

o!

d!rigenza medica

- 4 **Via libera al Senato**
Il Decreto Rilancio è legge
- 10 **Indagine Anaa Assomed / 1**
I risultati dell'indagine
sullo stato delle relazioni
sindacali
- 12 **Indagine Anaa Assomed / 2**
Le Ats lombarde al tempo
della pandemia

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Intervista al Segretario Nazionale
Carlo Palermo

ANDARE *oltre* L'EMERGENZA

Bisogna riacquistare una visione strategica.
Non possiamo dimenticarci di tutti i problemi
che anche prima del Covid-19 aveva il Ssn

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

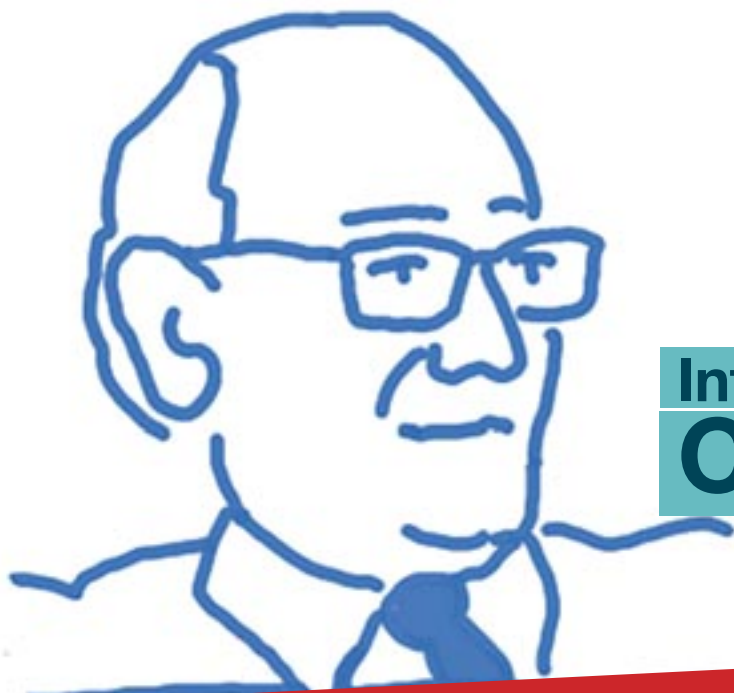
Stampa

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 luglio 2020



Intervista al Segretario Nazionale **Carlo Palermo**

Il Governo non può aspettare ancora.

Serve un piano da 30 mld o il post Covid travolgerà il Servizio sanitario nazionale

Mes? Lo stigma lo porterà chi deciderà di non usarlo

Intervista di
Luciano Fassari

“Bisogna andare oltre l'emergenza, riacquistare una visione strategica. Non possiamo dimenticarci di tutti i problemi che anche prima del Covid-19 aveva il Ssn”. È un appello chiaro quello che fa il segretario dell'Anaa Assomed, **Carlo Palermo** che invita il Governo ad andare oltre l'emergenza e a prendere in mano concretamente il dossier della riforma della sanità anche utilizzando le risorse del Mes: “Coloro che oggi si adoperano contro l'accesso dell'Italia al Mes, saranno gli stessi che si porteranno addosso lo stigma di chi ha rifiutato il più importante finanziamento del secolo per la nostra sanità”. Bocciato l'aumento dei posti a Medicina: “Un intervento inutile, fatto per soddisfare il desiderio di espansionismo delle Università”.

Dottor Palermo, come giudica il DI “Rilancio” appena approvato alla Camera?

Non posso che apprezzare il fatto che ci siano risorse in più e che il Ministro Speranza in questi mesi si stia adoperando per immettere nuovi e importanti finanziamenti nella sanità dopo un decennio di tagli dettati dalle politiche europee di equilibrio di bilancio. Ricordiamoci che il Ssn è arrivato in forte af-

Il leader sindacale in pressing sul Governo per dare il via alla riforma del Ssn: “Per ora abbiamo letto sui giornali degli annunci e sono convinto che il lavoro al Ministero sia già in fase avanzata. Il punto, però, è che bisogna fare presto”.

Servono investimenti su ospedali, personale, apparecchiature oltre che 3mila borse di specializzazione per chiudere l'imbuto formativo.

Auspicata anche una riforma del territorio ma no a dipendenza per i medici di famiglia. E sul Mes ribadisce: “Non capisco proprio tutte le ritrosie ideologiche, le diffidenze”

Intervista al Segretario Nazionale Carlo Palermo



fanno all'emergenza da Covid-19: mancanza di personale sanitario, carenza di posti letto, anche nelle Terapie Intensive, con tassi tra i più bassi d'Europa, e una sanità con forti squilibri territoriali.

Quindi il DI "Rilancio" è una svolta?

È un provvedimento che come il "Cura Italia" ha cercato di tamponare l'emergenza ma che non può, e nemmeno vuole, risolvere i problemi strutturali della sanità pubblica.

Cosa manca?

Bisogna andare oltre l'emergenza, riacquistare una visione strategica. Non possiamo dimenticarci di tutti i problemi in cui prima del Covid-19 si dibatteva il SSN: i problemi di governance del sistema e del rapporto tra Stato e Regioni; l'azienda sanitaria a guida monocratica che sconta l'esclusione dei professionisti dai processi decisionali fondamentali; i ritardi della formazione post laurea; le ricadute negative della legislazione sulla colpa medica; le liste d'attesa che oramai si misurano in anni; la carenza di oltre 40 mila tra medici, biologi, infermieri e altri operatori sanitari; le difficoltà a ricoverare le persone per mancanza di posti letto specie nei periodi influenzali. Ha presente quelle immagini dei Pronto soccorso intasati con le persone ricoverate sulle barelle in mezzo ai corridoi e talvolta curate anche a terra per mancanza di spazi? Ecco, non è che il Covid-19 abbia cancellato questi problemi piuttosto ne ha aggiunti altri.

Il Ministro Speranza rivendica di aver stanziato risorse come nessuno mai negli ultimi 5 anni e di avere fatto oltre 20 mila assunzioni.

Fa bene il Ministro a rivendicare le risorse in più e le assunzioni. Come le dicevo, sono azioni che servono ora per far fronte al Covid-19, ma non bastano per rimettere in sesto il SSN. Le dico solo che su 6.000 medici assunti ben 5.000 lo sono con contratti precari. Certo si aumentano i posti di Terapia intensiva e sub intensiva, ma qui c'è bisogno di competenze specifiche, di operatori con contratti stabili. Posti letto e competenze sono indispensabili anche per gli altri reparti, si pensi alle pneumologie e alle malattie infettive, che sono stati falciati da anni di tagli alla ricerca spasmodica di un efficientismo organizzativo incapace di guardare ai veri problemi di salute.

Sempre Speranza ha più volte annunciato di star lavorando ad un'ampia riforma del Ssn...

Per ora abbiamo letto sui giornali degli annunci e sono convinto che il lavoro al Ministero sia già in fase avanzata. Il punto, però, è che bisogna fare presto. Bisogna infondere fiducia ai cittadini. Devono sapere che il nostro SSN sarà in grado di affrontare anche una eventuale seconda ondata epidemica, sarà più resiliente limitando le ricadute negative sanitarie, sociali ed economiche. Senza fiducia non ripartono i consumi e l'economia ristagna.

La discussione sull'utilizzo del Mes però non promette tempi rapidi.

Come Anaao lo diciamo da tempo: occorre usare le risorse del Mes. Non capisco proprio tutte le ritrosie ideologiche, le diffidenze. Il Mes mette a disposizione immediatamente risorse economiche fino al 2% del nostro PIL, quindi fino ad un massimo di circa 36 miliardi. L'unica condizionalità è legata alla destinazione delle spese: devono essere finalizzate direttamente o indirettamente a contrastare l'epidemia e le sue conseguenze. E sarebbe curioso che non ci fosse tale condizione. Anzi le dico di più: coloro che oggi si adoperano contro l'accesso dell'Italia al Mes, saranno gli stessi che si porteranno



“
Ha presente quelle immagini dei Pronto soccorso intasati con le persone ricoverate sulle barelle in mezzo ai corridoi e talvolta curate anche a terra per mancanza di spazi? Ecco, non è che il Covid-19 abbia cancellato questi problemi piuttosto ne ha aggiunti altri

addosso lo stigma di chi ha rifiutato il più importante finanziamento del secolo per la nostra sanità.

Senta, ma qual è il rischio per la sanità se si perderà altro tempo?

Il rischio è che dove non è riuscito il Covid-19 a travolgere il Ssn sarà il post epidemia a farlo.

Addirittura?

Ma guardi che sono i fatti a parlare. Già ora scontiamo un incremento della mortalità per le malattie cardiovascolari tempo-dipendenti, legato al timore di contagio da parte dei pazienti e al ritardo con cui arrivano in Ospedale. Vi è anche un ritardo nella diagnosi e nel follow-up di patologie neoplastiche che sconteremo in termini prognostici nei prossimi mesi ed anni. Il numero di attività accantonate tra visite, prestazioni diagnostiche, attività di screening e interventi è enorme. Parliamo di 500 mila interventi chirurgici in elezione e milioni tra visite specialistiche ed esami diagnostici. Serve chiaramente un aumento dell'offerta nei prossimi 6/12 mesi. Si può ottenere, da un lato, incrementando il personale, dall'altro con un grande piano di produttività aggiuntiva per cui servono risorse. Altrimenti i cittadini si rivolgeranno sempre più al privato, indebolendo un SSN giudicato incapace di risolvere i loro problemi.

Che tipo d'intervento serve quindi?

A livello economico serve un piano di almeno 25-30 miliardi di euro e per questo, come le dicevo, il Mes sarebbe importante usarlo. Rappresenta un formidabile catalizzatore per i piani strategici di riorganizzazione e rinnovamento delle strutture materiali e immateriali del SSN. Altrimenti si indichi rapidamente la fonte alternativa di finanziamento.

E con tutti questi soldi cosa andrebbe fatto concretamente, oltre che incentivare la produttività?

