratorio di Virologia, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" IRCCS, Roma



CLAUDIA MINOSSE
Dirigente biologo presso il Laboratorio di Virologia "L. Spallanzani" IRCCS, Roma

Infodemia è il termine usato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per descrivere questa "grande abbuffata" di informazioni, che spesso sono interpretate in maniera fuorviante, dando adito a incomprensioni, polemiche, illazioni e contestazioni. Vi sono alcuni termini, in particolare, che sono stati particolarmente abusati in questi giorni, spesso in maniera inappropriata, eccitando leggende metropolitane e millantate primogeniture. Si tratta dei termini "sequenziamento" e "isolamento" virale.

Cerchiamo di fare il punto, chiarendo definitivamente il significato tecnico dei due termini.

Il termine sequenziamento si riferisce

alla determinazione della successione dei nucleotidi che costituiscono il genoma virale (a RNA in questo caso). Questo viene effettuato grazie a tecniche molecolari, e l'evoluzione delle nuove tecniche di sequenziamento ha dato uno slancio formidabile negli ultimi anni. La sequenza può comprendere tutto il genoma virale, e in questo caso rappresenta una carta di identità completa, da cui si possono dedurre molte caratteristiche, tipo: quante proteine sono codificate, il loro peso molecolare, le loro proprietà e funzioni, il possesso di attività enzimatica, ecc. Più è completa la sequenza, più informazioni si possono dedurre. In particolare, mettendo a confronto le sequenze dei ceppi di virus simili o correlati, se ne può determinare la precisa collocazione tassonomica, e si può tracciare la storia evolutiva. La conoscenza della sequenza è importante per la progettazione dei test molecolari, in quanto scegliendo opportunamente le regioni del genoma da amplificare mediante PCR, si possono disegnare primers e probes che riconoscano in maniera selettiva i ceppi virali da ricercare. Inoltre, il sequenziamento di brevi tratti di genoma virale è generalmente utilizzato per confermare la diagnosi basata su semplice PCR, in quanto attestano con sufficiente potere di risoluzione che il genoma che abbiamo evidenziato con la PCR realmente appartiene al virus sospettato.

Chiariamo il concetto utilizzando una metafora.

Il virus può essere assimilato ad un ri-

Segue a pagina 16

Brevi note di programmazione del fabbisogno di specialisti medici

CARLO PALERMO

Segretario Nazionale Anaa Assomed

Recentemente il Ministro dell'Università e Ricerca, Prof. Manfredi, ha proposto di incrementare gli ingressi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia portandoli a 15.000 all'anno. Questo significa che i futuri giovani Colleghi, se l'iscrizione dovesse concretizzarsi nell'anno accademico 2020/2021, dopo aver affrontato un lungo e duro percorso di studio e di apprendistato di alta qualificazione, saranno pronti per entrare nel mondo del lavoro nel 2031/2032. **Non tutti, purtroppo.**



Gli abbandoni durante il periodo di formazione sono valutabili mediamente intorno all'11%. Quindi circa 13.500/14.000 studenti raggiungeranno l'agognata meta. Si può prospettare che circa 1.500/2.000 di loro seguano il corso di formazione per la Medicina Generale e 12.000/12.500 acquisiscano il titolo di specialista, ovviamente solo se sarà disponibile un numero adeguato di contratti per superare l'attuale "imbuto formativo" (vedi **grafico 1**), altrimenti molti andranno ad aggiungersi agli attuali 8.000 Colleghi che non riescono accedere ad un percorso post lauream indispensabile per entrare nel mondo del lavoro se non si vuole rimanere in un limbo fatto da sottoccupazione e precarietà.

Se guardiamo alle dotazioni organiche attuali nelle strutture pubbliche del servizio sanitario, rispetto a quelle presenti nel 2009/2010, all'inizio della crisi finanziaria, mancano 8.000 specialisti per il blocco del turnover avviato con la Legge 122/2010 (Governo Popolo della Libertà/Lega Nord). Entro il 2025 rischiamo di andare incontro ad un ulteriore depauperamento professionale per gli errori nella programmazione dei fabbisogni specialistici. Infatti, le uscite per i raggiunti criteri di pensionamento, circa 50 mila specialisti tra il 2018 e il 2025, ma anche gli abbandoni anticipati per la forte attrazione esercitata dal privato e la scarsa valorizzazione economica di chi lavora nel servizio pubblico, non saranno compensate da un adeguato numero di specialisti formati dall'Università. Hanno inciso negativamente nella programmazione scelte più attente ad interessi particolari e autoreferenziali rispetto a quelli di sistema e il ridotto finanziamento dei contratti di formazione a causa delle politiche di tagli nel bilancio dello Stato avviate dopo il 2009. Il fenomeno dei concorsi per posti in ospedali periferici senza partecipanti ne è la dimostrazione più eclatante. Le maggiori carenze si prospettano per la Medicina e Chirurgia di Urgenza e Accettazione, Anestesiologia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Ortopedia, Pediatria, Psichiatria.

Come si evidenzia dal **grafico 2**, il fabbisogno di specialisti nel SSN per coprire il turnover dopo il 2030 sarà intorno a 3000/anno, scendendo a 2000 nel 2034. Numeri più fisiologici per garantire la stabilità e la qualità organiz-

Gli studi Anaa Assomed sono consultabili al link:
<http://www.anaao.it/content.php?cont=26893>

2010	Demografia dei medici dipendenti del sistema sanitario nazionale. Proposte per ridurre gli effetti negativi del prossimo esodo pensionistico.	Dirigenza medica
2011	Specialisti allarme rosso dopo il 2021. Gli effetti dell'esodo pensionistico dei dottori dopo i tagli delle manovre estive.	Sole 24 Ore Sanità
2016	Il fabbisogno di personale medico nel SSN dal 2016 al 2030. La relazione tra pensionamenti, accessi alle scuole di medicina e chirurgia e formazione post-laurea.	Dirigenza medica
2017	Il disastro annunciato nella programmazione dei futuri medici.	Quotidiano sanità
2018	La formazione e l'impiego del personale medico specialistico nel Ssn: analisi e proposte di intervento.	Quotidiano sanità
2019	Concorso Scuole di Specializzazione A.A. 2017/2018. Le scelte dei vincitori evidenziano la crisi dell'area dell'emergenza-urgenza e delle specialità chirurgiche.	Quotidiano sanità
2019	La programmazione del fabbisogno di personale medico, proiezioni per il periodo 2018-2025: curve di pensionamento e fabbisogni specialistici.	Quotidiano sanità
2019	Carenza di medici specialisti: l'azione di Miur e Regioni. L'analisi.	Dirigenza medica
2019	Emergenza medici e dirigenti sanitari: tutti i numeri del dissesto.	Sole 24 Ore Sanità
2019	La carenza di personale medico in medicina interna e pronto soccorso.	Relazione Congresso Fadoi Toscana

zativa delle strutture e per la sostenibilità dei sistemi previdenziali, rispetto al vero e proprio esodo dal servizio pubblico che stiamo osservando nella fase storica attuale per l'arrivo all'età del pensionamento dei professionisti assunti intorno alla costituzione del SSN (nati dal 1950 al 1959 nella curva del **grafico 2**) e per l'accelerazione delle uscite prodotta da "Quota 100" e dal peggioramento delle condizioni di lavoro negli ospedali pubblici dipendenti dalla drammatica riduzione del personale in servizio.

La risposta a queste problematiche non può essere un incremento, oggi, degli ingressi al corso di laurea in mancanza di una seria e attenta valutazione relativamente a quale potrebbe essere la richiesta di medici specializzati dopo 10/12 anni.

