

d!

d!rigenza medica

3 Recovery Plan
Le schede europee

8 Ricalcolo pensioni
Adegua pensione e Tfs
agli incrementi
del CCNL 2016-2018

10 Elezioni Onaosi
Onaosi Futura:
intervista
al capolista
Amedeo Bianco

Il mensile dell'Anaao Ass



Studio Anaaso Assomed

Sono oltre 3.000 i medici che nel 2019 si sono dimessi dall'ospedale per cercare realizzazione professionale e migliore qualità di vita nel privato o sul territorio. Ma in 10 anni sono aumentati del 81%.

LAVORARE IN OSPEDALE?

NO GRAZIE

Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

Sede di Roma:
Via San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

**Progetto grafico
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 06.59.446.232

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 maggio 2021



Decreto Covid

Via libera definitivo alla Camera.

Lo 'scudo penale' per gli operatori sanitari è legge

L'approvazione è arrivata con 311 voti favorevoli e 47 contrari. L'articolo 3-bis del provvedimento prevede che fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, saranno punibili solo nei casi di colpa grave.

Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice dovrà tenere conto anche della limitatezza delle conoscenze scientifiche sulle patologie da Sars-Cov-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili.

Via libera definitivo mercoledì 25 maggio dell'Aula della Camera al decreto Covid nel testo già licenziato le settimane precedenti dal Senato. Il testo è stato approvato a Montecitorio con 311 voti favorevoli, 47 contrari e due astenuti. Da segnalare che, nel corso della seduta, alcuni deputati di Lega e Fratelli d'Italia hanno presentato tre emendamenti identici con i quali miravano a sopprimere dal testo l'obbligo alla vaccinazione per gli esercenti le professioni sanitarie. Questi emendamenti, su cui il Governo aveva espresso parere contrario, sono stati poi respinti con 334 pareri contrari, 48 favorevoli e 12 astenuti.

Tornando al provvedimento, questo prevede non solo le misure di contenimento dell'epidemia applicate nel periodo dal 7 aprile al 30 aprile 2021, ma soprattutto la limitazione della responsabilità penale degli esercenti la professione sanitaria durante il periodo dell'emergenza Covid.

Più nel dettaglio, il decreto prevede all'articolo 1 le misure di contenimento dell'epidemia da applicare nel periodo dal 7 aprile al 30 aprile 2021. A tal ri-

guardo, fa rinvio alle misure modulate dal Dpcm del 2 marzo 2021 (con una sorta di 'clausola' di revisione, in caso di variazione delle condizioni emergenziali); prevede l'applicazione delle misure di 'zona arancione', per tutte quelle zone che diversamente sarebbero 'in giallo'; là dove si applichino le misure di zona arancione, conferma le limitazioni agli spostamenti verso le abitazioni private abitate; conferma i meccanismi che presidono all'adozione di misure più restrittive, per regioni (o parti del loro territorio) che versino in particolari condizioni di contagio (o di misure ampliative, in situazioni opposte, previa intesa con il Ministro della Salute); infine conferma l'apparato sanzionatorio per le trasgressioni delle misure.

L'ARTICOLO 2

Dispone nello stesso periodo lo svolgimento comunque in presenza delle attività, dai servizi educativi dell'infanzia e scuola dell'infanzia, fino al primo anno di frequenza della scuola secondaria di primo grado (salvo condizioni di eccezionale contagiosità e diffusione del morbo). Per gli altri anni di istruzione, le previsioni sono invece 'graduate', a seconda di si riferisca a zone rosse ovvero a zone gialle e arancioni. Specifica previsione (circa l'attività in presenza) concerne l'inclusione degli alunni con disabilità e con bisogni educativi speciali.

L'ARTICOLO 3

Esenta (con riferimento alla campagna di vaccinazione) i somministratori del vaccino contro il Covid-19 (i quali si siano attenuti alle indicazioni concernenti la relativa somministrazione) dalla responsabilità penale per omicidio colposo o lesioni personali colpose, qua-

Decreto Covid

lora tali eventi si producano in conseguenza della vaccinazione.

L'ARTICOLO 3-BIS

Prevede che durante lo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave. Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice dovrà tenere conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da Sars-Cov-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza.

L'ARTICOLO 4

Disciplina un obbligo di vaccinazione contro il Covid-19 per il personale sanitario e socio-sanitario - più esattamente: per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private, nelle farmacie, parafarmacie e studi professionali.

L'ARTICOLO 5

Regola la manifestazione del consenso al vaccino contro il Covid-19, per i soggetti che versino in condizioni di incapacità naturale.

L'ARTICOLO 9

Proroga termini in materia di rendicontazione del Servizio sanitario regionale al 15 luglio.

L'ARTICOLO 10-BIS

Stabilisce che per le figure di direttore generale, direttore scientifico, direttore amministrativo e direttore sanitario degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) si applicano, per quanto non disciplinato dal predetto decreto legislativo n. 288 del 2003, le norme di cui all'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ivi inclusi i commi 11 e 12 relativi al trattamento di quiescenza e di previdenza, anche con riferimento alla figura del direttore scientifico.

È LEGGE LO SCUDO PENALE

GRANDE SODDISFAZIONE DELL'ANAAO

Aver limitato il procedimento penale solo ai casi di dolo o colpa grave commisurata alle reali situazioni del periodo emergenziale, rappresenta un importante passo in avanti e un obiettivo contenimento del rischio di una seconda epidemia che attendeva tutti gli operatori sanitari: quella giudiziaria

L'Anaa Assomed esprime grande soddisfazione per l'approvazione definitiva di un provvedimento che aumenta la tutela giudiziaria degli esercenti le professioni sanitarie durante lo stato emergenziale legato all'epidemia da Sars-CoV-2. "Ai fini della valutazione del grado della colpa - afferma Carlo Palermo, Segretario Nazionale dell'Associazione - ora il magistrato dovrà tener conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, delle limitate conoscenze scientifiche su questa nuova patologia e sulle terapie più appropriate, della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione all'enorme numero dei casi da trattare oltre che dell'aver svolto l'attività professionale al di fuori della propria area di specializzazione". "I professionisti sanitari - ricorda Palermo - vengono da un anno tremendo e sono stanchi per lo stress fisico e psichico sopportato, di cui non vedono ancora la fine. Hanno lavorato senza linee guida e buone pratiche su una malattia sconosciuta, sostenuta da un virus subdolo e altamente diffusivo, in condizioni organizzative caratterizzate da carenza di personale e di posti letto, scarsità di dispositivi di protezione individuale, un numero sproorzionato di pazienti che affollavano i pronto soccorso in cerca di ricovero. Sono stati costretti ad assumere decisioni fondamentali per la sopravvivenza dei pazienti in tempi maledettamente brevi, utilizzare

farmaci off label senza conoscere la loro reale efficacia ed i possibili effetti collaterali, in patologie incontrate per la prima volta. Per affrontare l'emergenza hanno spesso lavorato oltre i limiti orari contrattuali, rinunciando ai riposi giornalieri, a quelli settimanali e alle ferie. Hanno subito con spirito di servizio la carenza di tamponi, hanno tollerato, per non aggravare la carenza di personale, l'esclusione dalla quarantena, in caso di contatto stretto con pazienti poi risultati positivi al Sars-CoV-2". "L'aver riconosciuto questo difficilissimo contesto professionale e organizzativo, limitando il procedimento penale solo ai casi di dolo o colpa grave, non generica ma commisurata alle reali situazioni operative del periodo emergenziale, rappresenta un importante passo in avanti e un obiettivo contenimento del rischio di una seconda epidemia che attendeva tutti gli esercenti le professioni sanitarie: quella giudiziaria". "Ringraziamo il Governo per il sostegno al provvedimento nel corso dell'iter parlamentare. Un particolare ringraziamento è dovuto alla Ministra della Giustizia Marta Cartabia, al Ministro della Salute Roberto Speranza, al Sottosegretario alla Giustizia Francesco Paolo Sisto, a tutti i componenti della Commissione Affari Costituzionali e, infine, ai Capigruppo e a tutti i Senatori e Deputati che hanno approvato la disposizione di legge".



RECOVERY PLAN

Ecco cosa prevede il Piano per l'ospedale e le nuove tecnologie. Previsti anche il potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico e nuove borse di studio per mmg e specializzazioni.

Ma manca un riferimento alle riforme che sembrano necessarie per migliorare la governance e gestire al meglio la montagna di soldi che arriverà nei prossimi anni. E dietro l'angolo c'è il rischio che il tutto si riduca al solo, pur necessario, ammodernamento tecnologico



LE SCHEDE EUROPEE

Ecco come si spenderanno gli 8,6 mld per gli ospedali e le nuove tecnologie.

Ma, a differenza del territorio, manca una visione riformatrice per i nosocomi del futuro

“ Si tratta di una lunga lista della spesa per macchine, progetti e lavori che hanno lo scopo di rendere gli ospedali più hi-tech e al passo coi tempi

Dalla Riforma degli Irccs, passando per la digitalizzazione degli ospedali e il rinnovo del parco tecnologico, fino al potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico e nuove borse di studio per mmg e specializzazioni. È questo l'architrave dell'investimento da 8,6 miliardi di euro per gli ospedali del Recovery Plan italiano.

In buona sostanza si tratta di una lunga lista della spesa per macchine, lavori di ammodernamento e progetti che hanno lo scopo di rendere gli ospedali più hi-tech e al passo coi tempi.

Più marginale l'intervento sul personale dove si aggiungono borse di studio per i medici e si finanzia un maxi corso di formazione sulle infezioni ospedaliere. Grande assente un percorso di riforma (tranne alcune novità per gli Irccs), come accaduto invece per altre mission del PNRR, che possa indicare la strada migliorare la gestione dei servizi in una visione riformatrice dell'ospedale del futuro con il rischio che il tutto si riduca al solo, pur necessario, ammodernamento tecnologico.