Partiamo dalla ristrutturazione degli ospedali. Molti costruiti più di 50 anni fa e incapaci di rispondere con flessibilità alle rimodulazioni organizzative e all'incremento dei posti letto necessari in corso di epidemia. Si pensi alla separazione dei percorsi tra infetti e non infetti e quindi alla salvaguardia



delle attività verso le patologie ordinarie, trascurata in questa fase. Aggiungiamo la messa a norma per il rischio sismico. Altro punto essenziale è l'adeguamento delle strutture intermedie. Parlo di Ospedali di comunità, RSA e Centri di prossimità che hanno manifestato molte criticità nel contesto dell'epidemia. Anche gli investimenti in ricerca biomedica sono decisivi così come quelli nelle industrie della white economy, sia nel settore delle tecnologie sanitarie che della farmaceutica. Si tratta di settori ad altissimo tasso di innovazione e con livelli elevati di capitale umano, dove l'Italia vanta posizioni di avanguardia. Le apparecchiature diagnostiche e terapeutiche dei nostri Ospedali sono oramai obsolete nella maggioranza dei casi, per la scarsa possibilità di investimento per beni e servizi degli anni passati, e necessitano di essere rinnovate. È fondamentale per affrontare in sicurezza eventuali recrudescenze epidemiche avere adeguate riserve di farmaci (antivirali, plasma iperimmune, desametazone, tocilizumab, anticoagulanti) e dispositivi di protezione individuale, purtroppo carenti nelle prime fasi epidemiche e ciò ha rappresentato uno dei fattori principali alla base dell'elevato numero di contagi tra il personale sanitario, nonché investire nell'approvvigionamento del vaccino appena disponibile. Non dimentichiamo la rivoluzione digitalica con ospedali e strutture territoriali sempre connessi per lo scambio di dati e lo sviluppo della telemedicina e del telemonitoraggio dei pazienti. Tutto ciò aiuterebbe a creare lo spazio nella spesa corrente del FSN per incrementare gli stipendi dei medici e dei dirigenti sanitari riportandoli a livelli più vicini a quelli europei. Tutti ne parlano, per ultimo il Segretario del PD Zingaretti, ma nessuno passa dalla enunciazione del problema alle proposte percorribili.

Ecco proprio sull'assistenza territoriale, crede si debba puntare sulla dipendenza per i medici di famiglia?

Guardi, la scelta del rapporto di lavoro non può certamente essere imposta. Poi, a mio parere, non si tratta di cambiare stato giuridico, operazione sempre problematica, lunga e difficile da affrontare, ma di funzioni da esercitare. Si tratta di un nuovo modo di lavorare, di operare in team multiprofessionali e multidisciplinari andando verso una medicina di co-

“

Il federalismo che abbiamo vissuto in tutti questi anni lo definirei scarsamente solidale, quasi “da abbandono”

Sull'aumento dei posti a Medicina? Un intervento inutile, al di fuori di ogni logica, fatto per soddisfare il desiderio di espansionismo delle Università

munità che integri le nuove strutture della Medicina generale con i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione, che vanno rivitalizzati, e i Distretti socio-sanitari. Una organizzazione capace di intercettare sul territorio l'insorgenza dei nuovi casi di Covid-19, di garantire precocemente le famose tre T (testare, tracciare e trattare) in modo da evitare il riversarsi di una casistica non controllata sugli ospedali, causa importante nell'epicentro epidemico della saturazione dei posti in Terapia intensiva: Le epidemie si combattono soprattutto sul territorio. E sul territorio va affrontato anche il problema della cronicità, sviluppando una stretta continuità assistenziale con l'Ospedale, prima, durante e dopo il ricovero dei pazienti che sono in genere complessi e multi-patologici. Anche in questo caso le piattaforme digitaliche possono essere di grande aiuto.

Ma occorre riformare anche la Costituzione? Penso al Titolo V.

Ho spesso affermato la necessità di ricentralizzare le politiche sanitarie nel nostro Paese. Il federalismo che abbiamo vissuto in tutti questi anni lo definirei scarsamente solidale, quasi “da abbandono”. L'epidemia ha evidenziato le criticità dell'attuale assetto di governance istituzionale. Sia chiaro, non si intende limitare l'autonomia organizzativa delle Regioni, come Anaaio pensiamo che serva un maggiore potere del Ministero della Salute in termini di programmazione e indirizzo nonché di verifica degli obiettivi, con possibili interventi sostitutivi per garantire non solo l'equilibrio economico delle Regioni, come finora è stato fatto dal MEF, ma soprattutto il diritto di accesso alle cure, la piena esigibilità dei LEA e in definitiva quel diritto alla salute, unico e indivisibile, il solo che la Costituzione definisce come fondamentale. Una autonomia differenziata ci porterebbe, al contrario, verso uno stato federale sul modello degli Stati Uniti che proprio durante l'epidemia hanno mostrato enormi difficoltà nell'assumere decisioni univoche e concordate nel contrasto della sua diffusione e ne stanno ancora pagando le conseguenze in termini di numero di contagi e mortalità. A quel punto sarebbe improprio continuare a parlare di SSN.

Tema caldo è sempre quello della formazione. Sono aumentate le borse di specializzazione ma pure i posti a Medicina. Non trova che siamo di fronte ad un circolo vizioso?

Purtroppo è così. Abbiamo salutato con favore l'investimento fatto sui contratti di specializzazione anche se non ci stancheremo mai di dire che per far fronte alla carenza di medici specialisti, che nei prossimi 5 anni sarà fortissima dato l'elevato numero di professionisti che lascerà il lavoro per raggiunti limiti pensionistici ma anche per il tremendo stress test che tutti gli operatori in prima linea hanno subito, occorre fare uno sforzo in più. Dobbiamo assolutamente chiudere l'imbutto formativo e per il prossimo anno serviranno almeno 3 mila contratti in più rispetto ai 15/16 mila posti di formazione post laurea tra specializzazioni e medicina generale del 2020. Una volta risolto l'imbutto, si dovrà garantire che ad ogni laureato possa corrispondere o un contratto di specializzazione o una borsa in Medicina generale, nell'ambito di una seria programmazione dei fabbisogni.

E sull'aumento dei posti a Medicina portati a 13.072 dal Ministro Manfredi?

Un intervento inutile, al di fuori di ogni logica di programmazione, fatto per soddisfare il desiderio di espansionismo delle Università. Il punto è che quando si adottano certe misure si dovrebbe guardare con una prospettiva di almeno 10 anni. Ebbene nel 2030, quando quei medici usciranno da un lungo e impegnativo percorso di studio e formativo, il lavoro per tutti non ci sarà più perché la gobba demografica dei baby boomers, assunti nel SSN intorno alla sua costituzione, sarà stata riassorbita. Insomma, rischiamo una nuova plethora medica come è stato negli anni '70 e '80.

Il Decreto Rilancio

è legge

Dai piani di riorganizzazione ospedaliera al potenziamento del territorio fino alle nuove norme sui precari e al “premio” Covid



Anche il Decreto legge cosiddetto “Rilancio” è legge e si aggiunge agli altri provvedimenti d’urgenza varati dal Governo per rispondere all’emergenza sanitaria derivante dall’epidemia Covid. Il passaggio parlamentare ha dato il via a molte novità rispetto al testo del decreto originario (vedi *Diligenza Medica* n. 4/2020).

Tra queste la stabilizzazione per i precari della sanità, il ‘bonus’ Ecm esteso a tutti gli operatori sanitari, l’introduzione degli psicologi all’interno delle Usca, i nuovi fondi per le borse di studio per i corsi di formazione specifica in medicina generale. E poi l’istituzione della scuola di specializzazione in medicina e cure palliative, un premio fino a 2.000 euro per gli operatori sanitari impegnati in questi mesi per l’emergenza Covid, la possibilità per le Regioni di passare alla farmacia in «distribuzione per conto» una serie di farmaci attualmente distribuiti direttamente dalle Asl.

Ma non finisce qui. Viene poi previsto un nuovo aumento dei contratti della specialistica in medicina, risorse per la sanità privata vincolate al lavoro effettivamente svolto da queste strutture nel corso dell’emergenza epidemiologica, cambiano le misure per le sperimentazioni cliniche con un nuovo ruolo affidato al Comitato Etico. E ancora, linee guida per la gestione dell’emergenza epidemiologica presso le strutture per anziani, persone con disabilità e altri soggetti in condizione di fragilità; remunerazione personale centrali numero unico 112, estensione delle norme in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata a operatori sanitari vittime del Covid-19.

Di seguito una sintesi articolo per articolo del testo approvato in Aula, con tutte le modifiche introdotte.

Dopo il via libera in seconda lettura da parte del Senato, nel testo licenziato nelle scorse settimane dalla Camera, il Decreto Rilancio è stato convertito in legge. Molte le novità per la sanità introdotte nel corso dell’esame del provvedimento da parte della Commissione Bilancio della Camera.

Art. 1

Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

Piani di assistenza territoriale

Al fine di rafforzare l’offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l’emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2, per l’anno 2020, le regioni sono chiamate ad adottare **piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale**. Questi piani devono contenere, tra l’altro, specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell’attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell’isolamento e del trattamento. I piani saranno monitorati congiuntamente dal Ministero della salute e dal Ministero dell’economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi.

Rete laboratori Covid

Le regioni e le province autonome costituiscono le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da Sars-CoV-2, individuandoli tra quelli dotati di idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche del personale addetto, a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica. Le regioni e province autonome, sulla base delle indicazioni tecniche fornite dal Ministero della salute, dovranno identificare un laboratorio pubblico di riferimento regionale che opererà in collegamento con l'Iss e individuerà, ai fini dell'accreditamento, i laboratori pubblici e privati operanti nel territorio di riferimento, in possesso dei requisiti prescritti.

I laboratori di microbiologia individuati dal laboratorio di riferimento regionale avranno l'obbligo di trasmettere i referti positivi dei test molecolari per infezione da Sars-CoV-2 al dipartimento di prevenzione territorialmente competente. Le regioni e le province autonome, ricevuti i dati relativi ai casi positivi riscontrati, li trasmetteranno all'Iss.

Potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare

Le misure di distanziamento sociale e di isolamento domiciliare determinano la necessità di implementare e indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali sempre più a livello domiciliare, per decongestionare le strutture ospedaliere e favorirne un deflusso monitorato.

Centrali operative regionali e kit di monitoraggio

Per la gestione delle attività di sorveglianza attiva, si propone la messa a disposizione a domicilio, dei pazienti di apparecchiature per il monitoraggio della saturimetria, anche attraverso le app di telefonia mobile in modo da garantire un costante monitoraggio della saturazione di ossigeno dell'emoglobina, parametro fondamentale per definire il setting terapeutico assistenziale più adeguato, nel modo più tempestivo possibile. Il percorso dovrebbe, quindi, consistere nel monitoraggio continuativo domiciliare, anche in strutture alberghiere laddove si individuino convivenze a rischio, precoce riconoscimento del peggioramento clinico e quindi tempestiva ospedalizzazione.

Sperimentazione strutture di prossimità

Il Ministero della salute, sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, coordinerà la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti dovranno prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favorendo la domiciliarità.

Personale Infermieristico (infermiere di famiglia)

Le aziende e gli enti del Ssn potranno conferire, dal 15 maggio 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di co.co.co, in numero non superiore a **8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti (in tutto 9.600 infermieri)**, ad infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Potranno far parte delle Unità speciali di continuità assistenziale anche **medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni**.