Se consideriamo gli specialisti che scelgono un rapporto di lavoro diverso da quello di dipendente all'interno del SSN, preferendo altri settori per la loro attività - come specialistica ambulatoriale, carriera universitaria, privato convenzionato e non, strutture estere, impiego nelle industrie del settore - sono circa il 30/40 % di quelli che annualmente acquisiscono il titolo, possiamo stimare nel periodo successivo al 2030, un fabbisogno annuale complessivo di 4000/5000 unità. Si può aggiungere un margine di errore intorno al 20%, arrivando ad un fabbisogno valutabile in circa 6.000 specialisti. Il MIUR propone di formarne 12.000. Per 6.000 di loro sarà problematico trovare sbocchi lavorativi in Italia. In 5 anni saranno 30.000. Dall' "imbuto formativo" passeremo ad un "imbuto lavorativo", una condizione che abbiamo già vissuto tra il 1970 e il 1980 e causa di degradanti fenomeni di disoccupazione e sottoccupazione. Uno spreco di risorse quantificabile intorno a 7,5 miliardi di € nei 5 anni, visto che la formazione di ognuno di loro costa 250.000€, quanto una Ferrari 488 GTB. Andranno nella stragrande maggioranza a lavorare all'estero ed è facile presumere che Francia, Germania e Gran Bretagna li accoglieranno a braccia aperte. Si tratta di finanziamenti pubblici che, forse, sarebbe meglio destinare alla cura dei pazienti in considerazione della transizione demografica ed epidemiologica che ci aspetta. Non mancano e non mancheranno laureati in Medicina e Chirurgia, tra il 2018 e il 2025 ne formeremo 80.000 (vedi **grafico 3**), cui si aggiungono gli 8.000 già ora ingabbiati nell' "imbuto formativo". Mancano specialisti! E mancano ora e non tra 12 anni quando il fabbisogno sarà più che dimezzato.

Publicato su Salute Internazionale

GRAFICO 1

Imbuto formativo, prima dell'incremento dei contratti di formazione specialistica a 8.920 per l'anno acc. 2018/19 e a 2.128 borse per la medicina di base per l'anno 2017/18

Stima numero laureati, domande concorso di specializzazione ed imbuto formativo



GRAFICO 2

Uscite per pensionamento negli anni 2009, 2018, 2025 e nel 2034 in base alla curva demografica dei medici dipendenti del Ssn e coorti in uscita nel triennio 2019/2021 in base a quota 100

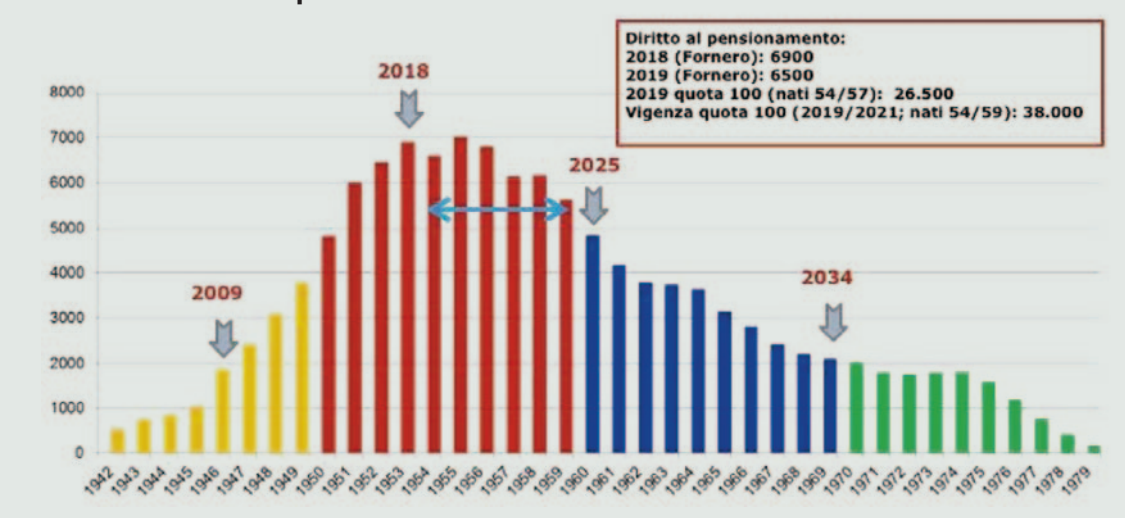
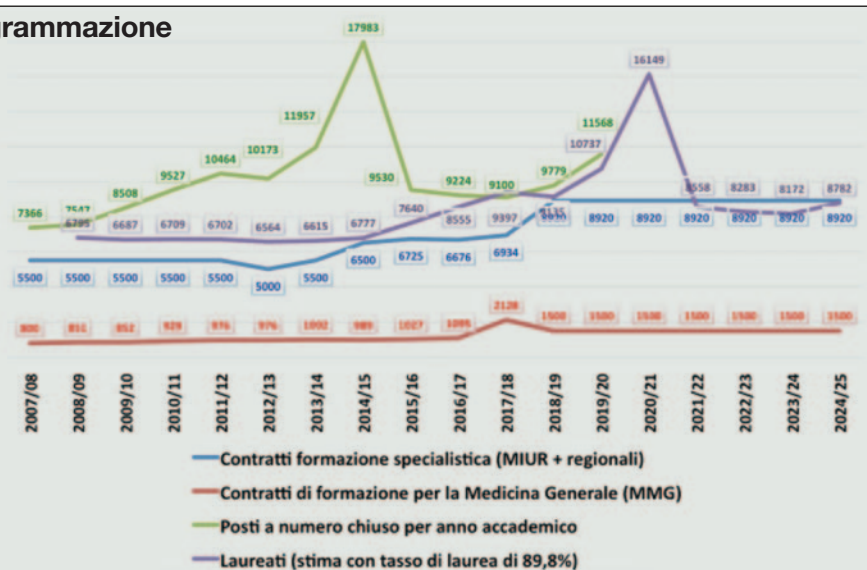


GRAFICO 3

I numeri della programmazione

GRAFICO 3
 Andamento dall'anno accademico 2007/08 al 2024/25 dei contratti di formazione specialistica (linea blu), dei contratti di formazione in Medicina Generale (linea rossa), degli accessi a Medicina e Chirurgia (linea verde) e dei laureati per anno accademico (linea viola)





Studio **Anaao Giovani**

LA GEOGRAFIA DELLA SANITÀ ITALIANA

A cura di:

PIERINO DI SILVERIO
Coordinatore Nazionale Anaao Giovani

VINCENZO COSENTINI
Coordinatore Anaao Giovani Veneto

MAURIZIO CAPPIELLO
Direzione Nazionale Anaao Assomed

FABIO RAGAZZO
Direttivo Nazionale Anaao Giovani

MATTEO D'ARIENZO
*Consiglio Direttivo Cosmed
Delegato Anaao Assomed*

NEGLI ULTIMI ANNI



emorragia di personale sia per i pensionamenti massicci data l'età media avanzata dei medici, sia per l'effetto di quota 100.

Questi eventi hanno portato ad un vuoto generazionale incolmabile nel breve periodo, se non in parte, con misure eccezionali, ad esempio inserendo nel tessuto lavorativo ospedaliero gli specializzandi degli ultimi anni come previsto dal recente Decreto Calabria, al quale però non sono seguiti i regolamenti interministeriali attuativi per renderlo pienamente ed omogeneamente operativo. Il personale medico che opera negli ospedali pubblici, oltre ad essere sottoposto a carichi di lavoro eccessivi per carenza di personale, è sempre più a rischio di burn-out, sempre più stressato, sfiduciato, depresso anche per via dell'elevato rischio medico legale, e non per ultimo demotivato dalla mancanza di un contratto collettivo di lavoro, il cui rinnovo ha visto la luce solo di recente dopo dieci anni di stallo, da un blocco delle carriere e delle retribuzioni. Per questi motivi, in molte Regioni italiane, diversi concorsi in discipline come la medicina e chirurgia d'urgenza e accettazione, l'anestesia, la pediatria e la chirurgia, sono andati deserti o non è stato possibile reclutare un numero adeguato di personale medico per colmare le esigenze di organico.

Questo studio si propone di analizzare le dinamiche ed i flussi del personale medico all'interno del contenitore "Sanità", in un arco di tempo ben definito (tra il 2010 ed il 2017), per meglio comprendere come stia evolvendo l'organizzazione dell'impiego, nel pubblico e nel privato, e di come stia cambiando la geografia della sanità italiana, soprattutto in relazione al futuro incerto della sanità pubblica e del suo personale, sempre più a rischio default.