Ma ecco cosa prevede il PNRR per l'assistenza ospedaliera:

RIFORMA DEGLI IRCCS

La riforma, a costo zero, troverà attuazione con un decreto legislativo entro la fine del 2022 e avrà l'obiettivo di rafforzare il legame tra ricerca, innovazione e sanità e migliorare la governance degli

IRCCS pubblici potenziando la gestione e migliorando la definizione dei poteri e delle aree di competenza.

Si prevede inoltre di differenziare gli IRCCS a seconda delle loro attività, creare una rete integrata fra gli Istituti e facilitare lo scambio di competenze specialistiche fra gli IRCCS stessi e con le altre strutture del SSN. Sarà rafforzata la governance aziendale sempre più orientata alla ricerca, e si responsabilizzerà il Direttore Generale, insieme al direttore scientifico e sui risultati da conseguire.

OSPEDALI HI-TECH

Per le strutture sono 3 le linee d'intervento:

- 1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (4,05 mld).
- 2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile (1,64 mld).
- 3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (1,67 mld).

Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

L'obiettivo da realizzare entro metà del 2026 è quello di valorizzare e innovare gli asset tecnologici e digitali attualmente in uso negli ospedali. Per esempio il 74% dei mammografi ha più di 10 anni, ma anche la metà dei ventilatori polmonari è datato così come un quarto delle Tac

e il 31% degli angiografi.

L'investimento (1,18 mld) è quindi finalizzato all'acquisto e alla sperimentazione di 3.133 apparecchiature in sostituzione di quelle obsolete e fuori servizio (più di 5 anni). In particolare, il numero le apparecchiature da sostituire sono: 340 CT con 128 slice, 190 NMR a 1.5 T, 81 Acceleratori lineari, 937 sistemi a raggi X fissi, 193 angiografi, 82 telecamere gamma, 53 telecamere gamma / scansioni TC, 34 PET TAC, 295 Mammografi, 928 Ultrasuoni.

Migliorare la digitalizzazione di 280 ospedali di 1° e 2° livello con 1,45 mld. Inoltre si punta sull'informatizzazione dei processi degli ospedali a livello nazionale (unità chirurgiche, LISS - Sistema informativo di laboratorio - servizi di farmacia, pronto soccorso, triage, prescrizione e somministrazione di farmaci, diagnostica, reparti, repository e inserimento ordini, etc.). Inoltre per rafforzare la governance delle procedure di gara sono previsti 79,3 mln per il personale: serviranno 5 unità di personale per ogni Regione e per ciascuna ASL. L'investimento include anche 1,4 mld già stanziati nel 2020 per l'aumento dei posti in terapia intensiva (+3.500) e sub intensiva (+4.225) il rinnovo di 651 pronto soccorso e l'acquisto di 84 nuove ambulanze.

EDILIZIA SANITARIA

L'investimento (1,63 mld) mira a delineare un percorso di miglioramento

Recovery plan

strutturale nel campo della sicurezza di 116 edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica. Un miliardo provverrà dai fondi già stanziati per l'edilizia ospedaliera ex art. 20 legge 67/88.

INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA DEL SSN

L'investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica.

In primis si punta sul **Fascicolo sanitario elettronico (FSE)** con l'obiettivo di garantirne la diffusione, l'omogeneità e

l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari.

Il progetto prevede:

- 1 la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire (210 mln);
- 2 l'integrazione dei documenti da parte delle Regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di

Measure (Reform/Investment)	Sub-measure	Cost
Reform measure: reorganization of the network of Scientific Hospitalization and Care Institutes (IRCCS)		0 €
Investment 1. Technological and digital update	1.1 Digital update of hospitals' technological equipment	4,052.41 €/Mln
	1.2 Towards a safe and sustainable hospital	1,638.85 €/Mln
	1.3 Strengthening of technological infrastructure and of the tools for data collection, data processing, data analysis and simulation	1,672.54 €/Mln
Investment 2. Training, scientific research and technological transfer	2.1 Strengthening and enhancement of the NHS biomedical research	524,14 €/Mln
	2.2 Development of technical- professional, digital and managerial skills of professional in healthcare system	737,60 €/Mln
TOTAL		8,625.54 €/Mln

Investment 1.1: Digital update of hospitals' technological equipment

Cost item	Unit cost (Euro)	Nr	Total
LARGE SANITARY EQUIPMENT	-	3,133	1,189,146,935 €
CT scans	530,000 €	340	180,200,000 €
MRI	914,000 €	190	173,660,000 €
LINEAR ACCELERATOR	2,000,000 €	81	162,000,000 €
FIXED X-RAY SYSTEM	247,700 €	937	232,079,213 €
ANGIOGRAPH	608,000 €	193	117,344,000 €
GAMMA CAMERA	525,000 €	82	43,050,000 €
GAMMA CAMERA/CT	793,000 €	53	42,029,000 €
PET CT	2,403,400 €	34	81,715,600 €
MAMMOGRAPHS	274,500 €	295	80,977,500 €
ECOTOMOGRAPHIC DEVICES	82,000 €	928	76,091,622 €
DEA 1st - DEA 2nd LEVEL HOSPITAL DIGITALIZATION		280	1,450,115,351
STRUCTURAL STRENGTHENING OF THE NHS			1,413,145,000 €
Intensive care units (ICUs)		3,500	606,340,000 €
Sub-intensive care beds		4,225	601,505,000 €
First Aid renovation		651	192,700,000 €
Territorial support - New Ambulances		84	12,600,000 €
TOTAL			4,052,407,286 €

Recovery plan / Le schede europee

“
In primis si punta sul Fascicolo Sanitario Elettronico con l'obiettivo di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale

servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE (610,4 mln).

Il progetto include iniziative già avviate per la realizzazione del Sistema di Tessera sanitaria elettronica, la progettazione dell'infrastruttura per l'interoperabilità e la gestione del FSE come parte degli interventi per la digitalizzazione delle amministrazioni pubbliche (569,5 mln). Le risorse complessive assorbite dal progetto sono pari a 1,38 miliardi di euro, di cui 0,57 miliardi relativi al progetto già in essere di realizzazione del Sistema di Tessera sanitaria elettronica.

L'altra linea d'azione riguarda il **potenziamento dell'infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute** e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria per un totale di 0,29 miliardi di euro. Lo scopo del progetto è il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico. Un più attento e completo monitoraggio dei bisogni sanitari può infatti trasformarsi in un utile strumento per la quantificazione e qualificazione dell'offerta sanitaria.

Il progetto prevede:

- 1 il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute (92,7 mln);
- 2 il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS a livello locale (103,2 mln);
- 3 lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti (77 mln);
- 4 la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possa incontrarsi (19,6 mln).

VALORIZZAZIONE E POTENZIAMENTO DELLA RICERCA BIOMEDICA DEL SSN

L'investimento (524 mln) ha l'obiettivo

di potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese.

Per il perseguimento di questi obiettivi si prevedono tre tipi di intervento:

- 1 il finanziamento di progetti Proof of Concept (PoC) volti a ridurre il gap fra i risultati del settore della ricerca scientifica e quello dell'applicazione per scopi industriali, attraverso la predisposizione di prototipi per la commercializzazione e la mitigazione dei rischi potenziali - derivanti da eventuali brevetti, licenze o barriere all'entrata - che potrebbero scoraggiare gli investitori di mercato (100 mln);
- 2 il finanziamento di programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari (100 mln);
- 3 il finanziamento per programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti (324 mln). Un totale di 524 progetti.

La realizzazione dei progetti PoC prevede bandi di gara del valore complessivo di 0,1 miliardi, da assegnare entro la fine del 2023 e la fine del 2025. Le assegnazioni saranno precedute da una fase istruttoria per la preparazione delle procedure di gara formalizzata tramite decreto ministeriale. Per i programmi di ricerca e i progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari sono previsti due finanziamenti del valore di 0,05 miliardi ciascuno da erogare rispettivamente entro la fine del 2023 e la fine del 2025.

Anche in questo caso le assegnazioni saranno precedute da una fase istruttoria per la preparazione delle procedure di gara. Infine, con riferimento alla ricerca su malattie altamente invalidanti si prevedono due finanziamenti del valore di 0,16 miliardi ciascuno, anche in questo caso da assegnare entro il 2023 e il 2025, sempre successivamente alla fase di preparazione e pubblicazione della gara.

SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICHE, PROFESSIONALI, DIGITALI E MANAGERIALI DEL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO

L'investimento (737 mln) mira a rafforzare la formazione in medicina di base, introdurre un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere e garantire un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario.

L'investimento prevede:

- 1 Borse di studio di medicina generale: ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026. Costo: 93,9 mln.
- 2 Un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà

2026). Costo: 88 mln.

- 3 Progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN: si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 24.500 persone entro il Q2 2026. Costo: 18 mln.
- 4 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020. Costo: 537,6 mln.

Luciano Fassari

Recovery plan / Le schede europee

Investment 1.3: Strengthening of technological infrastructure and of the tools for data collection, data processing, data analysis and simulation.

Sub - Intervention	Cost item	Unit cost (Euro)	Nr	Total
1.3.1 - ELECTRONIC HEALTH RECORD (EHR)	CENTRAL REPOSITORY, DIGITAL DOCUMENTS, SERVICES AND USER-FRIENDLY INTERFACES			€ 200.000.000
	REGIONAL ADOPTION AND USE OF THE EHR. NUMBER OF TYPES OF DIGITAL DOCUMENT ADOPTED BY REGION			€ 610.400.000
	USE OF THE FUND FOR INVESTMENT FINANCING E INFRASTRUCTURAL DEVELOPMENT - ELECTRONIC HEALTH RECORD			€ 569.584,180
TOTAL 1.3.1 - ELECTRONIC HEALTH RECORD (EHR)				€ 1,380,385,273
1.3.2 - MINISTRY OF HEALTH TECHNOLOGICAL INFRASTRUCTURE AND DATA ANALYSIS & PREDICTIVE MODEL TO GUARANTEE THE ITALIAN ESSENTIAL LEVELS OF ASSISTANCE ("LEA") AND HEALTH SURVEILLANCE AND VIGILANCE	STRENGTHEN THE INFRASTRUCTURE AND THE TECHNOLOGICAL AND ANALYTICS INSTRUMENTS OF THE MINISTRY OF HEALTH			€ 92,700,000
	REENGINEERING THE NEW HEALTH INFORMATION SYSTEM (NSIS) AT LOCAL LEVEL			€ 103,250,000
	CONSTRUCTION OF A POWERFUL SIMULATION AND PREDICTION MODEL FOR MEDIUM AND LONG TERM SCENARIOS IN THE NHS			€ 77,000,000
	DEVELOPMENT OF A NATIONAL PLATFORM FOR TELEMEDICINE SERVICES DELIVERY			€ 19,600,000
TOTAL 1.3.2 - 1.3.2 - MINISTRY OF HEALTH TECHNOLOGICAL INFRASTRUCTURE AND DATA ANALYSIS & PREDICTIVE MODEL TO GUARANTEE THE ITALIAN ESSENTIAL LEVELS OF ASSISTANCE ("LEA") AND HEALTH SURVEILLANCE AND VIGILANCE				€ 292,608,978
TOTAL 1.3				€ 1,672,534,181

Investment 2.2: Development of technical-professional, digital and managerial skills of professionals in the healthcare system.