Unità speciali di continuità territoriale

Al fine di garantire una più ampia funzionalità delle Unità speciali di continuità assistenziale viene autorizzata per l'anno 2020 l'ulteriore spesa di **61 milioni di euro** a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per l'anno 2020. Possono far parte delle Unità speciali di continuità assistenziale anche ai **medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni**.

Assistenti sociali

Le aziende e gli enti del Ssn potranno conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di **assistente sociale**, regolarmente iscritti all'albo professionale, in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due Unità speciali di continuità assistenziale per un monte ore settimanale massimo di 24 ore (**in tutto 600 assistenti sociali**). Per le attività svolte viene riconosciuto agli assistenti sociali un compenso lordo orario di 30 euro, incluso degli oneri riflessi.

Strutture territoriali

Nei casi in cui occorra disporre temporaneamente di beni immobili per far fronte ad improrogabili esigenze connesse con l'emergenza (oltre alle procedure già previste dal Decreto Cura Italia) si potranno **rendere disponibili all'uso strutture alberghiere**, o strutture con analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, laddove queste misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata.

Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio sanitarie territoriali, le Regioni dovranno attivare **centrali operative regionali** che svolgono funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina. Le Regioni, in relazione alla propria organizzazione, attivano, quindi, questa funzione di coordinamento e comunicazione unitaria, anche telefonica, a servizio dei Mmg, Pls, Mca e loro aggregazioni, il Sisp e servizi territoriali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio.



Psicologi nelle Usca

Nel rispetto dei limiti di spesa per il personale degli enti del Ssn, si introduce la possibilità di conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, agli psicologi all'interno delle Usca, in numero non superiore a uno psicologo per due unità e per un monte ore settimanale massimo di ventiquattro ore.

Centrali operative regionali

Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali previste nei piani regionali, le regioni provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le proprie funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

Indennità personale infermieristico

Per la presa in carico precoce dei pazienti affetti da Covid-19 e per garantire il massimo livello di assistenza ai pazienti fragili, nell'anno 2020 è incrementata la spesa per la retribuzione dell'indennità di personale infermieristico impegnato in queste attività. A tal fine è autorizzata l'ulteriore spesa di **10 milioni di euro** a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per l'anno 2020.

Distribuzione delle risorse e copertura finanziaria

Per finanziare l'insieme di questi interventi viene previsto un **incremento del Fondo sanitario nazionale 2020 di 1.256.633.983**.

Art. 1-bis

Borse di studio per medici

Si accantonano, a decorrere dal 2021, 20 milioni di euro annui a valere sulle disponibilità finanziarie ordinarie destinate al fabbisogno sanitario standard nazionale al quale concorre lo Stato, per finanziare borse di studio per i medici che partecipano ai corsi di formazione specifica in medicina generale.

Art. 1-ter

Linee guida per la gestione dell'emergenza epidemiologica presso le strutture per anziani, persone con disabilità e altri soggetti in condizione di fragilità

Si prevede che entro quindici giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto Rilancio, il Comitato tecnico-scientifico dovrà adottare linee



guida per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture pubbliche e private, accreditate, convenzionate e non convenzionate, che durante l'emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario, riabilitativo, socio-educativo, socio-occupazionale o socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità.

Le linee guida dovranno essere adottate nel rispetto dei seguenti principi:

- garantire la sicurezza e il benessere psico-fisico delle persone ospitate o ricoverate presso le strutture;
 - garantire la sicurezza di tutto il personale, sanitario e non sanitario, impiegato presso le strutture, anche attraverso la fornitura di dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale idonei a prevenire il rischio di contagio;
 - prevedere protocolli specifici per la tempestiva diagnosi dei contagi e per l'attuazione delle conseguenti misure di contenimento;
 - disciplinare le misure di igiene fondamentali alle quali il personale in servizio è obbligato ad attenersi;
 - prevedere protocolli specifici per la sanificazione periodica degli ambienti.
- Le strutture saranno inoltre equiparate ai presidi ospedalieri ai fini dell'accesso, con massima priorità, alle forniture dei dispositivi di protezione individuale e di ogni altro dispositivo o strumento utile alla gestione e al contenimento dell'emergenza epidemiologica.

Art. 2

Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da Covid-19

Le regioni dovranno garantire l'inc-

remento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva, tramite apposito Piano di riorganizzazione.

Verrà resa **strutturale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di Terapia Intensiva** (corrispondente ad un incremento di circa 70% del numero di posti letto preesistenti la pandemia) e dovrà essere programmato un incremento di **4.225 posti letto di area semi-intensiva**. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50% di questi posti letto, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio.

Sarà, inoltre, resa disponibile - per un periodo massimo di 4 mesi dalla data di attivazione - una dotazione di **300 posti letto suddivisa in 4 strutture movimentabili**. Per ciascuna struttura è prevista una dotazione di 75 posti letto.

Dovrà essere consolidata la **separazione dei percorsi** rendendola strutturale e assicurata la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti Covid-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi.

Vengono incrementate le risorse da destinare alla **remunerazione delle prestazioni correlate all'emergenza**, e le Regioni potranno raddoppiare la remunerazione con loro risorse.

Per l'insieme di questi interventi è previsto uno stanziamento di 1,467 miliardi per il 2020. A tal fine viene istituito un apposito capitolo nello stato di previsione del Ministero della salute per l'importo di 1.467.491.667 euro. Quindi, a differenza di quanto previsto dalla precedenti bozze, quelle risorse non saranno più direttamente trasferite al Commissario straordinario per il contrasto Covid-19 che è autorizzato a delegare i propri poteri ai Presidenti delle regioni e province autonome.

DECRETO RILANCIO

Le Regioni vengono poi autorizzate a **implementare i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti Covid-19**, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da Covid-19. Per l'operatività di tali mezzi di trasporto, potranno **assumere personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico**, con decorrenza 15 maggio 2020.

Per garantire l'erogazione dei Lea, apre alla possibilità di indire **procedure selettive per l'assunzione di personale a tempo indeterminato** per le categorie A, B, BS e C, valorizzando le esperienze professionali maturate nello svolgimento anche di prestazioni di lavoro flessibile. Per questi ultimi interventi e per sostenere una serie di misure a sostegno della **spesa per il personale sanitario** sono stanziati **430.975.000 euro** per il 2020.

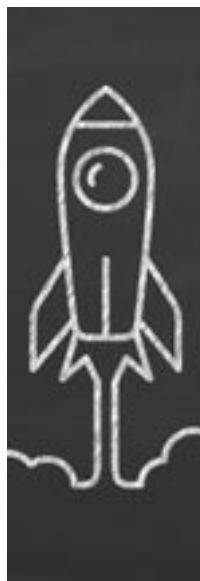
Si riconosce al personale sanitario impegnato sul fronte Covid un **premio di importo non superiore a 2.000 euro** al lordo dei contributi previdenziali e assistenziali e degli oneri fiscali a carico del dipendente. Questo andrà a valere sulle risorse destinate a incrementare i fondi incentivanti.

Si autorizza inoltre una **spesa di 2 milioni di euro per il 2020** al fine di concorrere alla remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale delle centrali uniche di risposta del **Numero unico europeo dell'emergenza regionale 112** direttamente impiegato nelle attività di contrasto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.

A seguito dell'approvazione da parte del Ministero della salute di ciascun piano di riorganizzazione, considerata l'urgenza, **gli importi relativi all'anno 2020, pari a complessivi 1.467.491.667 euro**, verranno trasferiti alla contabilità speciale intestata al **Commissario straordinario** per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19.

Il Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato è autorizzato ad avvalersi, nel limite complessivo di spesa di 100.000 euro per l'anno 2020 e di 200.000 euro annui a decorrere dall'anno 2021, di esperti individuati all'esito di una selezione comparativa effettuata mediante avviso pubblico tra persone di comprovata esperienza ed elevata professionalità da destinare al potenziamento dell'attività e delle strutture del citato Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

DECRETO RILANCIO



Art. 3

Modifica all'articolo 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27

Gli incarichi di lavoro per **gli specializzandi dell'ultimo e penultimo anno** - previsti dal Decreto Cura Italia - avranno una durata di 6 mesi, prorogabile in ragione dello stato di emergenza fino a **31 dicembre 2020**. Il periodo di attività svolto dai medici specializzandi esclusivamente durante lo stato di emergenza verrà riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. I medici specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti in proporzione all'attività lavorativa svolta.

Art. 3-bis

Modifiche ai commi 547, 548 e 548-bis dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, in materia di assunzione di medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi specializzandi

Si apre alla possibilità per gli specializzandi di odontoiatria, biologia, chimica, farmacia, fisica e psicologia - già prevista per medici e veterinari - di essere ammessi alla procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita e collocati in graduatoria separata.

Art. 4

Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza Covid-19

Le regioni, comprese quelle in piano di rientro, potranno riconoscere alle strutture **la remunerazione di una specifica funzione assistenziale** per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza Covid-19 e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti Covid. Le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario verranno stabilite con Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Mef, previo parere della Stato Regioni.

Vengono **vincolate le erogazioni alla sanità privata** alle attività effettivamente svolte e concordate e ai costi ef-

fettivamente sostenuti da queste strutture per affrontare l'emergenza Covid-19.

Art. 4-bis

Modifiche al decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, in materia di superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni e nel Servizio sanitario nazionale

Si prevede che il requisito dei 36 mesi di servizio per accedervi debba essere posseduto al **31 dicembre 2020**: in questo modo saranno compresi anche quei professionisti della salute che sono stati in prima linea durante l'emergenza Covid, anche se con contratti a tempo determinato. Inoltre, viene spostato al **31 dicembre 2020** anche il termine per maturare i 36 mesi necessari per l'accesso alle procedure concorsuali riservate.

Art. 5

Incremento delle borse di studio dei medici specializzandi

Viene autorizzata una spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024, per finanziare **4.200 ulteriori contratti di formazione specialistica**.

Viene poi autorizzata anche un'ulteriore spesa di 25 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022 e 2023 e di 26 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici. Di conseguenza, viene contestualmente incrementato il Fondo sanitario nazionale.

Art. 5-bis

Disposizioni in materia di formazione continua in medicina

Si estende a tutti i professionisti sanitari il 'bonus' grazie al quale si intendono già **maturati di un terzo i crediti Ecm del triennio 2020-2022**.

Art. 5-ter

Istituzione della scuola di specializzazione in medicina e cure palliative

Viene istituita a decorrere dall'anno accademico 2021/2022 la scuola di specializzazione in medicina e cure palliative, cui potranno accedere i laureati in medicina e chirurgia. Con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da

adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, saranno disciplinati i profili specialistici, gli obiettivi formativi e i relativi percorsi didattici funzionali al conseguimento delle necessarie conoscenze culturali e abilità professionali della scuola di specializzazione.