Materiali e metodi

Nel corso dello studio è stato riportato, oltre alla variazione numerica dei medici in Italia tra il 2010 e il 2017, anche il numero per anno degli Istituti di Cura (Strutture Pubbliche e Private accreditate) e dei posti letto ad essi connessi.

Nell'analisi delle variazioni numeriche del personale sanitario negli ultimi anni, vengono prese in esame varie tipologie professionali mediche:

- ospedalieri operanti negli ospedali pubblici
- universitari
- medici operanti nelle strutture private (accreditate e non)
- medici di medicina generale
- pediatri di libera scelta
- specialisti ambulatoriali

“

Viviamo oggi una fase di profondo disagio del servizio sanitario nazionale. Tra le cause, oltre al progressivo definanziamento intervenuto negli ultimi 10 anni, un ruolo rilevante è sicuramente rivestito dall'errata programmazione dei fabbisogni specialistici negli ultimi due decenni, dal pesante blocco del turn-over, da una vera e propria emorragia di personale sia per i pensionamenti massicci data l'età media avanzata

- medici di continuità assistenziale (ex guardie mediche) e dei centri di riabilitazione.

Nello studio non sono stati presi in esame i dati relativi al numero dei medici specializzandi.

I dati sui numeri delle sopra elencate tipologie professionali sono stati estrapolati per l'anno 2010 e 2017 dai database del Ministero della Salute (Anuario Statistico – personale del sistema sanitario italiano), dell'ISTAT (personale sanitario), del MIUR, della FNOMCEO, dell'ARAN, dell'ENPAM, dell'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) e tra loro comparati.

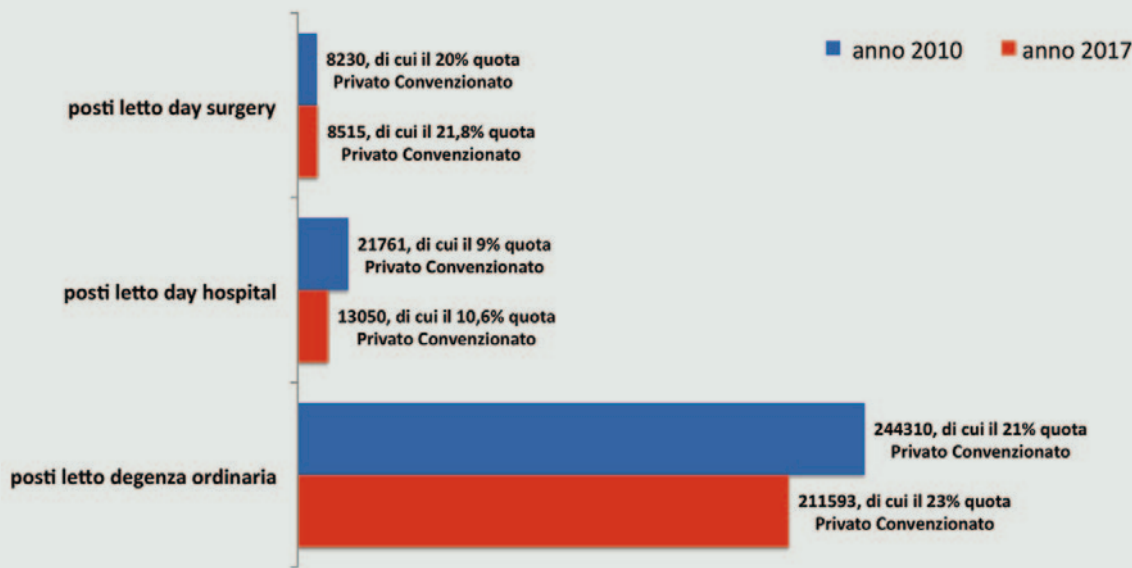
Sono stati presi in considerazione i medici ospedalieri ed universitari operanti negli oltre 540 ospedali italiani e i medici operanti in circa 560 strutture private con posti letto e presenza di medici specialisti e di guardia al loro interno. Di queste case di cura, 529 sono accreditate con il SSN e 31 non accreditate. Una parte dei dati sono stati estrapolati dal database dell'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) e dai siti regionali (amministrazione trasparente - elenco strutture sanitarie); le strutture così identificate rappresentano circa il 95% delle strutture private in Italia. Sono state escluse dall'analisi le case di riposo per anziani, studi odontoiatrici associati, centri di medicina estetica, laboratori analisi, centri diagnostici radiologici e centri per la medicina riproduttiva. (Tabella 1)

Introduzione

La tutela della salute da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non rappresenta più un compito esclusivo del sistema pubblico, ma è obiettivo dell'intero sistema sociale cui concorrono, con diversi ruoli e in diversa misura, soggetti pubblici e privati. Il SSN oggi non si associa più ad un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica, in quanto sempre più integrata (e a volte sostituita) da un'offerta privata; quest'ultima oggi è molto concorrenziale, grazie anche ai sistemi regionali di accreditamento che rendono, tra l'altro, il ruolo del privato accreditato significativamente differente tra le varie Regioni.

Viviamo oggi una fase di profondo disagio del servizio sanitario nazionale. Tra le cause, oltre al progressivo definanziamento intervenuto negli ultimi 10 anni, un ruolo rilevante è sicuramente rivestito dall'errata programmazione dei fabbisogni specialistici negli ultimi due decenni, dal pesante blocco del turn-over, da una vera e propria

Grafico 1. Confronto numero posti letto divisi per categoria (degenza ordinaria, day hospital e day surgery) anno 2010 vs 2017, con dettaglio su percentuale posti letto a gestione Privata Convenzionata (% quota Privato Convenzionato).



Risultati

Nel 2010 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.165 Istituti di cura, di cui il 54% pubblici ed il rimanente 46% privati accreditati. Il 68% delle strutture pubbliche era costituito da Ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10% da Aziende Ospedaliere, ed il restante 22% dalle altre tipologie di ospedali pubblici.

Il SSN disponeva di 244.310 posti letto per degenza ordinaria (acuti e post-acuti), di cui il 71,8% (175.417 posti letto) erano in carico al pubblico ed il 28,2% (68.893 posti letto) al privato di cui il 21% nelle strutture private accreditate, 21.761 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (91%) e di 8.230 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (80%). A livello nazionale erano disponibili 4,1 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti erano 3,5 ogni 1.000 abitanti.

Nel 2017, il numero degli Istituti di cura è risultato essere in calo (1.000), con una modifica della distribuzione totale: gli Istituti di cura Pubblici (Aziende Sanitarie locali, Aziende Ospedaliere ed altre tipologie di Ospedali Pubblici) rappresentavano il 51,8% mentre le strutture private accreditate il 48,2% (la Regione con il maggior numero di strutture private accreditate risultava essere il Lazio con 124 cliniche private, seguita dalla Lombardia con 72 strutture, quindi Sicilia e Campania con 58 strutture private). Il SSN disponeva di 211.593 mila posti letto per degenza ordinaria (acuti e post-acuti) di cui il 69,5% (147.035 posti letto) era in carico al sistema sanitario pubblico men-



LA GEOGRAFIA DELLA SANITÀ ITALIANA NEGLI ULTIMI ANNI

tre il 30,5% (64.558 posti letto) al privato di cui il 23,3% nelle strutture private accreditate, 13.050 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (89,4%) e di 8.515 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (78,2%). La regione con il maggior numero di posti letto era la Lombardia con 8.384, seguita dal Lazio con 7.168, quindi dalla Campania con 5.347. A livello nazionale erano disponibili 147.035 posti letto per acuti con un rapporto di 2,93 posti letto ogni 1.000 abitanti e 64.558 posti letto per post-acuti con un rapporto di 0,57 posti letto per mille abitanti (Grafico 1).