Cost item	Unit cost (Euro)	Nr	Total
INCREASE SCHOLARSHIPS FOR SPECIFIC TRAINING IN GENERAL MEDICAL PRACTICE	34,809 €	2,700	93,984,300 €
EXTRAORDINARY TRAINING IN THE FIELD OF HOSPITAL INFECTIONS	300 €	293,386	88,015,700 €
TRAINING COURSE FOR THE KEY STAFF POSITIONS OF THE NHS BODIES	4,000 €	4,500	18,000,000 €
FINANCING OF N. 4,200 MEDICAL - SPECIALIST TRAINING CONTRACTS	25,000 € for the first 2 years, and 26,000 € for the remaining 3 years	4,200	537,600,000 €
TOTAL			737,600,000 €

LAVORARE IN OSPEDALE?

NO GRAZIE

Sono oltre 3.000 i medici che nel 2019 si sono dimessi dall'ospedale per cercare realizzazione professionale e migliore qualità di vita nel privato o sul territorio. Ma in 10 anni sono aumentati del 81%

Studio a cura di
CHIARA RIVETTI
Segretaria Anaaso
Assomed Piemonte

COSTANTINO TROISE
Presidente
Nazionale Anaaso
Assomed

CARLO PALERMO
Segretario
Nazionale Anaaso
Assomed

Nel 2019, dai dati del Conto Annuale del Tesoro, il **2,9% dei medici ospedalieri ha deciso di dare le dimissioni**, di lasciare il lavoro prima di andare in pensione, di licenziarsi.

Si tratta di **3123 colleghi**, che hanno visto un'alternativa migliore nel privato o nel lavoro sul territorio. Migliore dal punto di vista economico, forse, ma certamente di qualità di vita.

Il lavoro in ospedale, infatti, non è più attrattivo. Pochi decenni fa, essere assunti a tempo indeterminato in un reparto ospedaliero era un traguardo, l'obiettivo. Era il posto fisso di prestigio, che dava soddisfazione professionale, opportunità di carriera, una certa sicurezza economica. Ci si realizzava. A nessuno sarebbe mai venuto in mente di dimettersi dagli ospedali. Oggi non è più così.

Il 2,9% rappresenta la media nazionale, ma il fenomeno ha interessato alcune Regioni più di altre: nelle **Marche**, ad esempio, nel 2019, si è dimesso il 6,6% dei medici ospedalieri, a seguire il **Veneto** con 5,9%, poi **Valle d'Aosta** (3,8%) e **Piemonte** (3,5%).

Le Regioni in cui maggiori sono le dimissioni volontarie sono quelle del nord: è possibile che la ragione sia da ricercare nelle maggiori opportunità di lavoro nell'ospedalità privata o nel settore libero professionale. Spiccano le Marche al centro, al sud Campania e Calabria.

Se poi analizziamo il trend degli ultimi 10 anni, i dati sono allarmanti: la percentuale di medici che si sono dimessi dagli ospedali risulta in aumento in quasi tutte le regioni italiane. In numero assoluto si è passati da una **media Italiana di dimessi di 1849 medici nel**

2009 a 3123 nel 2019. Ma se analizziamo le dimissioni in relazione al numero totale di medici dipendenti, in Italia si è passati dal **1,6% di dimessi nel 2009 a 2,9% nel 2019**. **In 10 anni, medici che si licenziano sono aumentati del 81%**.

In Veneto, le dimissioni in 10 anni si sono **quintuplicate**, raggiungendo nel 2019 il numero di 465. **In Lombardia**, che nel 2009 contava numeri già alti, le dimissioni sono aumentate **di 2,5 volte**, nelle **Marche** e in **Piemonte di oltre 3 volte**.

Se analizziamo infine l'andamento, è da notare come la curva dei licenziati si impenni proprio negli ultimi 3 anni. In particolare, nelle **Marche** dal 2017 al 2019 il numero di medici che si è dimesso è quasi triplicato, in **Lazio** e in **Campania** è più che raddoppiato. **Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna**, nonostante partissero da numeri assoluti molto alti, in 3 anni hanno aumentato i medici che si sono dimessi rispettivamente del 115%, 50% e del 66%.

Complessivamente, non si registrano differenze di genere significative.

Questi dati confermano il quadro di gravissima sofferenza, non solo dei professionisti, ma anche del sistema sanitario nel suo complesso, che era stato fotografato dal sondaggio condotto da Anaaso Assomed a ottobre 2020.

LE RAGIONI DELLA FUGA

In ospedale i problemi sono molti:

- **il taglio** del personale e la carenza di specialisti hanno creato organici sempre più ridotti rendendo insostenibile il carico di lavoro;
- **la presenza** delle donne in sanità è

in progressivo aumento, e i turni disagiati previsti dal lavoro in ospedale non consentono, soprattutto a loro, di dedicarsi alla famiglia come vorrebbero;

- **il lavoro** burocratico è diventato intollerabile;
- **l'autonomia decisionale** è svilita, la professionalità poco premiata e per nulla incentivata;
- **il coinvolgimento** nei processi decisionali è assente;
- **il loro lavoro** ha perso valore, anche economico, come il proprio ruolo sociale;
- **la solitudine** di fronte a tutte le mancanze e le carenze organizzative è pesante da tollerare;
- **il rischio** di denunce legali e aggressioni, verbali e fisiche, è aumentato negli anni;
- **le ambizioni** di carriera sono state rese scarse: in Italia nel 2009 i direttori di Struttura Complessa, cioè l'apice della carriera professionale, erano 9691, nel 2019 solo 6629, il 31,5% in meno. I Responsabili di Struttura Semplice, il livello immediatamente inferiore, nel 2009 erano 18.536, dopo 10 anni il 44% in meno, cioè 10.368.

In queste condizioni, il privato diventa sempre più attrattivo, anche per la possibilità di un **trattamento fiscale agevolato** del reddito prodotto. La medicina di famiglia o specialistica ambulatoriale per il fatto di non **conoscere il lavoro notturno e festivo**.

La speranza è soprattutto di avere un lavoro **meno burocratico, più autonomo, con orari più flessibili**.

I medici ospedalieri si sentono sempli-

ZIE

Cessazioni volontarie, dirigenti medici, 2019

Regione	Cessazioni volontarie medici 2019	Totale medici attivi nel 2019	% Cessazioni volontarie sul totale attivi
Marche	197	3.003	6,6
Veneto	465	7.825	5,9
Valle d'Aosta	12	316	3,8
Piemonte	292	8.405	3,5
Lombardia	494	14870	3,3
Emilia-Romagna	288	8.904	3,2
Campania	296	9.359	3,2
Liguria	94	3.525	2,7
Trentino-Alto Adige	54	2.074	2,6
Sardegna	105	4.151	2,5
Umbria	49	1.975	2,5
Lazio	195	8.100	2,4
Calabria	74	3.689	2,0
Puglia	126	6.631	1,9
Sicilia	167	9.015	1,9
Abruzzo	46	2.689	1,7
Toscana	123	8.245	1,5
Friuli-Venezia Giulia	35	2.647	1,3
Basilicata	8	1.119	0,7
Molise	3	501	0,6
MEDIA ITALIA	3.123	107.043	2,9

ci pedine per coprire i turni, prestatori d'opera ai quali mandare ordini di servizio, chiedere di sopperire alle carenze del sistema o pretendere sempre maggiore produzione ed efficienza. Non parte di un progetto, ma elementi marginali, sostituibili, che pesano sul bilancio quando sono malati, in gravidanza o in congedo, anche per motivi formativi.

I dati del conto annuale ci permettono di fotografare le dimissioni dei dirigenti medici solo fino al 2019. Ma, c'è da scommettere, che la pandemia da Covid-19 aggraverà le fuoriuscite. E lo vedremo probabilmente dal 2021, perché nel 2020 lo spirito di servizio ha certamente fatto posticipare la scelta di dimettersi. Durante l'emergenza i dirigenti hanno dimostrato senso di abnegazione, ma le condizioni e i carichi di lavoro non sono migliorati con i mesi. Mentre la stanchezza, il senso di frustrazione e impotenza, fino al burnout fisico e psicologico sono peggiorati. Da eroi della prima ondata sono diventati oggetto di attacchi, critiche, a volte denunce, nelle fasi successive.