Art. 7

Metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione

Il Ministero della salute potrà trattare dati personali, anche relativi alla salute degli assistiti, raccolti nei sistemi informativi del Ssn, nonché dati reddituali riferiti all'interessato e al suo nucleo familiare per lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione.

Art. 8

Proroga validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A

Limitatamente al periodo emergenziale, si prolunga il periodo di validità della prescrizione medica dei medicinali classificati in fascia A per una durata massima di ulteriori 30 giorni. Per i pazienti già in trattamento con i medicinali con ricetta scaduta e non utilizzata, la validità è prorogata per una durata di 60 giorni dalla data di scadenza.

Per le nuove prescrizioni da parte del centro o dello specialista dei medicinali, a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la validità della ricetta è estesa a una durata massima di 60 giorni per un numero massimo di 6 pezzi per ricetta, necessari a coprire l'intervallo temporale di 60 giorni e tenuto conto del fabbisogno individuale, fatte salve le disposizioni più favorevoli già previste, tra cui quelle per le patologie croniche e per le malattie rare. Nei casi in cui il paziente presenti un peggioramento della patologia di base o un'intolleranza, o nel caso in cui il trattamento preveda il monitoraggio di parametri che ne comporti la sospensione o l'aggiustamento della posologia, l'estensione di validità non potrà essere automatica, ma dovrà essere contattato il centro o lo specialista di riferimento con modalità che saranno definite dalle singole regioni.

Si offre la possibilità alle Regioni di **distribuire tramite le farmacie e con il meccanismo della "distribuzione per conto"** i farmaci previsti dalle lettere b) e c) dell'art. 8 della legge 405/2001 che normalmente vengono distribuiti direttamente dalle strutture sanitarie pubbli-

che ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e agli assistiti affetti da covid-19 in trattamento domiciliare. Per i farmaci erogati in regime di distribuzione diretta da parte delle strutture pubbliche l'Aifa, con propria determina, individuerà l'elenco dei medicinali, inclusi quelli soggetti a registro di monitoraggio, per cui ritenga che le funzioni di appropriatezza e controllo dei profili di sicurezza possano essere svolte attraverso **Piani terapeutici**.

Art. 9

Proroga piani terapeutici

In considerazione delle maggiori difficoltà di rinnovo connesse alla fase di emergenza in atto, si mira a prorogare nel periodo di dichiarazione dello stato di emergenza da rischio epidemiologico i diversi piani terapeutici per persone con disabilità, che includono la fornitura di ausili e protesi per l'incontinenza, stomie, laringectomizzati e per la prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee e altri prodotti correlati a qualsivoglia ospedalizzazione a domicilio.

Art. 10

Modifiche al decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27

Il Fondo di solidarietà per i famigliari di vittime del Covid-19 viene esteso a tutti gli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 11

Misure urgenti in materia di Fascicolo sanitario elettronico

Si punta al potenziamento e al rafforzamento delle disposizioni concernenti la realizzazione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), finalizzato alla raccolta dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. A fronte del parere formulato dal Garante della protezione dei dati personali con nota n. 13147 del 3/4/2020, le proposte normative riguardano la modifica di diversi aspetti.

Art. 11-bis

Misure urgenti in materia di sperimentazioni cliniche

Si interviene sul Dlgs 52/2019 di attuazione della delega della normativa in materia di sperimentazioni cliniche prevista dalla legge Lorenzin (3/2018).

Lo sperimentatore, a tutela dell'indipendenza e dell'imparzialità della sperimentazione clinica, dovrà dichiarare preventivamente alla struttura presso la quale si svolge lo studio clinico, l'assenza, rispetto allo studio proposto, d'interessi finanziari propri, del coniuge o del convivente o di parente entro il secondo grado, nonché rapporti di dipendenza, consulenza o collaborazione, a qualsiasi titolo, con il promotore in qualunque fase dello studio vengano a costituirsi.

Inoltre, il Comitato Etico dovrà valutare questa dichiarazione oltre all'assenza di partecipazioni azionarie nel capitale dell'azienda farmaceutica titolare del farmaco oggetto di studi, dello sperimentatore, e del suo coniuge o convivente.

Art. 12

Accelerazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi

Per accelerare l'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi delle strutture sanitarie, i medici, i medici necroscopi o altri sanitari delegati, dovranno inviare al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze i dati: dell'avviso di decesso, del certificato necroscopico, della denuncia della causa di morte, dell'attestazione di nascita, della dichiarazione di nascita.

Il Sistema Tessera Sanitaria dovrà quindi rendere immediatamente disponibili, senza registrarli, quei dati all'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (Anpr), tramite Posta elettronica certificata (Pec) ai Comuni non ancora collegati alla Anpr, e all'Istat.

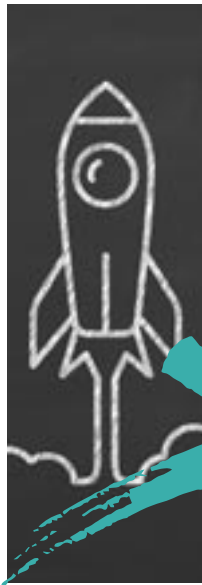
Art. 16-bis

Estensione dei benefici di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 23 novembre 1998, n. 407, ai medici, agli operatori sanitari, agli infermieri, agli operatori socio-sanitari e agli altri lavoratori nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie vittime del contagio da Covid-19

L'applicazione delle norme in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata, viene estesa ai medici, agli operatori sanitari, agli infermieri, ai farmacisti, agli operatori socio-sanitari nonché ai lavoratori delle strutture sanitarie e socio-sanitarie impegnati nelle azioni di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 che durante lo stato di emergenza abbiano contratto, in conseguenza dell'attività di servizio prestata, una pato-

DECRETO RILANCIO

logia alla quale sia conseguita la morte o un'invalidità permanente per effetto, diretto o come concausa, del contagio. Questo implica che il coniuge e i figli superstiti, i fratelli conviventi e a carico qualora siano gli unici superstiti, dei soggetti deceduti o resi permanentemente invalidi, potranno godere del diritto al collocamento obbligatorio con precedenza rispetto ad ogni altra categoria e con preferenza a parità di titoli. Le assunzioni per chiamata diretta sono previste per i profili professionali del personale contrattualizzato del comparto Ministeri fino all'ottavo livello retributivo. Ferme restando le percentuali di assunzioni previste dalle vigenti disposizioni, per i livelli retributivi dal sesto all'ottavo le assunzioni, da effettuarsi previo espletamento della prova di idoneità, non potranno superare l'aliquota del 10% del numero di vacanze nell'organico.



Marina militare, 30 dell'Aeronautica militare e 10 dell'Arma dei carabinieri) e 100 infermieri per metà della Marina e per metà dell'Aeronautica. Il tutto, secondo le medesime forme di arruolamento straordinario, temporaneo e con ferma eccezionale di un anno. A tale personale, coerentemente con le vigenti previsioni, verrà conferito il grado di tenente per gli ufficiali medici e di maresciallo per i sottufficiali infermieri e verrà attribuito il trattamento giuridico ed economico stabilito per i pari grado in servizio permanente. A tal fine viene autorizzata la spesa di **euro 4.682.845 per l'anno 2020** e **euro 3.067.407 per l'anno 2021**. Allo scopo di sostenere le attività e l'ulteriore potenziamento dei servizi sanitari militari di cui all'articolo 9 del decreto Cura Italia viene autorizzata la spesa di **euro 84.132 per l'anno 2020**. Il periodo di attività, svolto esclusivamente durante lo stato di emergenza, è **riconosciuto ai fini del ciclo di studi** che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione in medicina.

Art. 18-bis

Rifinanziamento del Fondo di cui all'articolo 14 della legge 7 luglio 2016, n. 122

Viene incrementato di 3 milioni di euro per l'anno 2020 il Fondo per l'indennizzo in favore delle vittime, in modo da assicurare un maggiore ristoro alle vittime dei reati di violenza sessuale e di omicidio commesso contro il coniuge, anche legalmente separato, contro l'altra parte dell'unione civile o contro la persona stabilmente convivente con il colpevole o ad esso legata da relazione affettiva, anche ove cessata.

Art. 19

Funzionamento e potenziamento della Sanità militare

Viene incrementato il personale medico e infermieristico militare per ulteriori **170 unità**, di cui 70 medici (30 della

venti e possono essere usufruiti in forma giornaliera od oraria, fatti salvi i periodi di congedo già fruiti alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

Viene **aumentato il limite massimo complessivo per l'acquisto di servizi di baby sitting (da 600 euro a 1200 euro)** e tale bonus, in alternativa, può essere utilizzato direttamente dal richiedente per l'iscrizione ai servizi socio-educativi territoriali, ai centri con funzione educativa e ricreativa e ai servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia. La fruizione di detto bonus è incompatibile con la fruizione del bonus asilo nido. **Aumentato da 1000 euro a 2000 euro il limite massimo complessivo per l'acquisto di servizi di baby sitting per il settore sanitario pubblico e privato accreditato**, per il comparto sicurezza, difesa e soccorso pubblico.

Art. 124

Riduzione aliquota IVA per le cessioni di beni necessari per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19

Si prevede che per ventilatori polmonari per terapia intensiva e subintensiva; monitor multiparametrico anche da trasporto; pompe infusionali per farmaci e pompe peristaltiche per nutrizione enterale; tubi endotracheali; caschi per ventilazione a pressione positiva continua; maschere per la ventilazione non invasiva; sistemi di aspirazione; umidificatori; laringoscopi; strumentazione per accesso vascolare; aspiratore elettrico; centrale di monitoraggio per terapia intensiva; ecotomografo portatile; elettrocardiografo; tomografo computerizzato; **mascherine chirurgiche; mascherine Ffp2 e Ffp3**; articoli di abbigliamento protettivo per finalità sanitarie quali guanti in lattice, in vinile e in nitrile, visiere e occhiali protettivi, tuta di protezione, calzari e soprascarpe, cuffia copricapo, camici impermeabili, camici chirurgici; termometri; detergenti disinfettanti per mani; dispenser a muro per disinfettanti; soluzione idroalcolica in litri; perossido al 3% in litri; carrelli per emergenza; estrattori RNA; strumentazione per diagnostica per Covid-19; tamponi per analisi cliniche; provette sterili; attrezzature per la realizzazione di ospedali da campo; si **applichi l'aliquota Iva del 5%**.

Per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, **le cessioni di tutti questi beni effettuate entro il 31 dicembre 2020, sono esenti dall'imposta sul valore aggiunto**, con diritto alla detrazione dell'imposta.