In conclusione, dai dati si nota come vi sia stata una progressiva contrazione dei posti letto su scala nazionale, molto più evidente e rilevante sul numero di posti letto pubblici rispetto alla quota dei posti letto a gestione privata convenzionata: il taglio dei 32.717 posti totali in 7 anni riguardava prevalentemente il pubblico con 28.832 posti letto in meno rispetto al 2010 (-16,2%), rispetto ai 4.335 posti letto in meno del privato accreditato (-6,3%).

Per quel che concerne l'analisi della variazione numerica del personale medico, nell'anno 2010 risultavano 244.350 i medici in attività in Italia. Tra questi, 110.732 erano operanti presso le strutture pubbliche a tempo indeterminato, 7.192 a tempo determinato, 6.467 presso le Università, 33.789 presso le case di cura private, convenzionate e non al SSN, e strutture equiparate al pubblico; 17.007 erano i medici specialisti ambulatoriali, 11.564 quelli operanti nella continuità assistenziale (distribuiti in 2925 punti di guardia medica), 45.536 medici di medicina generale, 7.631 pediatri di libera scelta e

4.432 medici in centri di riabilitazione (distribuiti in 971 centri in Italia). (Dati database Ministero della Salute).

I suddetti dati sono stati comparati con quelli desunti da varie fonti per l'anno 2017. È emerso che dei 242.532 medici attivi (dati Eurostat e dell'Annuario Statistico 2017 del Ministero della Salute) 101.100 operano negli ospedali pubblici a tempo indeterminato e 7.700 a tempo determinato, 8.500 sono medici universitari (compresi tempi determinati), 18.083 sono medici specialisti ambulatoriali, 11.688 medici operanti nei centri di continuità assistenziale, 43.731 medici di medicina generale (dati FIMMG), 7.590 pediatri di libera scelta, e 5.140 medici operanti nelle strutture riabilitative. Abbiamo, infine, desunto i numeri dei medici operanti negli Istituti di Cura privati accreditati e non al SSN, registrando un valore stimato di 39.000 unità, (annuario statistico ministero della salute 2017).

Conclusioni

Dallo studio si palesa come si sia assistito negli ultimi anni ad un progressivo calo del numero degli Istituti di cura e del numero di posti letto con una loro diversa redistribuzione percentuale tra gli Istituti Pubblici e quelli Privati accreditati; è altresì evidente come il numero dei medici operanti nelle strutture pubbliche abbia subito una riduzione rilevante (-9,5%), soprattutto se confrontato al comparto del settore privato che registra un aumento stimato del 15%.

A fronte di una flessione dei medici di famiglia piuttosto contenuta (-4,1%), sono invece aumentati i contratti parasubordinati relativi ai medici specialisti ambulatoriali (+5,9%) ed i medici dei centri riabilitativi (+13,7%), mentre sono rimasti stabili i numeri relativi alla continuità assistenziale ed ai pediatri di libera scelta (+1% e -0,5% rispettivamente).

Quanto sopra descritto conferma gli esiti attesi di una mancata programmazione dei fabbisogni e dello svilimento della professione medica classicamente intesa, associata a tagli lineari perpetrati ai danni del SSN.

L'esercizio della professione medica negli ospedali pubblici non è più il punto di arrivo per una nuova crescita professionale, il sogno di ogni studente e/o neolaureato alla Facoltà di Medicina, tanto meno la massima aspettativa di un giovane medico specializzato che tende a preferire al sistema pubblico quello privato, per condizioni di lavoro meno disagiate, minor rischio clinico, prospettive di carriera maggiori e

Tabella 1. Tipologie di Personale Medico nell'anno 2010 e 2017 e confronto

Tipologia di Personale Medico	Anno 2010	Anno 2017	Delta %
Istituti di Cura Pubblici a tempo indeterminato	110.732*	101.100**	-9,50%
Istituti di Cura Pubblici a tempo determinato	7.192*	7.700**	6,60%
Universitari (tempo determinato ed indeterminato)	6.467*	8.500^	23,90%
Case di Cura convenzionate e non/strutt. equiparate al pubblico	33.789*	39.000**	15,10%
Medici di Medicina Generale	45.536*	43.731**	-4,10%
Pediatri di Libera Scelta	7.631*	7.590**	-0,50%
Specialisti Ambulatoriali	17.007***	18.083^^	5,90%
Continuità Assistenziale (Guardia Medica)	11.564*	11.688**	1,10%
Centri Riabilitativi	4.432*	5.140**	13,80%
TOTALE	244.350	242.532	

*: dati Ministero della Salute annuario statistico 2010 **: dati Ministero della Salute annuario statistico 2017 ^: Statistica e Studi MIUR ^^: dati SUMAI ASSOPROF *** Dati Centro Studi Fondazione ENPAM

gratificazioni economiche ad oggi inimmaginabili nelle aziende ospedaliere. Il trend che emerge dal 2010 al 2017 non è che la punta di un iceberg, l'anticipo di uno tsunami che si manifesterà nei prossimi anni, considerando che è di circa 53.000 il numero totale di medici che potrebbero raggiungere il traguardo del pensionamento, sfruttando anche quota 100, tra il 2018 ed il 2025 (studio Anaa 2019).

Il calo dei medici operanti negli ospedali pubblici, di quasi 10%, vede la sua genesi nel mancato fisiologico ricambio generazionale, nella pessima programmazione nazionale, in un decennio di blocco del turn-over, in investimenti insufficienti nei contratti di formazione specialistica mai tarati sulle effettive esigenze. L'assenza quasi decennale di un nuovo Ccnl ha tenuto i livelli retributivi inchiodati ai valori del 2009 con una perdita economica complessiva valutabile intorno al 20%, dovuta non solo al mancato recupero inflattivo ma soprattutto al blocco delle dinamiche di carriera. A questo si aggiungono le uscite dal SSN determinate dai numerosi pensionamenti, dalle fughe indotte da allettanti contratti extra-ospedalieri e dalla migrazione all'estero.

Il dato dell'aumento del 15% circa del numero di medici operanti nel privato è frutto anche dell'assorbimento di personale fuggito dall'ospedale pubblico; la bilancia si sta pian piano spostando verso il settore Privato (redistribuzione del numero di Istituti di cura e di numero di posti letto a vantaggio del settore Privato stesso).

Nel contesto appena fotografato, la sanità privata, vista nelle varie sfaccettature, diventa sempre più attrattiva per i medici, ma anche per i pazienti, rag-

Tabella 2. Confronto tra anno 2010 e 2017 riguardo il numero di Istituti di Cura in Italia suddivisi in Pubblici e Privati Accreditati

ISTITUTI DI CURA IN ITALIA	2010	2017
Numero totale Istituti di cura Pubblici/Accreditati	1.165	1.000
Istituti Pubblici	629 (54%)	518 (51.8%)
Istituti Privati Accreditati	536 (46%)	482 (48.2%)

Tabella 3. Confronto tra anno 2010 e 2017 riguardo il numero di posti letto in Italia e quota percentuale in istituti Privati Accreditati

POSTI LETTO PER DEGENZA ORDINARIA	2010	2017
Numeri posti letto totali	244.310	211.593
Percentuale di posti letto per Istituti di Cura Privati Accreditati	21%	23.3%



LA GEOGRAFIA DELLA SANITÀ ITALIANA NEGLI ULTIMI ANNI

giungendo un gradimento mai visto negli ultimi anni e ritagliandosi sempre più spazio nel panorama della sanità italiana, anche se a suo carico imperversano luci e ombre riguardo l'impatto di questo sistema dicotomico pubblico e privato sulla spesa pubblica effettiva.