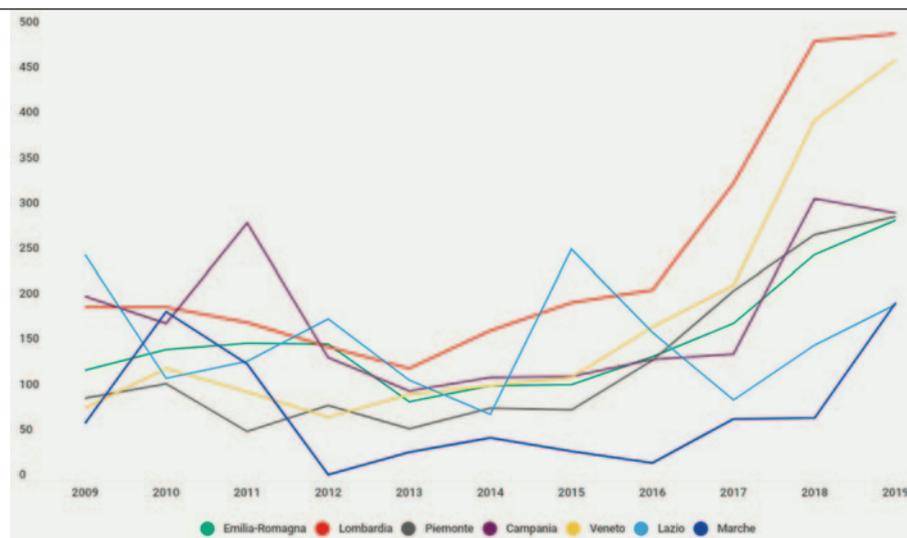
I dati dei licenziamenti volontari, che peggiorano di anno in anno, paiono un grido di aiuto. E se è vero che nei colleghi sopravvive una grande passione per il loro lavoro, è anche vero che in tanti stanno cercando luoghi diversi dall'ospedale pubblico dove realizzarla. E più della metà si vede fuori nei prossimi due anni.

Questi numeri sono un segnale di allarme rispetto all'inizio della fine del sistema sanitario pubblico e universalistico per come lo conosciamo, che semplicemente non esiste senza i suoi medici. Se la politica non interviene, e ra-

Confronto cessazioni volontarie, dirigenti medici, 2009-2019

Regione	Cessazioni volontarie medici 2009	Cessazioni volontarie medici 2019
Abruzzo	10	46
Basilicata	12	8
Calabria	91	74
Campania	204	296
Emilia-Romagna	123	288
Friuli-Venezia Giulia	28	35
Lazio	250	195
Liguria	43	94
Lombardia	192	494
Marche	64	197
Molise	6	3
Piemonte	92	292
Puglia	151	126
Sardegna	84	105
Sicilia	154	167
Toscana	207	123
Trentino-Alto Adige	36	54
Umbria	11	49
Valle d'Aosta	10	12
Veneto	81	465
MEDIA ITALIA	1.849	3.123

Andamento cessazioni volontarie, dirigenti medici, 2009-2019 in alcune regioni



pidamente, per motivare, valorizzare, premiare e trattenere i medici ospedalieri, gli ospedali diventeranno quinte teatrali anche se ammodernati dal punto di vista tecnologico e digitale e resi resistenti ai terremoti. Ma non a quelli provocati dalla fuga delle competenze e delle conoscenze.

Adeguare pensione e tfs agli incrementi del ccnl 2016-2018 non riconosciuti



Gli adempimenti indispensabili per vedersi riconosciuti nella pensione e nel TFS gli effetti degli incrementi contrattuali stipendiali 2016-2018 per coloro che sono andati in pensione nel periodo di vigenza del CCNL 2016-2018

A differenza che nel sistema privato, è purtroppo una prassi il ritardo dei rinnovi contrattuali nel mondo del lavoro pubblico; ciò comporta, **per coloro che sono andati in pensione nel periodo di vigenza del CCNL 2016-2018 e prima della sottoscrizione definitiva dello stesso CCNL, il ricalcolo della pensione e del Trattamento di Fine Servizio.**

Quanto sopra, alla luce della previsione dell'articolo 87 CCNL 2016-2018, vale per coloro che sono andati in pensione a partire dal 1/1/2016 i quali, stante la definitiva sottoscrizione del CCNL avvenuta il 19/12/2019, hanno diritto a vedersi adeguato il trattamento pensionistico in ragione degli aumenti contrattuali e alle scadenze previste dallo stesso CCNL.

Pertanto il ricalcolo interessa i pensionati dal 1.1.2016 al 19.12.2019 che non hanno ancora ottenuto la rivalutazione. Si ritiene inoltre che per coloro che sono andati in quiescenza a partire dal 1.1.2020 il loro trattamento pensionistico sia stato adeguato agli aumenti contrattuali, con qualche verifica da effettuare per coloro che sono andati nei primissimi mesi del 2020. Certamente i pensionati del 2019 e successivi dovranno effettuare in futuro un ulteriore ricalcolo dopo che sarà sotto-

scritto il CCNL 2019-22 la cui contrattazione non è ancora iniziata.

Anche il trattamento di fine rapporto TFS deve essere adeguato. In questo caso, diversamente che per il trattamento pensionistico, l'adeguamento è correlato alle sole quote di incrementi stipendiali maturati alla data di cessazione dal servizio.

Anche per la congestione dell'INPS e l'emergenza COVID-19 tutte le operazioni di ricalcolo sono in ritardo. La procedura prevede che l'Ufficio personale delle Aziende sanitarie comunichi all'INPS i nuovi valori delle voci retributive.

A titolo esplicativo alleghiamo una dichiarazione fatta da una diligente azienda sanitaria (*Allegato n. 1*).

Successivamente INPS provvede al ricalcolo, emettendo un atto di riliquidazione ed adeguando le somme.

COSA FARÀ L'ASSOCIAZIONE?

■ **La Segreteria Nazionale invierà un sollecito a tutte le Aziende** affinché ci comunichi se e quando è stata inviata all'INPS la comunicazione del recepimento dei nuovi valori previ-

ALLEGATO 1

(Esempio di dichiarazione di una Azienda Sanitaria "diligente")

Spett.le INPS
Sede di

Oggetto: pratiche di riliquidazione PENSIONE con attribuzione dei benefici contrattuali spettanti al personale cessato, ai sensi del CCNL triennio 2016/2018 della Dirigenza Medica e Sanitaria dell'Area sanità.

In seguito al rinnovo del CCNL dell'Area sanità relativo al triennio economico 2016/2018 per il personale della Dirigenza Medica e del ruolo sanitario del 19 dicembre 2019, si comunica, per i provvedimenti di Vs. competenza, che sono state aggiornate in procedura Passweb le pratiche di pensione relative ai seguenti dipendenti cessati nell'anno 2019.

Distinti saluti

ALLEGATO 2

FAC-SIMILE DOMANDA DA PRESENTARE
ALL'UFFICIO PERSONALE AZIENDA
(la domanda va inviata per PEC o Raccomandata RR o
va fatta protocollare)

All'ufficio personale
Azienda
Luogo e Data

Il sottoscritto,
già dipendente dell'Azienda

.....
e in quiescenza dal
ha diritto all'aggiornamento di riliquidazione della
pensione e del TFS per effetto degli aumenti retributivi
spettanti al personale cessato, ai sensi del CCNL
triennio 2016-2018 della Dirigenza medica e sanitaria
dell'area sanità sottoscritto definitivamente il 19
dicembre 2019.

Chiede pertanto se e in quale data è stata inviata
all'INPS l'aggiornamento di riliquidazione della
pensione con attribuzione dei benefici contrattuali
spettanti al personale cessato, ai sensi del CCNL
triennio 2016-2018 della Dirigenza medica e sanitaria
dell'area sanità sottoscritto definitivamente il 19
dicembre 2019.

Si richiede inoltre se anche ai fini del Trattamento di
fine servizio sono state fatte le dovute comunicazioni
all'Ente previdenziale.

Qualora tali adempimenti non fossero stati effettuati,
si richiede a codesto Ufficio di provvedervi
immediatamente senza ulteriori dilazioni.

La presente vale anche ai fini dell'interruzione della
prescrizione.

In attesa di sollecito riscontro.

Firma autografa

“

Anche per la congestione
dell'INPS e l'emergenza COVID-
19 tutte le operazioni di ricalcolo
sono in ritardo.

La procedura prevede che
l'Ufficio personale delle Aziende
sanitarie comunichi all'INPS i
nuovi valori delle voci retributive

ALLEGATO 3

FAC-SIMILE DOMANDA ALL'INPS della sede
provinciale di competenza (da inviare solo dopo che le
Aziende hanno adempiuto alla comunicazione Inps).
(la domanda va inviata per PEC o Raccomandata RR o
va fatta protocollare)

All'INPS della sede provinciale di competenza
Luogo e Data

Il sottoscritto.....
già dipendente dell'Azienda.....
e in quiescenza dal.....
ha diritto all'aggiornamento di riliquidazione della
pensione e del TFS per effetto degli aumenti retributivi
spettanti al personale cessato, ai sensi del CCNL
triennio 2016-18 della Dirigenza medica e sanitaria
dell'area sanità sottoscritto definitivamente il 19
dicembre 2019.

Con la presente segnala che
l'Azienda.....
ha inviato in data
alla Vostra sede provinciale l'aggiornamento di
ricalcolo e riliquidazione della pensione e del TFS con
attribuzione dei benefici contrattuali spettanti al
personale cessato, ai sensi dell'articolo 87 del CCNL
triennio 2016-18 della Dirigenza medica e sanitaria
dell'area sanità sottoscritto definitivamente il 19
dicembre 2019.
Si richiede il tempestivo adeguamento della pensione
e del trattamento di fine rapporto.
La presente vale anche ai fini dell'interruzione della
prescrizione.
Firma autografa

sti dal contratto.

- Analogamente **si invitano i segretari aziendali a verificare presso l'ufficio personale** se e quando è stata inviata la comunicazione all'INPS e a comunicarlo alla Segreteria Nazionale.
- Per il servizio è attiva la casella di posta **iscritti.pensionati@anaao.it**

COSA POSSONO FARE I PENSIONATI

- I pensionati dal 1.1.2016 al 31.12.2019 possono chiedere all'ufficio personale se e quando sono

stati effettuate le comunicazioni all'INPS (Fac-simile domanda Allegato n. 2). Dopo che l'Azienda ha adempiuto alla comunicazione Inps, i pensionati possono sollecitare l'INPS provinciale ad adempiere (Fac-simile domanda Allegato n. 3).

- Si precisa che la domanda di adeguamento non si prescrive ma l'erogazione degli arretrati si prescrive in cinque anni.
- Non è nella disponibilità dei patronati alcuna specifica modulistica; al riguardo l'iter deve essere avviato dalle Aziende sanitarie e recepito da INPS.