Art. 72

Modifiche agli articoli 23 e 25 in materia di specifici congedi per i dipendenti

Si modifica quanto previsto dal Decreto Cura Italia in materia di specifici congedi, per i dipendenti del settore privato, portando a trenta giorni il periodo di cui possono fruire i genitori lavoratori dipendenti per i figli di età non superiore ai 12 anni (per il quale è riconosciuta una indennità pari al 50 per cento della retribuzione) ed estendendo il relativo arco temporale di fruizione **sino al 31 agosto 2020**. I suddetti periodi sono coperti da contribuzione figurativa.

I periodi di congedo devono essere utilizzati, nelle ipotesi nelle quali i congedi sono riconosciuti, in maniera alternata da entrambi i genitori lavoratori convi-





Non decolla la contrattazione decentrata nelle aziende. Al palo anche il confronto regionale

I risultati dell'indagine Anaa Assomed sullo stato delle relazioni sindacali e della contrattazione collettiva integrativa nelle aziende sanitarie

I dati emersi dall'indagine Anaa, condotta su circa 180 aziende sanitarie e terminata il 30 giugno 2020, forniscono risposte importanti sul tema sia delle relazioni sindacali che dello stato dell'applicazione contrattuale 2016-2018 in Italia. È evidente che l'insorgere della pandemia ha certamente determinato condizioni di estrema difficoltà nell'avvio del confronto e nelle stesse attività applicative. In realtà il "distanziamento" sociale in parte è divenuto anche sindacale, favorendo inoltre i comportamenti ano-

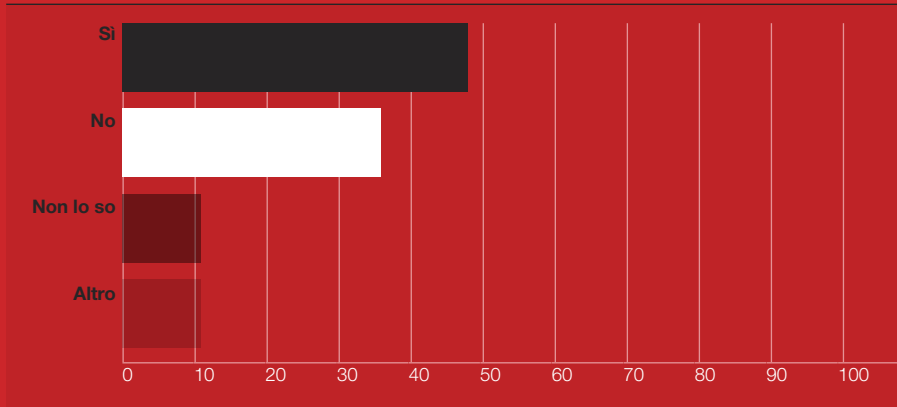
mali ed in certo modo amplificandoli. Il Ccnl 2016-2018 ha significativamente innovato le relazioni sindacali, da una parte adeguandosi alla legislazione intervenuta, più orientata a riportare alcune materie alla competenza aziendale, ma dall'altra accentuando fortemente alcune forme di relazioni, sia sul versante del confronto, con l'Organismo paritetico, del tutto nuovo e fortemente partecipativo, sia sul versante della contrattazione decentrata cui vengono assegnate funzioni di vera contrattazione con materie critiche, anche

A cura di

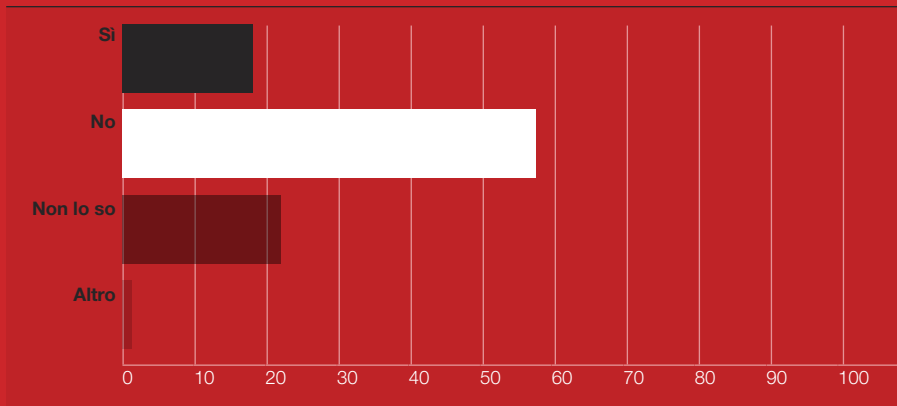
SILVERIO SELVETTI
Direttore Scuola Quadri
Nazionale Anaa Assomed

ALBERTO SPANÒ
Docente Scuola Quadri e
Responsabile Dirigenza
Sanitaria Anaa Assomed

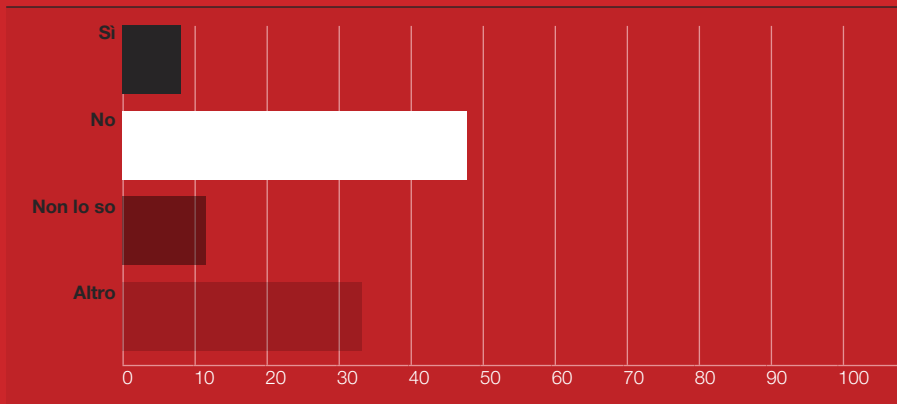
Ti risulta che nella tua Regione sia stato attuato il confronto Regionale con le Organizzazioni sindacali?



Il confronto regionale si è concluso?



Nel caso in cui la Contrattazione sia stata formalmente aperta sono rispettati i tempi previsti dall'art. 8 del CCNL?



È stato costituito l'Organismo Paritetico?

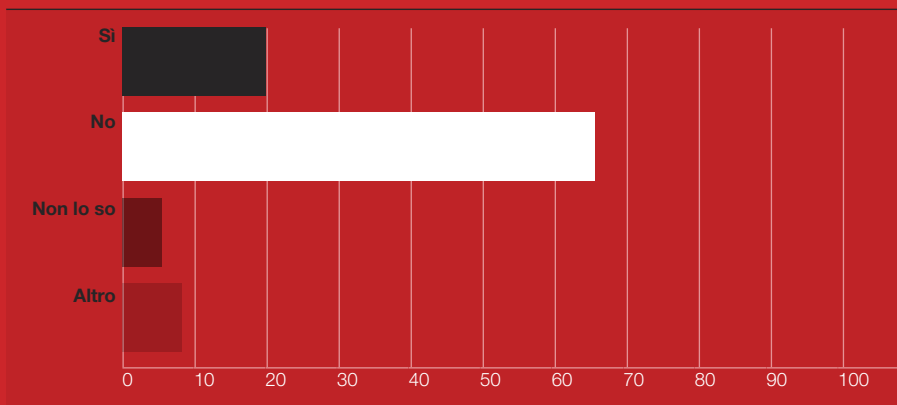
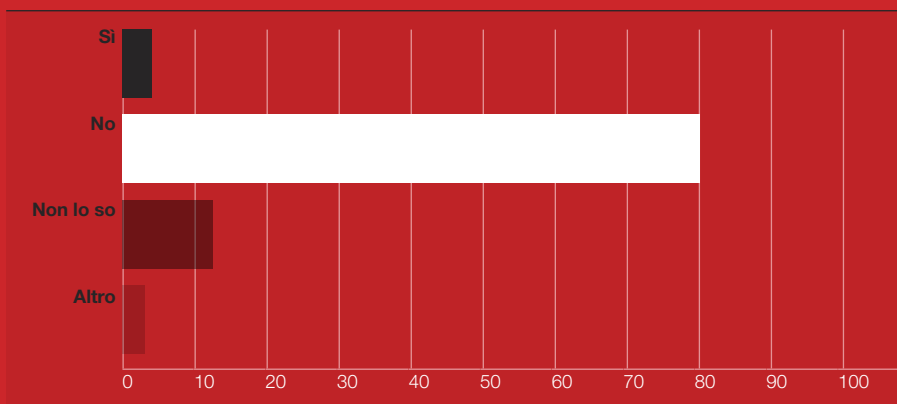


Grafico 5 È stato definito il Regolamento dell'informazione di cui all'art. 4?



di tipo economico.

Per questi motivi le Relazioni sindacali sono divenute centrali nella nuova contrattazione, certo condizionata dai circa dieci anni di blocco e dal deterioramento dei rapporti tra sindacato e aziende.

La survey ha confermato i problemi, con alcune particolarità, evidenziando una situazione che sconta il lungo periodo di stasi, delineando le criticità degli apparati delle aziende, mostrando la necessità e l'urgenza dell'azione sindacale periferica, resa più organica, omogenea e penetrante a seguito di adeguate attività di formazione dei quadri, che l'Anao ha progettato e che sta conducendo.

Dalla survey infatti è emerso un forte ritardo nel confronto regionale avviato solo nel 48% dei casi e concluso per il 18%. L'avvio delle procedure di contrattazione nelle aziende solo nel 28% dei casi, con una formale determinazione delle delegazioni sotto il 42%, e rispetto dei tempi previsti solo nel 7.75%.

L'elemento innovativo e dinamico costituito dall'Organismo paritetico è stato previsto ed in parte costituito solo nel 20% dei casi, con definizione del regolamento solo nel 16%.

Oggettiva criticità, essendo nelle nuove Relazioni sindacali elemento propedeutico l'attività di informazione, è la previsione del relativo regolamento solo nel 4,3 % dei casi.

Purtroppo le informazioni di questa survey confermano i problemi cronici del sistema "relazioni" e della stessa crisi gestionale delle stesse aziende.

In conclusione emerge un quadro critico ma "attivo", su cui il sindacato deve intervenire subito con un rafforzamento delle rappresentanze regionali e locali, sia in termini formativi che organizzativi diretti.



Le Ats lombarde al tempo della pandemia

L'opinione dei dirigenti sanitari

Il questionario è stato inviato a tutti i Dirigenti sanitari delle ATS; la partecipazione era ovviamente libera per cui le risposte non hanno una valenza scientifica di sondaggio, ma sono utili per tracciare umori e opinioni di coloro che hanno risposto, in relazione alle accuse rivolte ad ATS e quindi indirettamente anche a loro. Hanno risposto al questionario 113 Dirigenti.