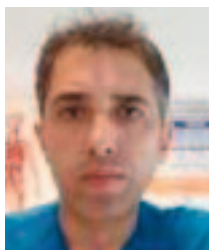
Le due facce della sanità italiana, pubblica e privata, devono e dovranno sempre più convivere per mantenere in equilibrio il sistema sanitario, non potendo più prescindere l'una dall'altra. Ma per evitare una concorrenza sleale è nostro dovere, e delle istituzioni tutte, rendere nuovamente appetibili gli ospedali pubblici alle nuove leve che si affacciano al mondo del lavoro. Obiettivo fondamentale da perseguire sarà quello di garantire il principio ispiratore del SSN, per il quale era nato oramai 41 anni fa, ovvero l'universalismo nell'offrire a tutti i cittadini la stessa tutela sa-

nitaria senza differenze di codice di avviamento postale, di latitudine o di conto bancario, né per chi cura né per chi è curato. In tal senso il nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della Dirigenza sanitaria, firmato recentemente, rappresenta un primo passo verso un recupero del fascino della sanità pubblica, riavvicinando i giovani alla rete ospedaliera, aspettando che i contratti di formazione specialistica aumentino per garantire un ricambio generazionale adeguato e proporzionale alle uscite relative ai pensionamenti che raggiungeranno nuovi picchi dal 2020 in poi.

Veneto

“Sanità veneta differenziata” nel prossimo decennio

Siamo appena entrati nel 2020, un nuovo decennio è iniziato, ci lasciamo dietro dieci anni di problematiche, di soluzioni mancate, di contraddizioni, di criticità ma purtroppo ce le portiamo appresso come un fardello



VINCENZO COSENTINI
Responsabile
Anaaio Giovani
Veneto

Il 2019 ci ha lasciato con alcune buone azioni su scala nazionale come la possibilità di partecipazione ai concorsi pubblici ospedalieri dei medici specializzandi del IV e V anno che stanno permettendo di dare una boccata di ossigeno al sistema sanitario; la firma, dopo dieci anni di stallo, del contratto collettivo nazionale che vede opportunità importanti per i giovani con la ripartenza di una stagione di contrattazione; la grande occasione offerta dall'allungamento dei termini per la stabilizzazione dei precari (Dlgs Madia), anche grazie ad una richiesta dell'Anaaio Giovani, al 31/12/2019; l'aumento, ancora comunque non sufficiente, del numero delle borse di specializzazione; tutto ciò non è abbastanza.

Certamente l'aria che si respira a li-

vello nazionale per la questione sanità sembra sia meno pesante, più propositiva, traspare una sensibilità politica nazionale diversa; lo stesso Ministro della Salute, On. Speranza, insediato il 5 settembre 2019 nel Governo Conte bis, nel recente intervento nel corso dei festeggiamenti dei sessanta anni dell'Anaaio del dicembre scorso a Roma, ha sottolineato il fatto che il nostro sistema sanitario è la prima traduzione vera dell'art. 32 della Costituzione, che c'è bisogno di un nuovo grande patto-paese attorno al tema salute.

Qualche giorno fa il direttore della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, Andrea Urbani, in un suo libro poneva l'attenzione sulla necessità di dover passare da una logica verticale sui silos rispetto agli ambiti di assistenza (ospedaliera, farmaceutica,

ambulatoriale) e sui tetti di spesa (per farmaci, dispositivi medici, personale) ad un approccio orizzontale basato sulla valutazione dell'impatto economico complessivo della patologia e la necessità di un cambio di passo generale, un ripensamento in chiave moderna del SSN. Ed ha proposto quello che da anni l'Anaaio invoca, ovvero un nuovo modello previsionale istituzionale che fornisca gli strumenti per realizzare una programmazione delle politiche sanitarie di lunga durata.

Su scala regionale, almeno in Veneto, esistono ancora tante contraddizioni; in questi ultimi mesi/anni sui giornali, nelle televisioni locali, sui social media ed in tutti i modi possibili abbiamo sempre cercato, come sindacato, e cerchiamo di rappresentare la realtà che viviamo e respiriamo tutti i giorni come operatori, il contenitore in cui lavoriamo con passione, dedizione

e sacrificio, la sanità veneta. Nello specifico, come giovani medici siamo preoccupati del nostro futuro lavorativo, abbiamo a cuore il bellissimo giocattolo che è il nostro sistema sanitario nazionale e regionale e che non vogliamo venga smantellato nel tentativo di trovare un pretesto per rimodularlo su basi incostituzionali e con logiche astratte.

Siamo preoccupati poiché non ci rivediamo nelle soluzioni proposte da chi è deputato a governarci, da una politica regionale che recentemente è stata richiamata all'ordine per condotta antisindacale in un momento storico in cui le scelte politiche sanitarie andrebbero condivise con chi lavora tutti i giorni in quel contesto e vive le criticità e le opportunità che si possono presentare. Non comprendiamo, non ci fidiamo e non crediamo nel "regionalismo differenziato", un percorso avviato sin dal 2006, poi interrotto e ripreso con accordi preliminari stipulati nel febbraio 2018 da alcune regioni (Emilia Romagna, Lombardia) fra cui il Veneto e che viene presentato come l'opportunità di esaltare e valorizzare le potenzialità intrinseche di ciascuna Regione ma che nella realtà delle cose si tradurrebbe nel demarcare ancor di più una linea netta e non più immaginaria fra Nord e Sud, tra le industrie del Nord e la desertificazione sociale ed economica del Sud, fra il trasporto ferroviario ultramoderno del Nord ed il trasporto regionale vetusto del Sud, fino alla sanità 4.0 del Nord e quella 1.0 del Sud. Il dibattito più aspro sul regionalismo differenziato si basa sull'ambiguità di fondo che investe il rapporto fra differenziazione ed uguaglianza, tra competizione e cooperazione, in poche parole fra particolarismo e coesione sociale, ambiguità che dovrà essere sciolta dalla politica. Non è un caso che il dibattito sul regionalismo differenziato viva fasi alterne di grande vivacità e di profondo silenzio.

Nel contesto del regionalismo differenziato la Regione Veneto è fra le più attive nel tifare questo tipo di visione globale. Se ci fermiamo a guardare i problemi della sanità veneta e le proposte della giunta regionale, scopriremo delle soluzioni piuttosto variopinte, per essere eufemistici, e questo è un dato preoccupante soprattutto per chi come noi ha bisogno di una strategia a lungo termine, di una visione d'insie-

me efficace, e non di soluzioni tampone carenti e strutturalmente improprie. Rappresentiamo la forza lavoro del presente e del futuro di questa regione, abbiamo il diritto di avere risposte concrete, condivise e stabili così come ne ha bisogno la popolazione tutta che riceve le prestazioni sanitarie.

Calandoci nella realtà sanitaria veneta, conosciamo bene la madre di tutti i problemi, la carenza di personale medico ospedaliero con l'ormai famoso numero di 1.300 medici veneti che mancano all'appello, numero che si aggiorna di giorno in giorno in virtù di una forbice progressivamente più ampia tra entrate ed uscite nel mondo lavorativo sanitario.

La carenza di personale medico in Veneto viene enfatizzata anche dal confronto con le altre Regioni per la dotazione organica del personale medico: in Toscana, per esempio, per assistere 3 milioni e 700 mila residenti ci sono lo stesso numero di medici del Veneto che ha nel proprio territorio una popolazione di 5 milioni di abitanti.

In questo contesto, come suddetto, abbiamo vissuto e stiamo tuttora assistendo a risposte politiche al problema che sono discutibili ed a tratti imbarazzanti; abbiamo assistito a proposte come il "ritorno alle armi" dei pensionati, l'utilizzo di medici non ospedalieri da cooperative private, il reclutamento di medici dall'Estero o di medici militari, l'ingresso in reparti ospedalieri delicatissimi, come i nostri Pronto Soccorso, di medici neolaureati sprovvisti di qualunque tipo di esperienza, gettati nella mischia con rischi evidenti sia per l'operatore/medico che per l'utente/paziente.

Le ultime schede ospedaliere regionali del 2019 hanno dato modo di verificare come l'ago della bilancia della sanità veneta si stia spostando verso il privato; basta vedere come indicatore il numero dei posti letto che si riduce ulteriormente nel pubblico ed aumenta nel privato: i posti letto per acuto a gestione pubblica si riducono del 4.29% mentre quelli per riabilitazione a gestione privata accreditata aumentano del 4.56%. Il 21% del totale dei letti disponibili in ospedale e nei centri riabilitativi periferici è in forma privata convenzionata. La privatizzazione della sanità pubblica in Veneto è arrivata ad essere al 28% per le attività di specialistica ambulatoriale ed al 24%

per le attività di ricovero.