Pronti a raccogliere le sfide del cambiamento per il futuro dell'Onaosi

La lista Onaosi Futura si è costituita sulla base di un'ampia convergenza di associazioni sindacali, le donne e gli uomini che si candidano, rappresentano culture ed esperienze professionali diverse, agiscono responsabilità di rilievo nella sanità pubblica, ma sono unite nell'impegno comune e condiviso del programma di mandato



Dott. Bianco, dopo aver guidato per alcuni anni la Fnomceo e successivamente essere stato eletto al Senato, torna in campo da candidato alla presidenza Onaosi. Quali sono le ragioni della sua scelta?

Una domanda che mi ha interrogato a lungo prima di accettare la candidatura. Nel cammino che mi ha portato in ruoli privilegiati, per me tali non in ragione dello status che conferiscono, ma perché densi di responsabilità operative nel perseguimento di beni comuni, ho più volte incrociato l'Onaosi. Nell'esercizio di quelle funzioni pubbliche, ho se-

guito e accompagnato la vita della Fondazione, soprattutto nei suoi momenti più difficili che non sono mancati fino a minacciarne la stessa esistenza. Non agivo per convenienza politica o per dovere d'ufficio, ma per condivisione piena dei valori sociali e civili racchiusi nella sua mission. Una visione antica 120 anni ma ancora attuale perché la solidarietà tra generazioni, l'inclusione sociale di quanti, improvvisamente fragili, perdono certezze e speranze di futuro, il significato civile e sociale di istruire, educare e formare i giovani perché siano buoni costruttori del domani, costituiscono, ancora oggi, il destino comune di una collettività che vuole crescere coesa, nel rispetto della libertà e dignità di ciascuno e di tutti e ricca di opportunità per costruire il proprio futuro. Non ho cambiato queste convinzioni; hanno sostenuto le mie scelte di ieri, sostengono oggi quella di non sottrarmi alla prospettiva di assumere, nell'Onaosi e per l'Onaosi, nuove responsabilità.

Onaosi Futura non è solo il nome della lista, ma anche l'annuncio di un progetto ambizioso. E mai come in questo momento la parola futuro è di buon auspicio. Quali sono le parole d'ordine del suo mandato?

Onaosi Futura è la rappresentazione evocativa dell'Onaosi di oggi che raccoglie le sfide dei grandi cambiamenti che attraversano la sua comunità, determinata a crescere in operatività gestionale, efficienza e trasparenza amministrativa, a perseguire l'efficacia dei servizi resi migliorando e adeguando le tipologie di prestazioni agli effettivi bisogni degli assistiti. Onaosi è Futura se il suo messaggio civile e sociale raggiunge e convince i contribuenti e gli assistiti rafforzando il loro consenso e la loro fiducia, se l'informazione e la comunicazione rendono più accessibili le prestazioni e attraggono nuovi contribuenti volontari. Onaosi Futura è il suo patrimonio mobiliare e immobiliare accumulato da intere generazioni di contribuenti, da gestire con prudenza e oculatezza per tutelarne nel tempo la consistenza e le finalità statutarie.

Ci aiuti a entrare nel dettaglio del programma della lista iniziando dai contribuenti che rappresentano l'anima della Fondazione. Avete in serbo interventi per allargare la platea?

Lo Statuto e i Regolamenti vigenti definiscono un perimetro molto netto entro cui collocare ogni iniziativa finalizzata ad allargare la platea dei contribuenti volontari. La sostenibilità finanziaria della fondazione che già oggi può vantare la stabilità ultra cinquantennale del bilancio attuariale, nell'assunzione di



ELEZIONI ONAOSI 2021-2026

LISTA

ONAOSI
FUTURA

tutele del rischio, deve considerare l'oggettiva diversità tra un sistema sostenuto dalla contribuzione obbligatoria, tipica dei modelli di Welfare pubblico basati sulla fiscalità generale progressiva sui redditi, rispetto a quelli opzionali, con ingresso e uscita volontari, tipici dei modelli mutualistici. In questo secondo caso, le regole che disciplinano tale opzione devono commisurare tempo di inizio e durata della contribuzione al rischio che viene assunto. Il gruppo di maggior interesse al riguardo è quella fascia di neoiscritti o comunque da pochi anni iscritti agli Albi Professionali, già oggi iscrivibili alla Fondazione entro i primi dieci anni, con quote ridotte. Sono migliaia i giovani/anno il cui sbocco lavorativo non li porterà alla contribuzione obbligatoria, su questi è necessario lavorare con l'informazione e comunicazione dei rischi coperti e strutturare offerte di servizi, compatibili con il bilancio, che li affiancano nell'avvio della loro vita sociale e professionale.

In che modo pensate di consolidare le tutele nei confronti delle persone fragili e di quanti hanno subito le conseguenze della pandemia da Sars-Cov2?

Fermo restando che la mission storica dell'Onaosi, scolpita nello Statuto è quella di assistere gli orfani di contribuenti e oggi anche di uno dei genitori non contribuente, negli spazi finanziari che residuano dal pieno ed efficace assolvimento di questo compito è già stato possibile rispondere anche a bisogni dei

contribuenti in condizioni di fragilità, per svariate cause, non ultime quelle legate agli effetti della pandemia SARS-CoV-2. Credo che la mappa di questi bisogni sia poco conosciuta e che comunque sia più articolata e diffusa di quanto comunemente ritenuto. Piani inclinati verso forme di povertà, disegualianze, emarginazione e discriminazione sociale, disagi economici, lavorativi e relazionali sono fenomeni che possono ferire o uccidere le opportunità di futuro. Non possiamo certamente fare da soli, ma la nostra parte, quella possibile, va fatta con convinzione e determinazione.

Il patrimonio dell'Onaosi conta molte strutture su tutto il territorio Nazionale. Avete in programma investimenti per migliorarle o potenziarle?

La parte più consistente del patrimonio immobiliare è costituita da edifici quasi esclusivamente dedicati ad attività istituzionali e quindi strumentali, quali sedi per la gestione e l'amministrazione nonché sedi operative per la produzione di servizi educativi/accoglienza residenziale di orfani assistiti e figli di contribuenti, paganti le rette. I Collegi e i Centri Formativi Universitari di proprietà, oltre quelli storici a Perugia, sono presenti in altre 5 città italiane, Torino, Padova, Pavia, Bologna e Messina mentre gli edifici che ospitano i Centri Formativi di Napoli e Milano sono in affitto. Com'è possibile desumere dal documento di Budget 2021, pubblicato nel sito istituzionale, queste strutture, at-

“

Onaosi Futura è la rappresentazione evocativa dell'Onaosi di oggi che raccoglie le sfide dei grandi cambiamenti che attraversano la sua comunità, determinata a crescere in operatività gestionale, efficienza e trasparenza amministrativa

tualmente ospitano 446 giovani, sono invece circa 2685 le prestazioni assistenziali in denaro. Dunque questi edifici sono parte costitutiva delle prestazioni e ogni implementazione degli standard di accoglienza equivale a sviluppare la qualità attesa, prodotta e percepita delle stesse. I Collegi di Perugia necessitano invece di potenziamento antisismico, riqualificazione energetica e impiantistica, di miglioramento del comfort alberghiero e degli ambienti di studio e di tempo libero. Sono interventi di notevole impatto gestionale e finanziario che non possono prescindere da una accurata valutazione attuale ed attuariale degli effettivi fabbisogni degli assistiti da tutelare.

Che rapporti saranno instaurati con le casse previdenziali?

I rapporti con le altre Casse ed Enti Previdenziali, cui il Dl 509/1994 ha conferito personalità giuridica di diritto privato, sono configurati ed operativi da anni, risalendo al giugno 1996, la nascita dell'ADEPP, l'Associazione degli Enti Previdenziali Privati, che oggi conta 20 aderenti per complessivi 1.600.000 professionisti iscritti ad albi di Ordini Professionali.

In questo ampio contesto, nel rispetto delle specifiche autonomie e delle diverse mission, è possibile sviluppare politiche sinergiche su interessi comuni in Italia e in Europa, proteggere l'autonomia degli enti, armonizzare le procedure gestionali ed amministrative, uniformare lo status giuridico ed economico dei propri dipendenti, sono tuttora possibili nuovi scenari sui quali sono già stati aperti alcuni spiragli. La natura assistenziale dell'Onaosi offre opportunità agli Enti previdenziali delle categorie professionali tutelate, di ottimizzare la loro offerta assistenziale assoggettata a limiti. Sono opportunità reciproche da percorrere nella collaborazione e cooperazione attraverso lo sviluppo di programmi per un Welfare, integrato, multi categoriale, prossimo ai vecchi e nuovi bisogni dei professionisti e delle loro famiglie.

Come pensate di ottimizzare la comunicazione dei servizi affinché le categorie che sostengono l'Ente siano costantemente aggiornate e informate?

L'accessibilità piena alle informazioni, l'adeguatezza e la pertinenza della comunicazione a quanto si vuol far conoscere e promuovere sono il presupposto per una partecipazione consapevole che genera fiducia e consenso o quantomeno interesse. L'Onaosi ha una mission molto specifica che tutela un rischio, sostenibile solo in ragione di una vasta platea di contribuenti obbligatori. Questa

fondamentale considerazione spiega il ruolo strategico della comunicazione e definisce i limiti dei nuovi e nuovissimi media: intendiamoci, questi vanno potenziati nelle forme e nei contenuti già attualmente in essere, ma il complicato messaggio dell'ONAOSI, a mio giudizio, ha bisogno di una maggiore prossimità ai contribuenti o potenzialmente tali, dei luoghi, delle occasioni e degli interpreti dell'informazione e comunicazione istituzionale. Penso a un progetto che, coinvolgendo ciascun componente del Comitato di Indirizzo e del Consiglio di Amministrazione della Fondazione, circa 37 persone, attivi un programma di conferenze, convegni, incontri sui territori, in collaborazione con organizzazioni sindacali categoriali, Ordini Professionali, Enti previdenziali, Associazioni civiche, scientifiche culturali, per informare e comunicare quale presente garantisce e quale futuro l'Onaosi intende garantire ai suoi contribuenti.