Dalla seconda metà di febbraio gli ospedali lombardi sono stati investiti da un'ondata di ricoveri a causa di gravi infezioni da Covid-19, rischiando di essere travolti.

Gli ospedali si sono rapidamente adattati per tamponare la situazione, modificando radicalmente la loro organizzazione e attrezzando in breve tempo nuovi reparti di Terapia Intensiva per i malati più gravi a rischio vita e reparti specifici di degenza per pazienti Covid positivi a vario livello di gravità. Sono quindi finite poi al centro di ro-

venti polemiche, rimbalzate su giornali e televisioni, le ATS a causa di presunte inefficienze relative a indicazioni impartite alle ASST o di informazioni date ai cittadini, assenza di sorveglianza sanitaria territoriale, "abbandono" dei MMG, tracciamento inesistente dei contatti.

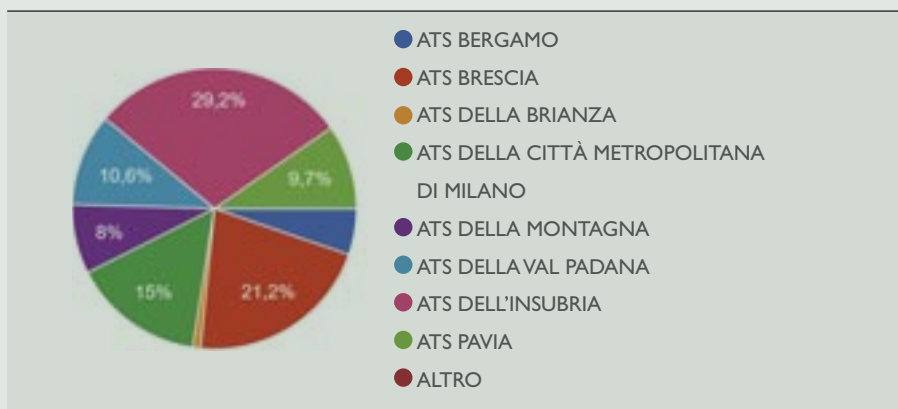
Abbiamo perciò preparato un breve questionario dal titolo "Le ATS al tempo della pandemia: l'opinione dei dirigenti sanitari".

Nell'ambito della libera partecipazio-

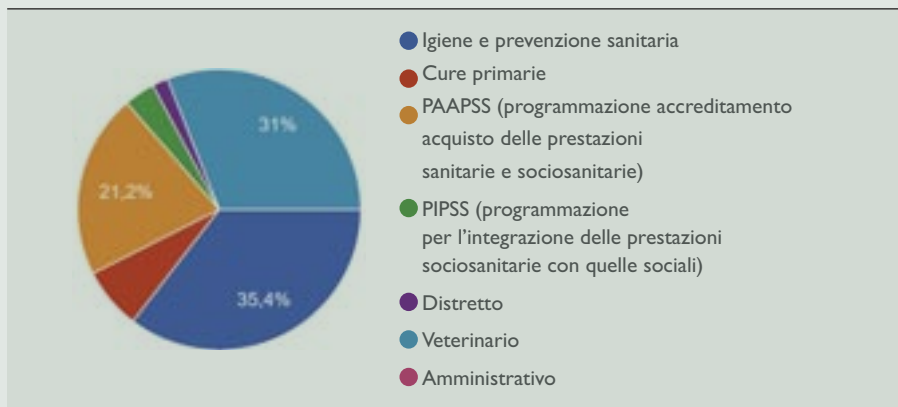
NOTA METODOLOGICA

- Questionario anonimo svolto dal 4 al 28 maggio 2020
- Inviato 1144 mail
- 322 hanno aperto la mail (il 28% del totale)
- 113 risposte (il 10% del totale, il 35% di chi ha letto la mail)
- Hanno partecipato dirigenti di tutte le Agenzie per la Tutela della Salute della Lombardia

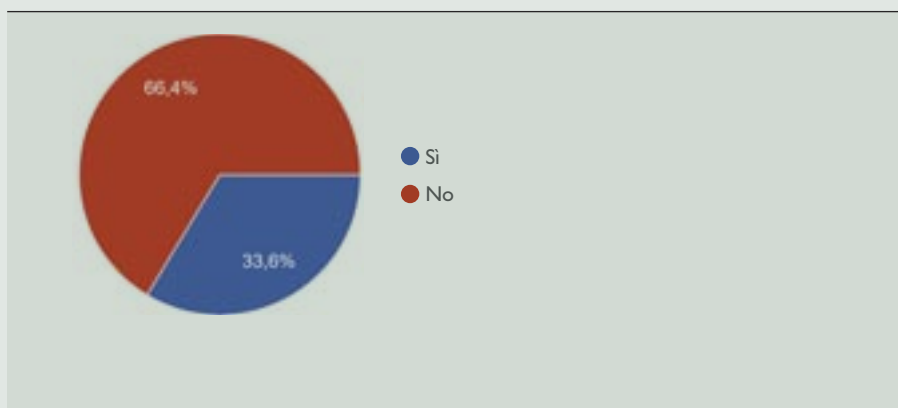
Slide 1 DOVE LAVORI? 113 RISPOSTE



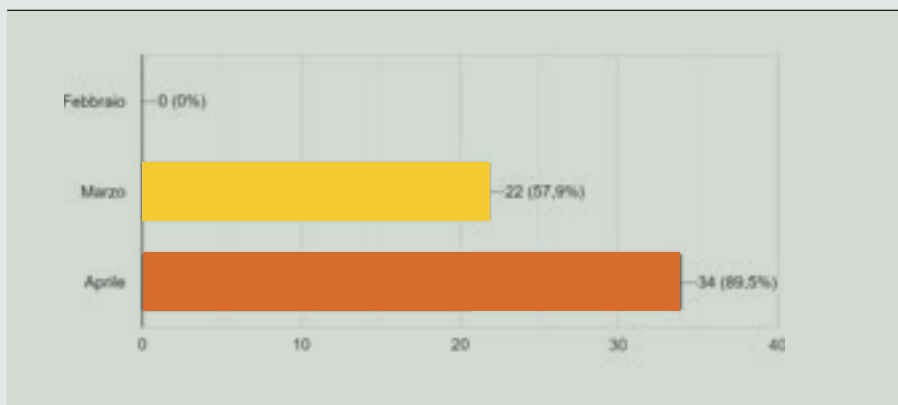
Slide 2 IN QUALE DIPARTIMENTO? 113 RISPOSTE



Slide 3 SEI O SEI STATO IN SMART WORKING DURANTE L'EMERGENZA? 113 RISPOSTE



Slide 4 QUANDO? 113 RISPOSTE



ne, spicca la Insubria sia per il numero assoluto dei partecipanti sia in relazione al numero totale dei Dirigenti operanti presso la predetta ATS. (SLIDE 1)

I dipartimenti che più hanno partecipato al sondaggio sono stati quello di Prevenzione Medica e di Prevenzione Veterinaria, seguiti dal PAAPSS (Programmazione Acquisto Prestazioni sanitarie e sociosanitarie). (SLIDE 2)

È stata presa in considerazione anche l'eventuale attività di smart working dei Dirigenti, come richiesto in questa fase dalle normative nazionali e regionali, e poi attuato dalle ATS.

La maggioranza dei Dirigenti sanitari (due terzi) non è ricorsa allo smart working e la maggioranza di coloro che vi ha aderito ha continuato a svolgere i compiti della loro attività istituzionale; solo poco più del 20% si è dedicato totalmente o prevalentemente all'emergenza Covid. (SLIDE 3 e 5).

In ottemperanza alle indicazioni delle Direzioni aziendali ATS, il personale in smart working è aumentato ad aprile rispetto a marzo. (SLIDE 4)

Si è poi posta attenzione alla risposta alla pandemia da parte di Regione Lombardia e delle ATS lombarde nella percezione degli operatori che hanno risposto al questionario.

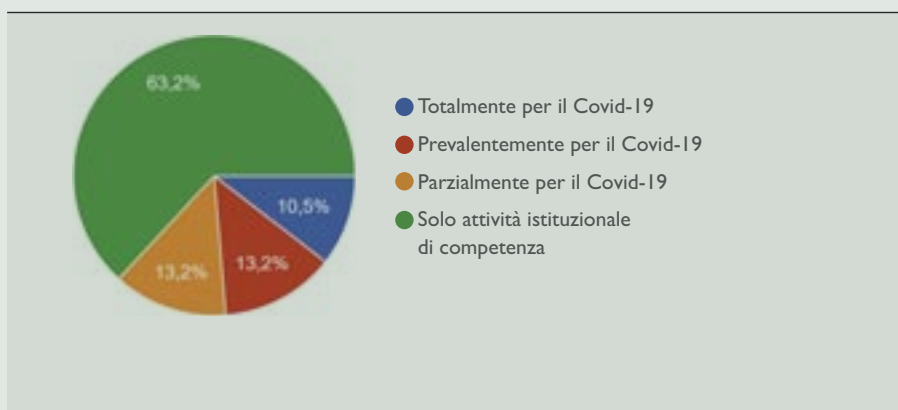
Due terzi delle risposte indicano che Regione Lombardia non è stata veloce nell'impartire istruzioni sia sullo svolgimento dei test sia riguardo l'isolamento dei casi e la quarantena per i contatti stretti. (SLIDE 6)

La proporzione si ribalta invece riguardo l'attività di ATS; infatti quasi due terzi delle risposte rappresentano che le ATS hanno applicato con sollecitudine le indicazioni regionali. (SLIDE 7)

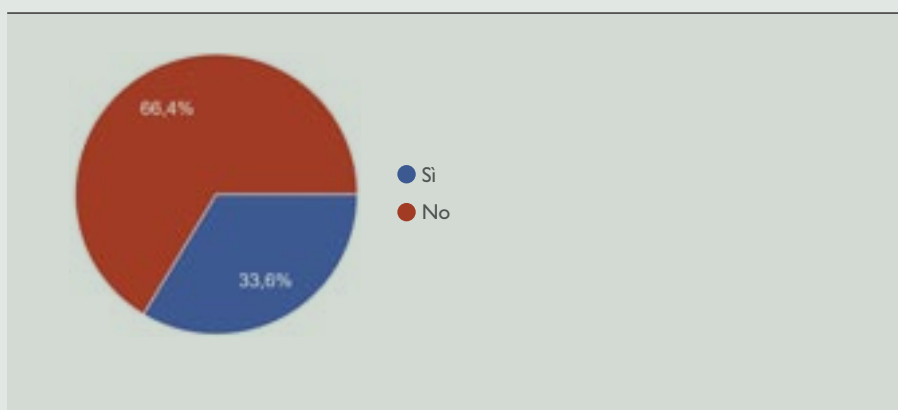
Si è poi chiesto una opinione riguardo le affermazioni di diversi esperti (virologi ed epidemiologi) che ritengono vi sia stata una inadeguata azione nell'effettuare test (tamponi) al fine di isolare prontamente casi e contatti. La domanda era a risposta multipla e la maggior parte degli intervistati ha posto l'attenzione sulla mancanza di chiare indicazioni; tuttavia anche la mancanza di tamponi e di personale (oltre