Le soluzioni programmatiche che il nostro sindacato propone da anni hanno basi solide, frutto di studi di programmazione e comparazioni; la rimodulazione del numero di borse di specializzazione in funzione di un piano di fabbisogni nel tempo è fondamentale e con questo gli investimenti economici sia da parte delle Regioni che del Governo nell'intento di colmare quel buco nero generazionale che si alimenta ogni anno da coloro i quali si laureano in Medicina e Chirurgia e non riescono ad accedere alle scuole di specializzazione (i cosiddetti "camici grigi"), step indispensabile per poter accedere nei nostri ospedali pubblici.

Da gennaio 2019 abbiamo vigilato affinché venissero inseriti nel contesto dei concorsi pubblici per medici ospedalieri anche gli specializzandi ed in questo la Regione Veneto ha assimilato con ritardo tale opzione rispetto ad altre regioni.

Il termometro di un malessere lavorativo e di una carenza di opportunità è rappresentato anche dall'emigrazione che coinvolge i medici italiani; tra i camici bianchi europei che emigrano, il 52% sono italiani, e guarda caso, la regione con il maggior numero di medici che emigrano all'estero è il Veneto con circa 100 professionisti che ogni anno fanno le valigie per andar via dal nostro Paese, rappresentando per la regione un investimento a fondo perduto.

Ogni anno, ancor di più quello che apre un decennio, inizia con nuove prospettive, nuove speranze, rinnovata fiducia e voglia di fare; il mio augurio da medico ospedaliero, sindacalista, potenziale paziente, residente in Veneto ma calabrese di nascita è quello di vedere la politica nazionale e regionale allineata nella prospettiva di ridare linfa vitale al nostro servizio sanitario, affinché l'erogazione delle prestazioni sanitarie possano essere le medesime a Verona come a Reggio Calabria.

“

La carenza di personale medico in Veneto viene enfatizzata anche dal confronto con le altre Regioni per la dotazione organica del personale medico

Carenza di personale medico ospedaliero in Venet:

**1.300
medici**

Avv. Francesco Mantovani
Consulente legale Anaa Assomed

Sentenza n. 796/2020

Il Consiglio di Stato è recentemente tornato a pronunciarsi sulla *vexata quaestio* della nomina del dirigente sindacale nelle commissioni dei concorsi pubblici

Come noto, l'art. 9, comma 2, D.P.R. n. 487/1994, laddove prevede che *“le commissioni esaminatrici di concorso sono composte da tecnici esperti nelle materie oggetto del concorso, scelti tra funzionari delle amministrazioni, docenti ed estranei alle medesime e non possono farne parte, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546, i componenti dell'organo di direzione politica dell'amministrazione interessata, coloro che ricoprono cariche politiche o che siano rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali. Almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, salva motivata impossibilità, è riservato alle donne, in conformità all'art. 29 del sopra citato decreto legislativo”*.



Parte della giurisprudenza amministrativa interpreta in modo rigoroso la disposizione in esame, individuando nello svolgimento attività di una carica sindacale un potenziale motivo di esclusione dalle commissioni di concorso.

Tuttavia, quella stessa giurisprudenza precisa che l'interpretazione di tale disposizione implica la ponderazione dei due principi dell'imparzialità dell'azione amministrativa e della possibilità di accesso per tutti i cittadini agli uffici pubblici essendo necessario, perché il primo principio sia garantito senza sacrificio ingiustificato del secondo, il ricorso a criteri puntuali per l'applicazione dei divieti di partecipazione alle commissioni di concorso.

La sentenza in esame rinviene il *“crite-*

rio puntuale” attraverso cui effettuare tale ponderazione, nella sfera di influenza dell'attività svolta dal soggetto ricoprente la carica sindacale, per cui se quest'ultima in astratto è idonea a riverberare i suoi effetti anche sull'ente che indice la selezione, l'incompatibilità deve ritenersi sussistente, altrimenti deve escludersi.

Occorre quindi che *“vi sia comunque un qualche elemento di possibile incidenza tra l'attività esercitabile da colui che ricopre cariche politiche, sindacali o professionali e l'attività dell'ente che indice il concorso, altrimenti la disposizione verrebbe a generalizzare in modo eccessivo e senza adeguata giustificazione il sospetto di imparzialità anche nei confronti di soggetti che non gestiscano alcun potere rilevante e perciò non siano comunque idonei, sia pure da un punto divista astratto, a condizionare la vita dell'ente che indice la selezione”*.

In altri termini, il vulnus potenzialmente arrecato al principio di imparzialità dalla partecipazione alle commissioni di concorso dei titolari di cariche sindacali non è ancorato alla mera qualifica soggettiva degli stessi, ma alla possibilità di influire sulla attività dell'Ente che indice la selezione, mediante l'esercizio dei poteri e prerogative connessi alle medesima cariche, con i conseguenti intuibili effetti perturbatori sulla corretta ed imparziale esplicazione delle valutazioni concorsuali.

In estrema sintesi, vi deve essere un qualche elemento di possibile incidenza tra l'attività esercitabile da colui che ricopre cariche sindacali e l'attività dell'ente che indice il concorso.

Reale elemento di novità sulla questione è che la pronuncia in esame esclude esplicitamente che tale incidenza sia inverteata dal semplice dato della spaziale della contiguità tra Amministrazione che bandisce il concorso ed ambito di influenza sindacale dell'interessato.

Occorrerà invece al fine di escludere il dirigente sindacale dalla commissione di concorso che l'Amministrazione individui concreti elementi di interferenza tra i compiti sindacali e l'attività di componente di commissione di concorso.



Una storia bizzarra

Nel novembre del 2015 arriva al Pronto Soccorso dell'ospedale Regionale una signora ultranovantenne, che chiameremo Pina, con violenti dolori addominali, iniziati già da alcuni giorni. La diagnosi è di addome acuto e quindi segue ricovero in Chirurgia.

La paziente viene sottoposta agli esami ritenuti utili, accertando la presenza di una neoplasia intestinale con metastasi diffuse addominali e ascite, ed alla terapia del caso.

Dopo alcune ore viene portata in sala operatoria, operata e trasferita in Rianimazione, dove purtroppo muore dopo alcuni giorni.

A distanza di due anni il figlio della signora Pina, assistito da un avvocato, presenta una denuncia alla Procura, accusando i medici, per la verità soprattutto i chirurghi, di non aver assistito in maniera adeguata la propria madre, effettuando anche un intervento chirurgico tecnicamente sbagliato.

La Procura "apre un fascicolo", i Carabinieri in Ospedale sequestrano la cartella relativa al ricovero "incriminato" e già che c'erano anche una cartella di un ricovero in Medicina di alcuni mesi prima per un TIA risoltosi in pochissimi giorni senza strascichi. Viene affidata una perizia a due consulenti medico-legali, che a conclusione della loro disamina affermano che le procedure operatorie ed assistenziali, messe in atto durante il ricovero in Chirurgia, erano state corrette e pertanto il decesso della signora Pina non poteva essere imputato a una malpractice dei sanitari.

In conseguenza di ciò la Procura chiede l'archiviazione del caso e, vista l'opposizione del legale del figlio della signora Pina, il Giudice per le Indagini Preliminari stabilisce una camera di consiglio per la decisione in merito.

Cosa c'è di particolare, mi direte, cose che capitano con una certa frequenza, dappertutto. La cosa bizzarra è che solo a questo punto mi viene comunicato che sono indagato (nel 2015 sono stato responsabile "ad interim" della UOC Medicina Interna) insieme ad un collega della Medicina (anche lui aveva firmato la cartella del primo ricovero per TIA) ed al responsabile del Pronto Soccorso per il decesso della signora Pina, avvenuto in Chirurgia dopo un atto operatorio, e mi si invita a scegliere un avvocato di fiducia o ad accettare quello d'ufficio.