Perché i medici dovrebbero votare la sua lista?

Da tempo i medici, pur vivendo un profondo disagio sociale e professionale, costituiscono, con tutte le professioni sanitarie, la schiena del nostro SSN, equo, solidale, universalistico. Una schiena, rimasta dritta a caro prezzo, nella pandemia da Covid-19, che ha salvato dal tracollo la nostra sanità pubblica, tutelando, in condizioni drammatiche, la salute e la vita di tantissimi contagiati. Conosco bene, comprendo e rispetto la sfiducia, lo smarrimento e forse l'indifferenza che può cogliere quando si è chiamati al voto per l'Onaosi. Ma so altrettanto bene che i partecipanti, spero tanti, faranno le loro scelte con responsabilità e accuratezza. La lista Onaosi Futura si è costituita sulla base di un'ampia convergenza di associazioni sindacali, le donne e gli uomini che si candidano, rappresentano culture ed esperienze professionali diverse, agiscono responsabilità di rilievo nella sanità pubblica, ma sono unite nell'impegno comune e condiviso del programma di mandato. Spetta ai contribuenti valutare questa offerta, sono fiducioso sul fatto che verrà compresa.

Il silenzio-assenso nella previdenza complementare traccia la strada per il domani?

Pensioni dei giovani medici

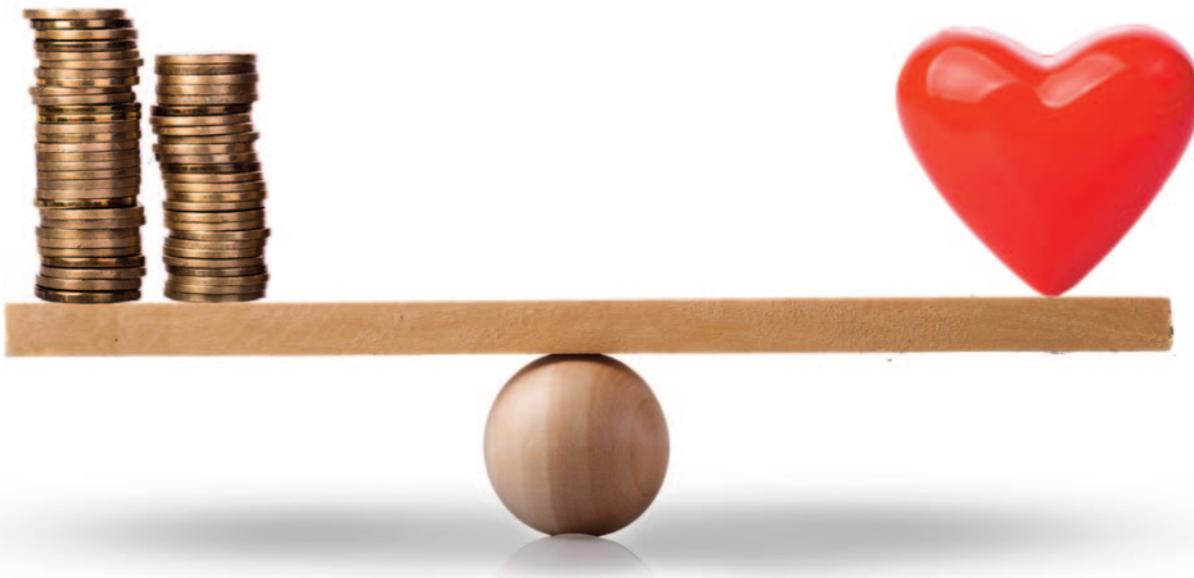
Nel contesto odierno dell'incubo Covid, un aspetto del quale poco si parla ma che merita molta attenzione, soprattutto dai giovani i quali si affacciano al mondo del lavoro in sanità, è rappresentato dal riuscire a garantire, un domani, una pensione che sia il più proporzionale possibile a un tenore di vita adeguato alle proprie attese e ad un'aspettativa di vita sempre più lunga

Per i giovani medici, da sempre, è molto diluita l'idea di pensare e programmare la propria pensione, con termini quali sistema contributivo puro, previdenza complementare e riscatto di laurea che, ai più, sono misconosciuti.

Come spesso accade in una narrazione, risulta ancor più importante in questo complesso e intrigato argomento, fare un passo indietro, temporalmente lungo, per cercare di comprendere i punti salienti di una storia complessa, quale è quella delle pensioni calcolate con metodo contributivo e quelle complementari. Nel 1993, con il decreto legislativo 124 del 21 aprile viene data una prima sistemazione organica alla disciplina della previdenza complementare e si cominciano a considerare i tratta-

menti pensionistici erogati dai fondi come trattamenti 'complementari' del sistema obbligatorio pubblico; ma è nel 1995, con la Riforma Dini (legge 335 del 8 agosto), che si interviene con decisione sulla previdenza complementare con la rimozione di alcuni ostacoli che ne impediscono l'avvio.

La legge dell'8 agosto 1995 non vede solo lo sblocco della previdenza complementare, ma scrive una pagina epocale nel calcolo delle pensioni poiché con la riforma Dini venne introdotto nel sistema previdenziale italiano un nuovo meccanismo di calcolo delle pensioni al fine di garantire la sostenibilità della spesa pensionistica e riequilibrare i rapporti fra le varie generazioni con l'ottica di introdurre criteri orientati all'equità finanziaria tra contributi versati e prestazioni riscosse. Con la riforma Dini, infatti, è entrato in vigore per il calcolo della pensione un sistema di tipo *contributivo*, ossia fondato sul totale dei contributi versati dal lavoratore nel corso della propria vita lavorativa (rivalutati nel corso del tempo). È questa la riforma che ha spaccato il mondo dei lavoratori italiani, creando un'epoca previdenziale pre e post 1996. La riforma Fornero del 1 gennaio 2012 ha ribadito il cambio di passo epocale del meccanismo di calcolo delle pensioni, abbandonando per sempre il metodo pensionistico *retributivo*, secondo cui la pensione veniva calcolata sulla media dei redditi degli ultimi 10 anni di lavoro per i dipendenti e degli ultimi 15 anni per gli autonomi nella misura



del 2% di questa media per ogni anno di contribuzione.

Alla luce di una pensione che si alleggerisce sempre di più con il metodo contributivo, si deve far strada nelle nostre coscienze la necessità di fare i conti in tasca, valutando se possa convenire investire oggi su una pensione futura che possa integrare quella suddetta, spettante di diritto come lavoratori dipendenti.

È in questo contesto che meritano attenzione i fondi pensione negoziali, fondi senza scopo di lucro, regolati dal D.Lgs. 252/2005 e dai contratti di lavoro nazionali, la cui natura garantisce ai suoi aderenti che le attività siano eseguite nell'esclusivo interesse degli iscritti. I fondi pensione negoziali oramai da anni crescono in termini di iscritti ma anche di patrimonio e tendono a battere costantemente la rivalutazione legale del TFR, infatti dal 2005 a tutto il 2020 hanno realizzato mediamente un rendimento del 4.54% medio annuo a fronte di una rivalutazione legale del TFR del 2.63% medio annuo. Quindi investire nel fondo pensione, mettendo anche il proprio TFR nel fondo stesso, fa fare al lavoratore un affare, facendogli costruire una pensione complementare di tutto rispetto.

Il Fondo Perseo-Sirio rappresenta un punto di riferimento fra i fondi negoziali, rappresentando il secondo miglior fondo pensione negoziale su 33 presenti. Ha raggiunto una massa gestita di 240 milioni di euro, con due comparti di investimento, uno garantito con re-

stituzione del capitale che ha raggiunto i 5 anni di vita ed ha realizzato quasi il 7% e l'altro, bilanciato, che ha due anni di vita (dal febbraio 2019) ed ha realizzato il 7.76%.

I fondi pensione negoziali costano di meno dei fondi pensione commerciali cosiddetti "aperti" (istituiti da banche, imprese di assicurazione, società di intermediazione mobiliare), e anche per questo realizzano rendimenti superiori ai loro "concorrenti", ma soprattutto battono la rivalutazione legale del TFR. Per tale motivo ci sono sempre più iscritti ai fondi e di conseguenza cresce sempre di più il patrimonio gestito.

Se si aderisce al fondo complementare Perseo Sirio, si può scegliere di versare solo la contribuzione obbligatoria ovvero l'1% della retribuzione, oppure aggiungere una contribuzione aggiuntiva a propria scelta; l'amministrazione dell'azienda sanitaria di appartenenza provvederà, dal canto suo, a versare automaticamente al fondo pensione un altro 1% a suo carico. Un'ulteriore convenienza da parte del lavoratore deriva dal fatto che tutti i suoi versamenti al fondo pensione sono deducibili IRPEF fino a 5164,57 euro annui.

Molti colleghi si fanno prendere dalla paura di vincolare una massa economica di tutto rispetto per un obiettivo a lunghissimo termine. In realtà è possibile, trascorsi 8 anni di iscrizione al Fondo, richiedere un'anticipazione, fino al 100% della posizione individuale maturata esclusi i contributi figurativi del TFR, per far fronte a spese sanitarie di

particolare gravità, che possono riguardare anche il coniuge ed i figli, per l'acquisto della prima casa di abitazione, per il lavoratore o per i suoi figli, o per le spese di ristrutturazione della prima casa.

Recentemente è stata sottoscritta l'Ipotesi di accordo che regola e snellisce le modalità di adesione al Fondo Perseo-Sirio, anche mediante il silenzio-assenso. L'accordo si applica al personale assunto, dopo il 1° gennaio 2019, nelle amministrazioni pubbliche destinate del Fondo Perseo-Sirio, il fondo di previdenza complementare negoziale cui possono aderire i lavoratori dei ministeri, delle regioni, delle autonomie Locali, della sanità, degli enti pubblici non economici, dell'ENAC, del CNEL, delle università, degli enti di ricerca, delle agenzie fiscali. L'ipotesi di accordo firmata in ARAN prevede che il lavoratore, al momento dell'assunzione, riceva una dettagliata informativa dalla propria amministrazione sull'esistenza del Fondo, sulla possibilità di iscriversi e sul silenzio-assenso. Nei sei mesi successivi, il lavoratore può iscriversi espressamente o dichiarare che non vuole iscriversi (in tale ultimo caso, come è ovvio, non scatta alcun silenzio-assenso). Se non fa né l'una, né l'altra cosa allo scadere dei sei mesi, egli è iscritto.