Le Ats lombarde al tempo della pandemia

Slide 5
IN SMART WORKING HAI SVOLTO ATTIVITÀ?
 38 RISPOSTE



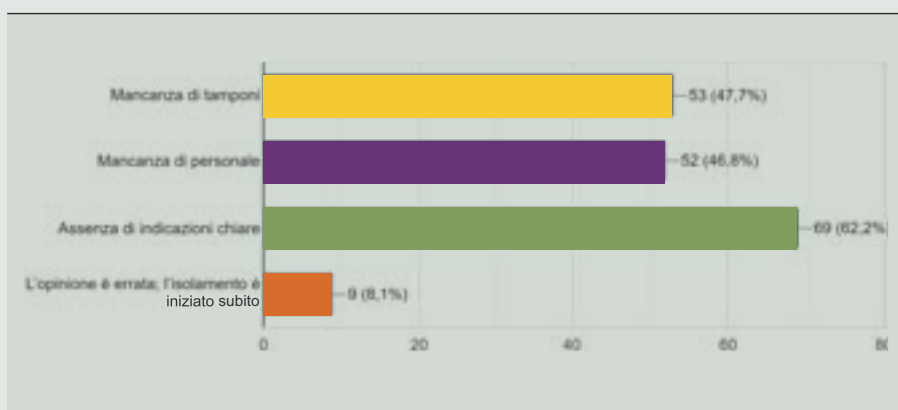
Slide 6
REGIONE HA INVIATO PRONTAMENTE ISTRUZIONI SU TEST, TRACCIAMENTO DEI CASI E DEI CONTATTI?
 113 RISPOSTE



Slide 7
ATS HA APPLICATO QUANTO RICHIESTO DA REGIONE
 113 RISPOSTE



Slide 8
NEL DIBATTITO SUL COVID 19 UNA PARTE DEGLI ESPERTI INTERPELLATI (EPIDEMIOLOGI E VIROLOGI) HA SOSTENUTO CHE NON VI È STATO UN EFFICACE TESTING DOMICILIARE CON IL CONSEGUENTE ISOLAMENTO SIN DA SUBITO DI CASI E CONTATTI; CIÒ È DOVUTO A
 111 RISPOSTE



45% delle risposte) ha influito significativamente sui ritardi. Da rimarcare comunque che l'8% delle risposte segnalino che l'opinione degli esperti sia errata. (SLIDE 8)

Piuttosto significativo poi che oltre il 50% delle risposte indichino che l'enorme pressione degli ospedali ha influenzato (rendendolo maggiormente difficoltoso) il compito di ATS e che attualmente la situazione sia migliorata. (SLIDE 9 e 10)

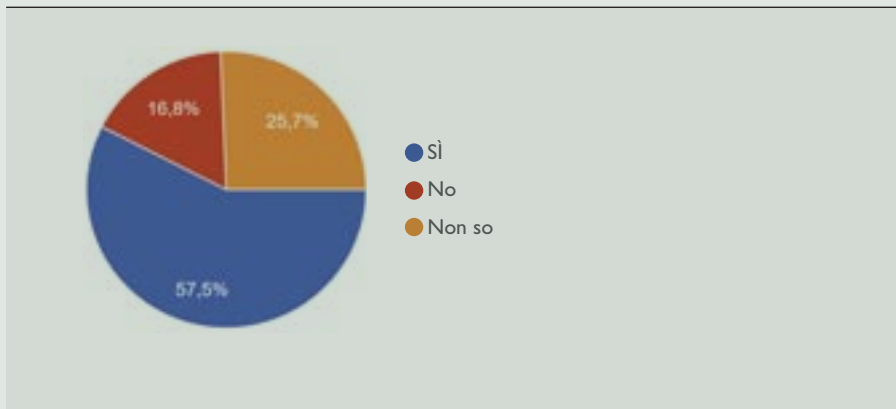
Le cause del miglioramento sono poi maggiormente attribuite all'aumentata chiarezza delle indicazioni operative e all'aumentato numero di tamponi effettuati; in minor misura all'aumento di personale dedicato all'emergenza. (SLIDE 11)

Per queste tre domande è stata anche inserita l'opzione "non so" come risposta in quanto si è ritenuto che vi fosse una parte degli intervistati che, non coinvolta direttamente nell'emergenza, potesse non aver maturato una opinione precisa sulla situazione.

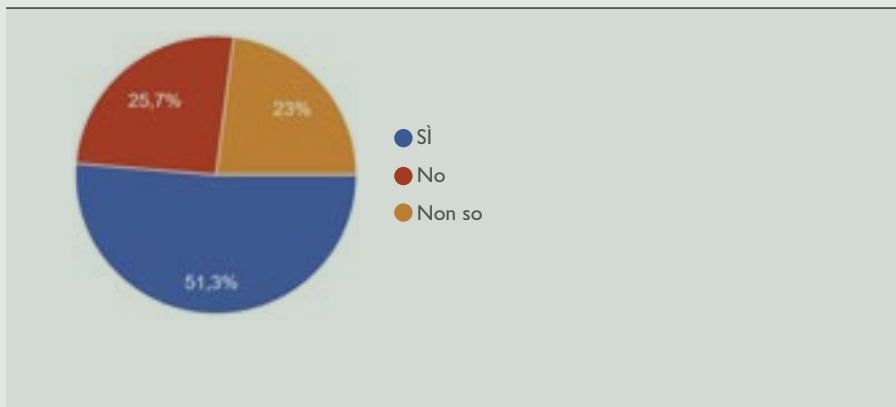
L'ultima sezione del questionario ha voluto sentire l'opinione degli intervistati riguardo le difficoltà affrontate in questo frangente dalle ATS, nuovo Ente costituito dalla L.R. 23/2015 che ha soppresso le ASL attribuendone tutta l'attività di erogazione delle prestazioni (es. vaccinazioni e certificazioni) alle ASST, e precisamente al loro polo territoriale, e suddividendo in particolare il personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica delle ex- ASL fra ATS e ASST.

In questo momento di forti polemiche politiche sul cosiddetto modello Lombardia si ritiene opportuno comunque precisare che il confronto viene fatto fra quanto è stato istituito con le Leggi regionali 33/1997 e 31/2009 (che avevano strutturato e poi confermato la suddivisione della sanità lombarda in Aziende Ospedaliere da un lato e ASL dall'altro, ove ognuno aveva un ruolo preciso) rispetto alla succitata legge regionale 23/2015, considerata "un'evoluzione del sistema" ove le ATS hanno dismesso a favore delle ASST tutte le loro attività di erogazione delle pre-

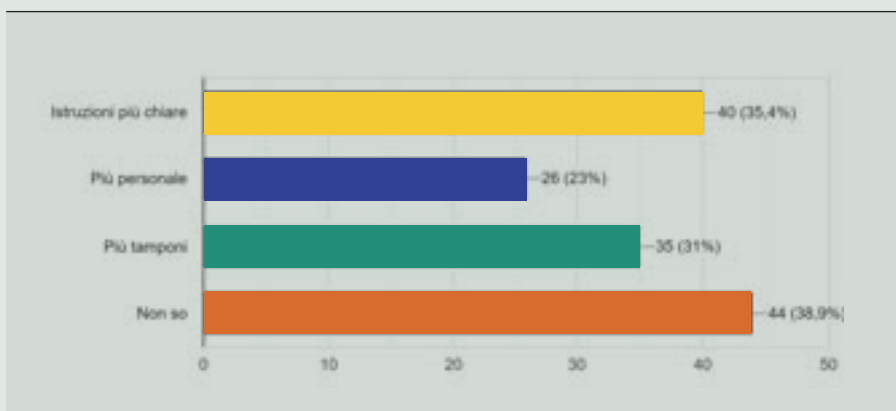
Slide 9
L'ENORME
PRESSIONE DEGLI
OSPEDALI HA
INFLUITO SUL
COMPITO DI ATS?
113 RISPOSTE



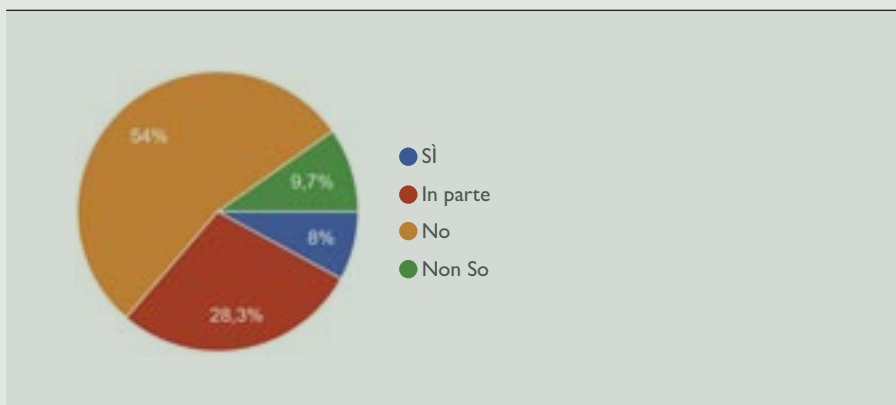
Slide 10
ORA LA SITUAZIONE
È MIGLIORATA?
113 RISPOSTE



Slide 11
PERCHÈ?
113 RISPOSTE



Slide 12
LA SUDDIVISIONE
DEI COMPITI DI
PREVENZIONE FRA
ATS E ASST POLO
TERRITORIALE
SECONDO QUANTO
PREVISTO DALLA
L.23/2015 VI SEMBRA
CHIARA?
113 RISPOSTE



stazioni, mantenendo essenzialmente un ruolo di indirizzo e controllo su mandato regionale.

La maggioranza assoluta degli intervistati ritiene che la suddivisione dei compiti di prevenzione fra ATS e polo territoriale di ASST non sia chiara; un altro 28% ritiene che lo sia solo parzialmente mentre solo l'8% non trova alcuna difficoltà nell'interpretare la L.R.23/2015. (SLIDE 12)

Molto variegata è la risposta al quesito relativo al supporto dato dal polo territoriale ASST all'ATS in questa fase di emergenza.

Poco meno del 9% degli intervistati afferma che vi è stato supporto pieno, mentre la maggior parte delle risposte (27%) sottolineano che vi è stato un aiuto parziale.