Solo a questo punto il mio avvocato (permettetemi di ringraziare il dottor Oreste Campopiano per il suo professionale atteggiamento tranquillizzante) ha avuto accesso agli atti, nel faticoso tentativo di ricostruire le modalità del nostro reale coinvolgimento. Preciso che nessuno mi ha ascoltato, nessuno mi ha comunicato nulla di specifico. E allora perché io, perché il collega della Medicina? A fatica riusciamo a capire: il magistrato della Procura presumibilmente ha estrapolato i nomi dei medici dalla cartella sbagliata, quella del primo ricovero, non quella del decesso della signora Pina. Sta di fatto che non si può far altro che spiegare la situazione durante l'udienza da-

vanti al Giudice per le Indagini Preliminari. Cosa che avviene. Gli avvocati degli "indagati" riportano questa palese incongruenza: sorpresa del rappresentante di turno della Procura, ira e proteste del denunciante.

Dopo due mesi esatti arriva la decisione del Giudice per le Indagini Preliminari: archiviare il procedimento.

La cosa bizzarra è che la motivazione si rifà solo alla perizia dei consulenti della Procura, che come ho già detto, dichiarava che l'intervento chirurgico era corretto. Inoltre sempre il Giudice rigetta, per non competenza, la richiesta dei denunciati di indagare i reali responsabili (a loro parere) del decesso della signora Pina.

Insomma sono stato prosciolto per aver fatto bene una cosa che, è molto chiaro, io non ho mai fatto.

Le considerazioni da fare potrebbero essere molte: la proditorietà, mai sanzionata, di alcune azioni legali contro i medici; il gran numero di procedimenti che inevitabilmente favorisce la possibilità di errori e superficialità del sistema giudiziario; le procedure che escludono di sentire gli "accusati"; la mancanza di coraggio di alcuni magistrati; le spese legali sostenute da innocenti tirati in ballo. Penso che anche il legislatore dovrebbe riflettere su questi punti e trovare soluzioni adeguate, perché penso che soluzioni ci siano, al di là di interessi corporativi difficili da superare.

Alla fine tutto è bene quel che finisce bene, certo. Ma mi rimane comunque un disagio, non tanto nell'essere stato coinvolto *ab initio* in una vicenda a me estranea. Commettere un errore ci sta, capita a tutti, anche se l'accusa era di omicidio (sottolineo omicidio).

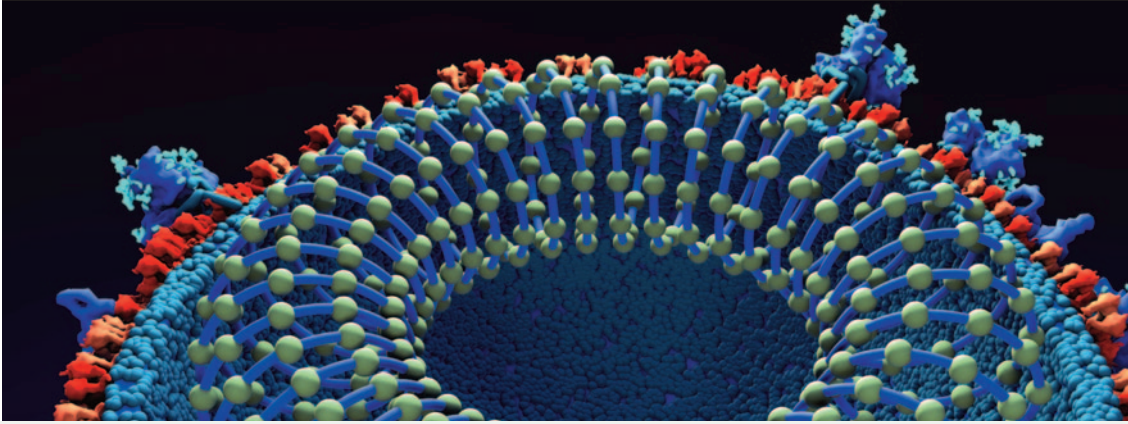
Io sono rimasto offeso, paradossalmente, dalla motivazione del proscioglimento, con la spiacevolissima sensazione di aver subito un'ingiustizia.

La Signora (trattasi di un magistrato donna) Giudice per le Indagini Preliminari afferma nella sua ordinanza che "la colpa si basa... sull'attribuibilità di condotta inosservante al soggetto agente". Bene, d'accordo. Forse però è sfuggito che io, ed il mio collega della Medicina, non siamo agenti nel caso in oggetto. Ripeto non abbiamo mai lavorato in un reparto chirurgico, non abbiamo né eseguito né assistito alla procedura in atti, siamo "estranei ai fatti".

Forse alla Giudice sarà sfuggita la particolarità della situazione, peraltro documentata e che pure i nostri avvocati hanno compiutamente rappresentato.

Spero tanto, anche per il buon nome della magistratura, che non abbia invece deciso di non capire.

ANTIMO AIELLO
Medico Chirurgo
Specialista in
Endocrinologia,
Gastroenterologia,
Medicina Nucleare,
Campobasso
Iscritto Anaao

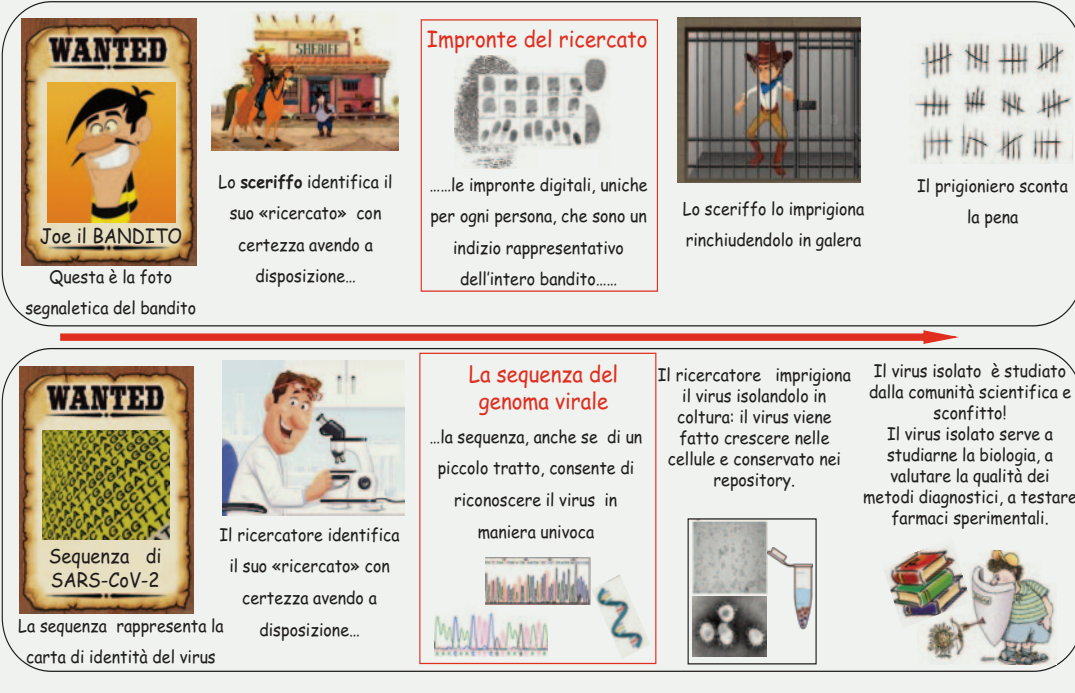


sibilità all'effetto inibitorio di potenziali molecole terapeutiche, la capacità di alterare le funzioni cellulari, ecc. In poche parole, avere il virus isolato permette di determinare le caratteristiche biologiche del virus stesso.

Ritornando alla nostra metafora, l'isolamento corrisponde alla cattura del ricercato, a poterlo interrogare e processare.