A questo punto, riceve una seconda informativa da parte del Fondo, che dovrà informarlo dell'avvenuta iscrizione e ricordargli che, entro un mese, potrà esercitare il diritto di recesso. Solo dopo che è trascorso questo ulteriore periodo, senza che sia stata manifestata alcuna volontà, l'iscrizione si perfeziona. In pratica sono necessari circa 7 mesi per aderire al fondo pensione.

Con questi atti il lavoratore ottiene, crescente con il crescere della durata dei suoi versamenti, un risparmio a condizioni vantaggiose e, in aggiunta, la disponibilità di una rendita con la quale integrare la pensione pubblica.

In conclusione è auspicabile che la nuova generazione che si affaccia nel mondo del lavoro nel campo sanitario affronti in maniera oculata e con spirito di proiezione a lungo termine sia l'aspetto dell'eventuale riscatto degli anni di laurea che quella, ancor più impattante sul futuro, di gettare le basi oggi per una pensione complementare che possa essere un utile e corposo rafforzamento dell'assegno pensionistico INPS.



VINCENZO COSENTINI
Coordinatore regionale Anaao Giovani Veneto



MATTEO D'ARIENZO
Consiglio direttivo COSMED - Anaao Assomed Emilia Romagna

La Medicina di Laboratorio: Pandemia e non solo

Non è ancora terminata la Pandemia Covid-19, anche se i dati consentono un cauto ottimismo, che già ci si appresta a livello ospedaliero alla giusta riapertura di tutte le attività ordinarie sospese per far fronte all'emergenza

In questo scenario le Unità Operative delle discipline di Medicina di Laboratorio si stanno preparando a riprendere con slancio tutte quelle attività diagnostiche che sono state comprese o annullate per dedicarsi unicamente all'emergenza COVID.

Si pensi alle indagini per monitorare le patologie croniche e a quelle di screening oncologici ridotte del 48% in questi 15 mesi (più di due milioni di indagini non eseguite) con forti ripercussioni sulla futura salute dei cittadini (10.000 diagnosi di tumore non effettuate).

Quello che più preoccupa i professionisti della Medicina di Laboratorio non è la ripresa delle diagnostiche ma il perdurare, e lo sarà per molto (almeno un anno), di tutte le indagini per SARS-CoV-2 che impegnano risorse umane difficilmente sottraibili a queste attività. Non vi è stato, in questo periodo pandemico un ingresso di nuove figure professionali, Dirigenti e Tecnici di Laboratorio, non solo in grado di sostenere la mole immane di lavoro, ma nemmeno di sostituire coloro che sono andati in pensione che risultano mediamente del 25% per Unità Operativa con grave disagio per chi resta.

Purtroppo la miope politica di considerare i Laboratori come Unità produttive e non come Unità di Diagnosi atte con le loro attività ad individuare, monitorare e prevenire patologie di diversa natura, ha fatto sì che nelle Direzioni Strategiche passasse, e si cristallizzasse, il concetto che ove ci sono le macchine il professionista non è necessario e qualora lo fosse lo si può, in termini numerici di presenze, ridurre al minimo. La pandemia ce l'ha insegnato: se



PIERANGELO CLERICI
 Direttore Nazionale Anaao Assomed Dirigenza Sanitaria, Presidente AMCLI, Presidente FismeLab

le Unità operative di Medicina di Laboratorio (Microbiologia, Chimica-Clinica, Anatomia Patologica, Genetica, Trasfusionale) avessero potuto contare su un personale numericamente coerente con le attività ordinarie non si sarebbero interrotte le attività di screening e di monitoraggio dei pazienti cronici, interruzione che purtroppo molto danno ha arrecato e arrecherà nel futuro.

Non dobbiamo inoltre dimenticare come ai Laboratori che svolgono attività COVID, ed in particolare quelli di Microbiologia, si sia riversato una quantità immane di lavoro burocratico finalizzato a raccolta dati ed al tracciamento dei casi, attività questa che in un paese civile non sarebbero ricadute sui professionisti della Medicina di Laboratorio ma su altre figure che sicuramente negli uffici di Assessorati, ASL, AST, ULS, e Ministero non mancano.

Purtroppo la Pandemia COVID-19, anche nelle sue espressioni non meramente cliniche, è stata gestita in maniera Ospedalocentrica gravando oltre misura sugli operatori. Un auspicio per il futuro, indipendentemente da episodi emergenziali, è quello che i professionisti della Medicina di Laboratorio possano svolgere la loro attività senza essere gravati da norme scritte da burocrati che non hanno mai lavorato in un Ospedale, tantomeno in un Laboratorio e non ne conoscono la realtà e anche quando è stato loro spiegato il percorso ed il processo diagnostico non ne hanno recepito le peculiarità mantenendo purtroppo posizioni di potere decisionale completamente avulse dal quotidiano operare.

A prova di ciò basterebbe leggere le centinaia di Ordinanze, Circolari, Decreti

che sono piovuti sulla gestione dei cosiddetti "tamponi" a dimostrare come a livello del "Palazzo" non vi sia la percezione del mondo reale.

Se vogliamo poi la ciliegina sulla torta basta leggere il Decreto Sostegni Bis dove all'art. 29 si incentivano i Laboratori a raggiungere, con riorganizzazioni non declinate, la soglia di almeno 200.000 esami anno quando ormai da tempo (vedi anche il D.M. 70) la soglia degli esami per poter garantire efficienza, efficacia e professionalità è ben diversa (a seconda delle Discipline) e prevede, inoltre, l'organizzazione a Rete dei Servizi di Medicina di Laboratorio.

Si creano bizantinismi normativi dimenticandosi ad esempio che esiste un nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali approvato nel 2017 e non ancora applicato per la mancanza di coraggio di applicare tariffe in linea con i costi reali delle indagini diagnostiche e costringendo i Laboratori all'applicazione di un nomenclatore vecchio ormai di 30 anni.

Non parliamo poi di tutte le proposte che a livello istituzionale le Società Scientifiche della Medicina di Laboratorio hanno portato per spingere sul fondamentale concetto dell'appropriatezza delle richieste di indagini diagnostiche. Proposte che chissà in quale cassetto di quale funzionario giacciono polverose anziché essere discusse e applicate come strumento efficace in un sistema sanitario che vuole essere al passo con i tempi.

Per l'ennesima volta l'assioma che recita: chi sa fa, chi non sa insegna e chi non sa e non fa dirige, ha trovato puntuale riscontro.

LEGGE 6 MAGGIO 2021, N.61 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30, recante misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena”

Lavoro agile, congedi e bonus

Il 12 maggio 2021, è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la legge 6 maggio 2021, n. 112, dopo un lungo iter alla Camera dei Deputati (Commissioni riunite XI e XII) ed il passaggio in Senato. In particolare l'articolo 2 contiene norme in materia di lavoro agile, di congedi e bonus baby sitting. In primo luogo viene reintrodotta, per il periodo 13 marzo-30 giugno 2021, la possibilità per i lavoratori dipendenti, con riferimento a specifiche fattispecie relative ai figli, di ricorrere al lavoro agile o, in casi più circoscritti e a condizione che la prestazione lavorativa non possa essere svolta in modalità agile, ad un congedo straordinario con indennità.

Le fattispecie relative al lavoro agile e al congedo straordinario concernono:

- **in alternativa** tra i due genitori e con riferimento ad un figlio minore di anni sedici per il lavoro agile e minore di anni quattordici e convivente per il congedo, i periodi (relativi al medesimo figlio) di sospensione dell'attività didattica o educativa in presenza, di infezione da COVID-19 o di quarantena disposta a seguito di contatto; si prescinde dall'età del figlio e si consente il cumulo del diritto al lavoro agile tra i due genitori, qualora le fattispecie suddette riguardino figli in condizioni di disabilità accertata, o di disturbi specifici dell'apprendimento o di bisogni educativi speciali, nonché per il caso in cui i figli rientranti nelle suddette condizioni frequentino centri diurni a carattere assistenziale per i quali sia stata disposta la chiusura; per il congedo, si prescinde dall'età del figlio e dal requisito della convivenza, qualora le fattispecie summenzionate riguardino figli in condizioni di disabilità grave.

- **Con riferimento** ai figli conviventi di età compresa fra i quattordici e i sedici anni, si prevede, sempre fino al 30 giugno 2021, il diritto, per uno dei due genitori, ad un congedo pri-

vo di indennità, qualora ricorrano le fattispecie suddette relative al lavoro agile per i figli infrasedicenni.

- **Tutti i diritti** summenzionati sono esclusi qualora l'altro genitore non svolga attività lavorativa o sia sospeso dal lavoro, ad eccezione di quelle fattispecie di diritto al lavoro agile che prescindono, come detto, dall'età del figlio.

- **Per i lavoratori autonomi** (ivi compresi i titolari di rapporti collaborazione coordinata e continuativa), il personale del comparto sicurezza, difesa e soccorso pubblico e i lavoratori dipendenti del settore sanitario (pubblico e privato accreditato), è prevista la possibilità di fruire - entro il 30 giugno 2021 ed in alternativa al lavoro agile ed ai congedi summenzionati, con indennità o senza - della corresponsione di un bonus per l'acquisto di servizi di baby-sitting o di servizi integrativi per l'infanzia, per i periodi, relativi ad un figlio convivente minore di



anni quattordici, di sospensione dell'attività didattica o educativa in presenza, di infezione da COVID-19 o di quarantena disposta a seguito di contatto. In particolare sul bonus baby sitting: è destinato alle categorie degli esercenti le professioni sanitarie, degli esercenti le professioni di assistente sociale e degli operatori socio sanitari; per i figli minori di anni 14 può essere richiesta la corresponsione di uno o più bonus per l'acquisto di servizi di baby-sitting nel limite massimo di 100 euro settimanali. Il bonus è erogato mediante il libretto famiglia. È erogato in alternativa direttamente al richiedente per la comprovata iscrizione dei figli ai centri estivi, ai servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia (quest'ultima fattispecie è incompatibile con la fruizione del bonus asilo nido). Il bonus può essere fruito solo se l'altro genitore non accede alle altre tutele.