È ampio anche il numero di coloro che ritengono non vi sia stato alcun tipo di aiuto (21%); mentre il 16% sostiene che nessun aiuto era dovuto ai sensi della L.R.23/2015.

(SLIDE 13)

Con le due domande successive si chiedeva un'opinione riguardo la suddivisione del personale del Dipartimento di Prevenzione delle ex-ASL fra ATS e ASST polo territoriale operato dall'ultima riforma.

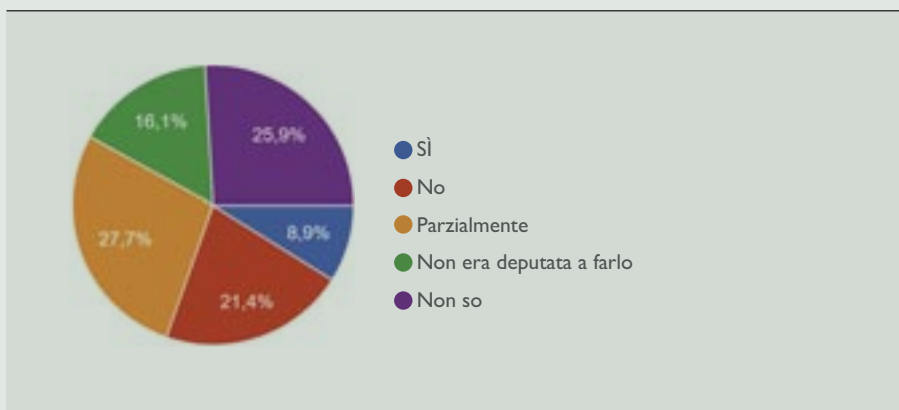
In questo caso il 71% delle risposte ha ritenuto questa scelta errata alla luce dell'attuale emergenza mentre meno del 3% la ha reputata corretta; tale scelta è considerata sbagliata anche proiettando la considerazione in tempi di normalità, al di fuori di questo periodo particolare (72% contro 9%). (SLIDE 14 e 15)

Si è poi posto il quesito se l'estensione delle ATS abbia influito sulla risposta all'emergenza.

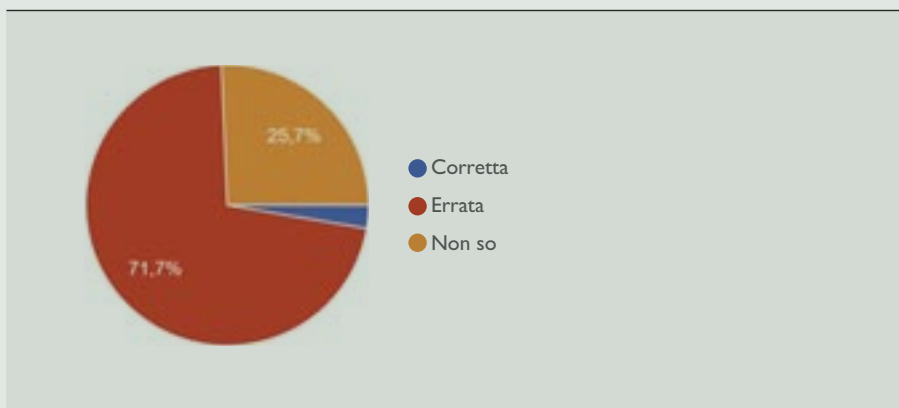
A questo proposito si ricorda che la L.R. 23/2015 ha ridotto il numero degli Enti territoriali, facendo confluire 15 ASL in 8 ATS, aumentandone ovviamente il territorio di riferimento.

In particolare, le ASL Milano, Milano 1, Milano 2 e Lodi sono confluite in ATS Milano Città Metropolitana; le ASL Varese e Como sono confluite in ATS Insubria; le ASL Cremona e Mantova sono confluite in ATS Valpadana; le ASL Monza e Lecco sono confluite in ATS

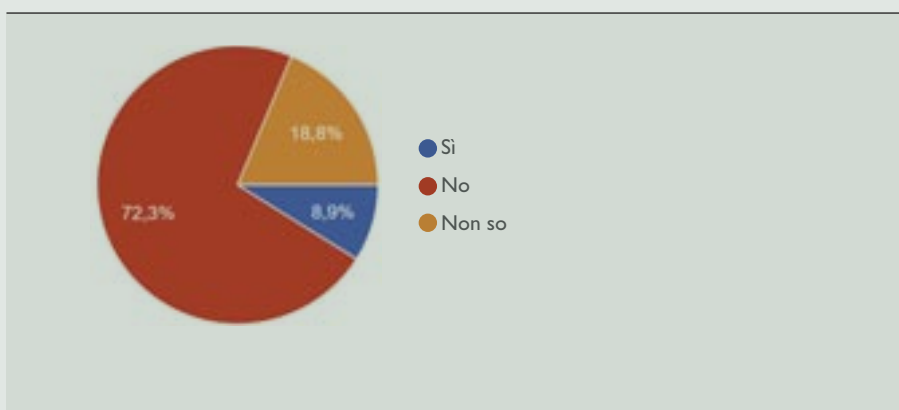
Slide 13
PER QUANTO CONSTATATE NEL VOSTRO TERRITORIO, IL POLO TERRITORIALE ASST HA SUPPORTATO ATS NELL'ATTUALE EMERGENZA?
112 RISPOSTE



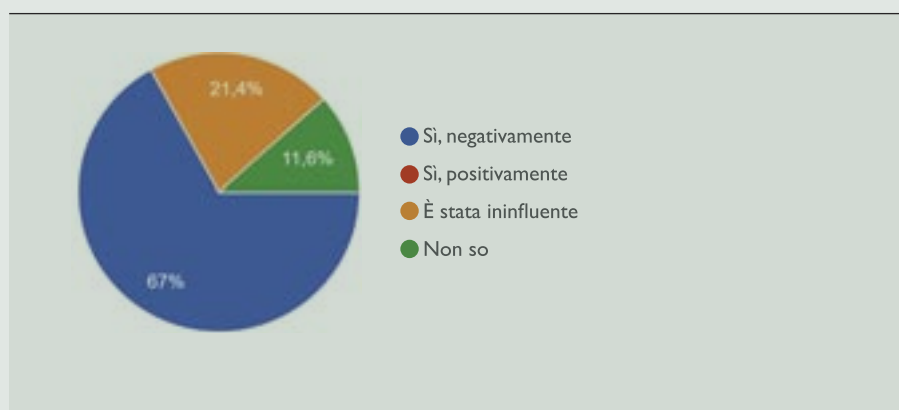
Slide 14
LA LEGGE 23/2015 HA SUDDIVISO IL PERSONALE DELL'EX DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICA FRA ATS E ASST (POLO TERRITORIALE); NELLA ATTUALE EMERGENZA QUESTA SCELTA RISULTA
113 RISPOSTE



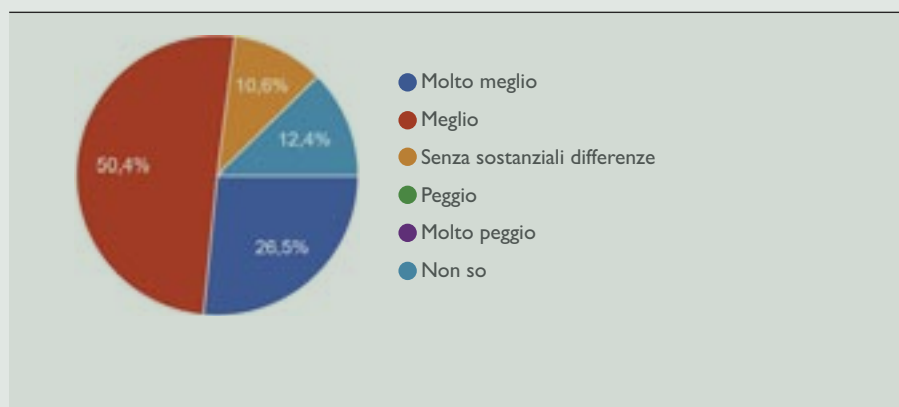
Slide 15
TALE SCELTA DI DIVISIONE DEL PERSONALE FRA ENTI DIVERSI PUÒ CONSIDERARSI VALIDA AL DI FUORI DELLA PRESENTI EMERGENZA?
112 RISPOSTE



Slide 16
L'ENORME ESTENSIONE DEL TERRITORIO DELLE ATS HA INFLUITO SULLA RISPOSTA ALL'EMERGENZA?
112 RISPOSTE



Slide 17
RISPETTO ALLE ATTUALI ATS, LE EX-ASL ABOLITE DALLA L.23/2015 AVREBBERO GESTITO L'ATTUALE EMERGENZA
113 RISPOSTE



Brianza. Nessuna o minime variazioni per le ASL di Bergamo, Brescia, Pavia e Sondrio.

Poco più dei due terzi dei pareri ha evidenziato che l'aumento dell'estensione territoriale ha influito sulle difficoltà di dare una risposta all'emergenza, mentre il 23% ritiene che sia stata ininfluente. (SLIDE 16)

Molto secco il giudizio sulla gestione dell'emergenza che avrebbero potuto garantire le ASL nei confronti della prova fornita dalle ATS in questo tempo di pandemia.

Oltre tre quarti delle risposte sottolineano che le ASL avrebbero fornito una prova migliore e solo il 10% ritiene che non vi sarebbero state sostanziali differenze; nessuno pensa che le ASL avrebbero dato prova meno valida di quella fornita dalle ATS. (SLIDE 17)

Come già detto l'adesione a questa iniziativa Anaao era libera, per cui i grafici riflettono unicamente l'opinione di quella minoranza dei Dirigenti ATS che ha cortesemente partecipato, tuttavia si possono avanzare due considerazioni.

In primo luogo, anche il personale Dirigente ATS ritiene che la gestione dell'emergenza sia stata inizialmente difficile e parzialmente migliorata col passare dei giorni e in secondo luogo che la suddivisione del territorio in ATS non abbia portato alcun vantaggio rispetto alla organizzazione precedente (ASL), anzi abbia amplificato le difficoltà di gestione dell'emergenza.

Anaao Assomed non è intenzionata a prendere parte alle polemiche politiche di queste ultime settimane ma auspica che, a emergenza conclusa, si possano discutere, senza preconcetti ideologici, proposte atte a migliorare il Sistema Sanitario Regionale.



Novità

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

www.anaao.it

ANAAO ASSOCIAZIONE  **ASSOMED**
MEDICI DIRIGENTI



E DITE, CHI SI PRENDE CURA?

Affidati all'Anaa 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.

La fase più critica per la
comunità potrebbe essere
passata, ma **non è
il momento di abbassare
la guardia.**
Serve **guardare oltre
l'emergenza**, per
disinnescare i rischi
di un percorso che da eroi
ci porta ad essere raccontati
come colpevoli.

**Anaa 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**