Quindi, ricapitolando, la sequenza è un dato, che si può pubblicare, condividere, analizzare nel contesto di altre sequenze, usare per scegliere i tratti da prediligere per il disegno dei test diagnostici molecolari o immunologici, o per ipotizzare le funzioni che potrebbero essere bersaglio di farmaci antivirali: sono tutte valutazioni "in silico". L'isolato virale è un ceppo "vivo", che si replica e può essere usato per determinare le caratteristiche biologiche nei modelli di coltivazione in vitro su cellule, o nei modelli di infezione in vivo su animali. Per concludere, bisognerebbe eliminare dal lessico scientifico l'espressione "isolare la sequenza", che ha tanto circolato in questi giorni. La sequenza si determina, si ottiene, si analizza; il virus si isola.

L'OMS ha sottolineato, in questa come in occasione di precedenti epidemie, che la condivisione dei dati (sequenza) e dei ceppi (isolati) è un passo importante perché, in maniera sinergica e con il concorso di molti studiosi in più parti del mondo, si possano sviluppare adeguate conoscenze ed allestire più efficaci strumenti di contrasto alla diffusione di agenti nuovi o poco conosciuti. Quindi i laboratori che ottengono sequenze dei genomi virali agli esordi di una nuova epidemia condividono i dati di sequenza rendendoli disponibili attraverso piattaforme informatiche, allestite proprio per favorire lo scambio trasparente di informazioni. Una di queste è GISAID, istituita alcuni anni fa per favorire lo scambio di informazioni relative alla sequenza dei virus influenzali, che è fortemente impegnata per l'attuale epidemia da coronavirus. Allo stesso modo gli isolati possono essere condivisi fra i laboratori che hanno la struttura e la capacità necessarie, utilizzando come canale di distribuzione controllata i repository biologici, ovvero le banche di ceppi, come EVAg a livello europeo o BEI a livelli statunitense.



Segue da pagina 5

cercato, di cui abbiamo la foto segnaletica, l'impronta digitale e l'elenco di tutte le caratteristiche fisiche. L'insieme di queste caratteristiche descritte in forma narrativa sono l'equivalente della sequenza dell'intero genoma virale. Questa è particolarmente importante quando si scopre un nuovo virus, e può essere ottenute con tecniche molecolari direttamente analizzando il campione clinico. Il sequenziamento, oltre che per descrivere in maniera esaustiva le proprietà molecolari di un nuovo virus, può essere utilizzata anche a scopo diagnostico, ma in questo caso non è necessario determinare la sequenza dell'intero genoma, basta un breve tratto: ritrovare in un campione clinico la sequenza di un breve tratto del genoma virale equivale a rilevare sulla scena del delitto l'impronta digitale del ricercato, che ci dice senza ombra di dubbio che si tratta proprio di lui.

Ma tutto ciò non equivale ad arrestare il ricercato.

L'isolamento virale invece equivale ad arrestare il ricercato in carne ed ossa. È una procedura che oggi viene utilizzata solo in casi eccezionali, perché è lunga, farraginoso, costosa, e richiede competenze specialistiche e strutture di bio-

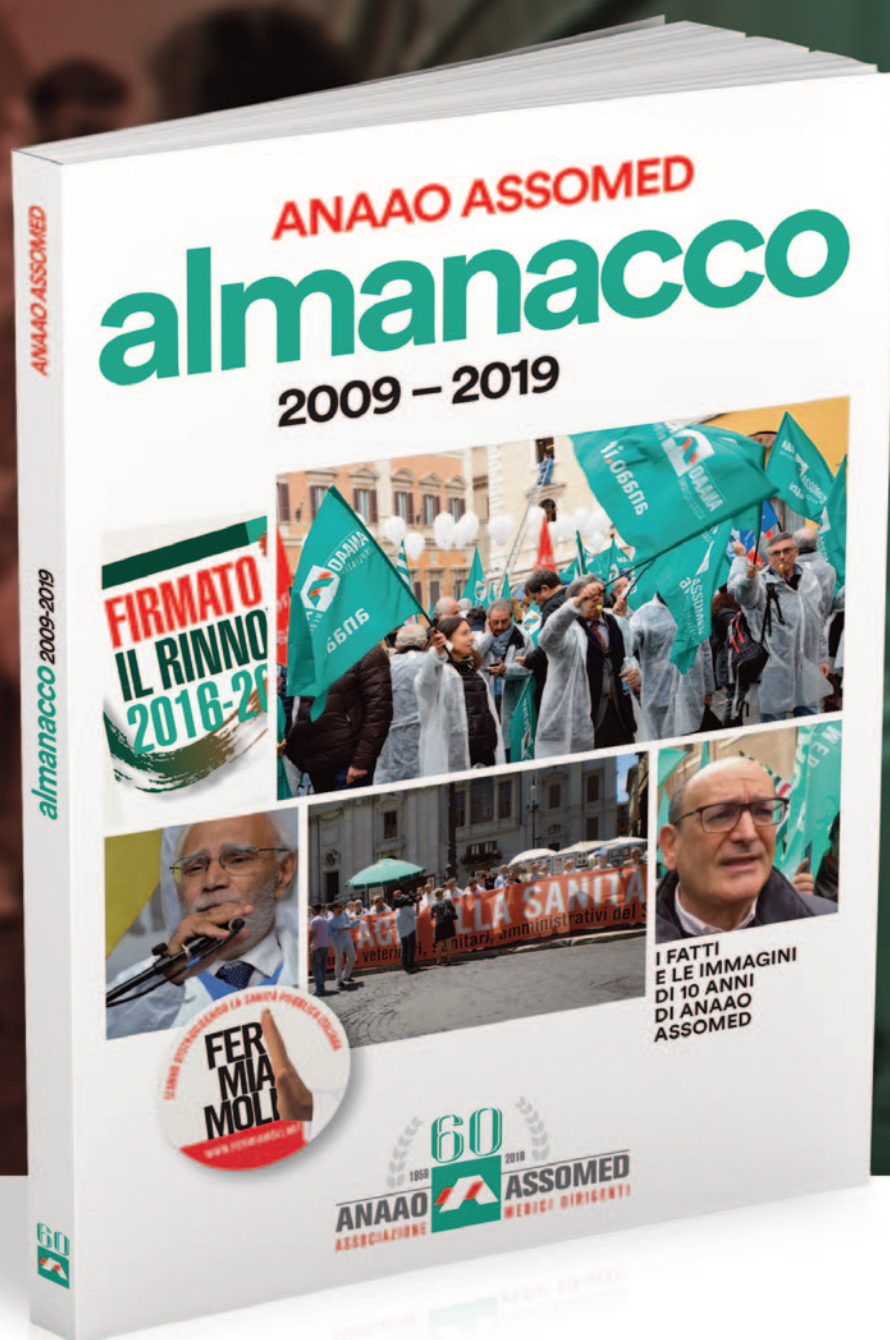
contenimento se il virus appartiene ad un livello di rischio elevato (livello 3 nel caso del nuovo coronavirus SARS-CoV-2). Si tratta di mettere il campione biologico su colture di cellule; queste vengono mantenute in condizioni controllate di temperatura, umidità e concentrazione di anidride carbonica, in condizioni, cioè, che riproducono quelle che si trovano nell'organismo infettato, affinché il virus entri nelle cellule e si replichi. Il più delle volte la replicazione virale si manifesta all'osservazione microscopica come una alterazione progressiva della morfologia delle cellule, denominata effetto citopatico. Per confermare che l'effetto citopatico sia realmente dovuto alla replicazione del virus che stiamo tentando di isolare, le colture vengono sottoposte ai test molecolari che si usano per la diagnosi, o ad altri test più sofisticati. Una volta isolato, il virus si può propagare in condizioni controllate, e quindi si possono eseguire esperimenti. Ad esempio il virus si utilizza per verificare la presenza di anticorpi nel sangue dei pazienti, la capacità di questi anticorpi di neutralizzare l'infettività virale (quindi di proteggere dall'infezione), i rapporti con i meccanismi di difesa antivirale, la sen-



Novità

**Il testo del contratto
e le schede esplicative.**

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE  **MEDICI DIRIGENTI**



**La foto story dei
nostri ultimi dieci anni.**
Se vuoi leggerlo
inquadra il Qrcode