- **I benefici** del congedo con indennità e del bonus suddetto sono riconosciuti dall'INPS nel rispetto di un limite complessivo di 299,3 milioni di euro per il 2021. È possibile convertire il congedo parentale eventualmente fruito nel periodo 1° gennaio 2021-13 marzo 2021 nel congedo con indennità Covid.

LEGGE 21 MAGGIO 2021, N.69

“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, recante misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da Covid-19” (Decreto Sostegni)

Decreto Sostegni

Nella seduta di mercoledì 19 maggio, la Camera ha approvato, in via definitiva, il decreto Sostegni. Molte le norme di interesse del settore (art. 15 Misure a sostegno dei lavoratori in condizioni di fragilità; art. 18-bis Indennità Covid per i lavoratori in somministrazione del comparto sanità; art. 19-bis Destinazione di risorse professionali sanitarie da parte dell'Inail alla vaccinazione contro il Covid 19 nei luoghi di lavoro; art. 20 Vaccini e Farmaci; art. 20 bis Misure in materia di fabbisogno sanitario nazionale per l'anno 2021; art. 20-ter Disposizioni in materia di somministrazioni vaccinali; art. 21 Covid Hotel;

art. 22 Proroga della ferma dei medici e degli infermieri militari e degli incarichi di funzionari tecnici per la biologia del Ministero della difesa; art. 22-bis Disposizioni per la sospensione della decorrenza dei termini relativi ad adempimenti a carico del libero professionista in caso di malattia o di infortunio; art. 24 Rimborso spese sanitarie sostenute dalle Regioni e province autonome nell'esercizio 2020; art. 24 bis Emolumenti corrisposti al personale medico convenzionato ad detto al servizio di emergenza-urgenza; art. 34 Misure a tutela delle persone con disabilità; art. 40 Risorse da destinare al Commissario straordinario per l'emergenza e alla protezione civile)

Ci soffermeremo in particolare sull'articolo 20.

Con la legge di Bilancio per il 2021 si era istituito un fondo presso il Ministero della Salute con una dotazione pari a 400 milioni di euro, da destinare all'acquisto dei vaccini e dei farmaci per la cura dei pazienti con Covid-19. Tale stanziamento si è ridotto a circa 200 milioni in quanto utilizzato a norma di legge per l'acquisto del farmaco Remdesivir e per il 50% tenuto a disposizione

non solo per gli ordini di acquisto di farmaci anticovid che saranno formalizzati nell'immediato futuro ma anche per l'acquisto dei farmaci monoclonali. Per questi motivi il fondo è stato incrementato di euro 2,8 miliardi per l'anno 2021. Tale incremento è destinato nella misura di euro 2,1 miliardi all'acquisto dei vaccini anti SARS-CoV-2, ed euro 700 mila all'acquisto dei farmaci.

La norma apporta altresì alcune modifiche alla legge di bilancio per il 2021. In particolare:

■ **sopprime** il comma 459 il quale, pur prevedendo il coinvolgimento dei medici specializzandi nello svolgimento dell'attività di profilassi vaccinale, considerava tale attività nell'ambito dell'attività formativa professionalizzante;

■ **interviene** sul comma 460 prevedendo che il Commissario straordinario avvii una richiesta di manifestazione di interesse riservata ai laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali nonché agli infermieri e agli assistenti sanitari iscritti ai rispettivi ordini professionali disponibili a partecipare al piano di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 e a essere assunti. In particolare, i medici specializzandi potranno partecipare alle attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 a partire dal primo anno di corso della scuola di specializzazione. La partecipazione avviene su base volontaria, al di fuori dell'orario dedicato alla formazione specialistica e in deroga alle incompatibilità previste dai contratti di formazione specialistica; viene pertanto soppresso il comma 466 il quale stanziava risorse per il rimborso delle spese forfetarie derivanti dallo svolgimento delle attività degli specializzandi presso strutture esterne alla rete formativa e conseguentemente l'allegato che ripartiva tali risorse tra le Regioni;

■ **si aggiunge** il comma 463-bis, prevedendo che le regioni e le province autonome assicurino il coinvolgimento non solo dei medici di medici-
na ge-
nera-

le, ma, qualora il numero delle adesioni a tale attività di inoculazione dei vaccini da parte dei medici di medicina generale non dovesse essere sufficiente a garantire la somministrazione delle dosi necessarie, anche dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni, dei pediatri di libera scelta, degli odontoiatri, nonché dei medici di continuità assistenziale, dell'emergenza sanitaria territoriale e della medicina dei servizi. Per la profilassi vengono altresì coinvolte altre categorie di professionisti: biologi, infermieri pediatrici e gli esercenti le professioni sanitarie ostetrica, i tecnici sanitari di radiologia medica gli esercenti le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione opportunamente formati. I dati relativi alle vaccinazioni effettuate dai predetti esercenti le professioni sanitarie devono essere trasmessi con modalità telematiche sicure, alla regione o alla provincia autonoma di riferimento secondo le indicazioni tecniche fornite dalla regione o P.A, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria. Per l'attuazione di tale misura viene autorizzata per l'anno 2021 la spesa fino alla concorrenza dell'importo massimo complessivo di 345 mln di euro, con conseguente incremento di pari importo del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard;

■ **si modifica** il comma 464, consentendo da subito alle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale di poter far ricorso allo svolgimento di prestazioni aggiuntive, pur nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con riferimento ai volumi di prestazioni erogabili, all'orario massimo di lavoro ed ai riposi, e, comunque nell'ambito dell'autorizzazione di spesa prevista dalle disposizioni di legge. Pertanto si sostituisce il comma 467 che prevede la nuova autorizzazione di spesa e contestualmente consente alle regioni e province autonome di accedere direttamente alle quote già ripartite, sulla base delle proprie esigenze che poi ren-

diconteranno a consuntivo come avviene per le altre risorse stanziato con i diversi decreti emergenziali. Questo consente un ricorso alle prestazioni aggiuntive più immediato per una rapida risposta alle esigenze derivanti dall'accelerazione della campagna vaccinale;

■ **si aggiunge** un comma il 464-bis con il quale viene eliminata, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività vaccinale, la clausola di incompatibilità con altri rapporti di lavoro ed il divieto di cumulo di impieghi e incarichi per il personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale e delle professioni sanitarie inserite nel corso dell'esame in Senato che aderisce all'attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 al di fuori dell'orario di servizio;

■ **si sostituisce** il comma 471 prevedendo una valorizzazione del ruolo dei farmacisti nelle azioni di contrasto, di prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, autorizzandoli alla somministrazione dei vaccini da COVID-19 escludendo la supervisione dei medici. Tale possibilità è ammessa previa stipulazione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali rappresentative delle farmacie, sentito il competente ordine professionale e previa formazione. Nell'ambito dei predetti accordi dovranno essere disciplinati anche gli aspetti relativi ai requisiti minimi strutturali dei locali per la somministrazione dei vaccini nonché le opportune misure per garantire la sicurezza degli assistiti;

■ **viene altresì** introdotta, in via sperimentale per gli anni 2021 e 2022, una remunerazione aggiuntiva in favore delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale e si introducono disposizioni di sostegno alla riconversione del settore biofarmaceutico. In particolare si prevedono agevolazioni finanziarie a sostegno degli investimenti privati effettuati nel settore e per la realizzazione di interventi ad essi complementari e funzionali; si consente l'utilizzo del sistema Tessera Sanitaria (TS) nel Piano strategico dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV2, con riferimento al coinvolgimento di ulteriori strutture e operatori sanitari nel medesimo Piano, nonché per garantire la circolarità sul territorio nazionale delle prenotazioni e somministrazioni dei vaccini e dei relativi controlli di univocità.

L'iter dei provvedimenti legislativi ed i testi di legge sono pubblicati su www.anaao.it



La Sanità che vogliamo

Edito da Moretti&Vitali

Collana "Pensiero
e pratiche di trasformazione"

**Le cure
orientate
dalle donne**



CAMPAGNA

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

A TUTTI I MEDICI
SPECIALIZZANDI

STOP
COVID-19

Proteggi il tuo futuro.
Tutelati con la nostra
polizza e mettiti
al sicuro.

A soli **€100**

**COMPRESA QUOTA
ASSOCIATIVA ANAAO**

PROMOZIONE VALIDA FINO AL 30.06.2021

La polizza comprende:

Polizza colpa grave

- RC COLPA GRAVE (OBBLIGATORIA in base alla Legge n. 24/2017)
- Inclusiva di Deeming Clause (inclusa la possibilità di aprire il sinistro già all'atto della Comunicazione formale da parte della Struttura ex art. 13 Legge 24/2017)
- Retroattività di 2 anni dalla prima sottoscrizione;
- Garanzia Postuma 10 anni GRATUITA;
- Massimale per Colpa Grave di 1.500.000€
- Nessuna franchigia;

Polizza tutela legale

AMBITI DI COPERTURA:

- PENALE
- CIVILE
- VERTENZE DI LAVORO CONTRATTUALE

PECULIARITA':

- AVVOCATO DI LIBERA SCELTA senza alcuna limitazione territoriale
 - CONSULENTE DI PARTE DI LIBERA SCELTA senza alcuna limitazione territoriale
- MASSIMALE GRATUITO: Senza alcun onere e compreso nella quota associativa Sindacale:
€ 50.000,00 per sinistro, per Assicurato e per Anno Assicurativo.

MEDICAL
INSURANCE BROKERS

www.medicalbrokers.it

T. 0341 287278 info@medicalbrokers.it

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

www.anaao.it