

d!

d!rigenza medica

- 9 **Studio Anaa Assomed**
Gli sprechi della cattiva programmazione degli specialisti
- 13 **Riforma fiscale**
Le troppe tasse dei medici dipendenti
- 14 **Dirigenza sanitaria**
Medicina di laboratorio e pandemia: un'occasione da non perdere

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI



Nuovo RAPPORTO OCSE

- ✓ Col Covid scende l'aspettativa di vita.
- ✓ In ritardo le cure per altre malattie.
- ✓ Cresce la spesa sanitaria

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
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

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

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2021

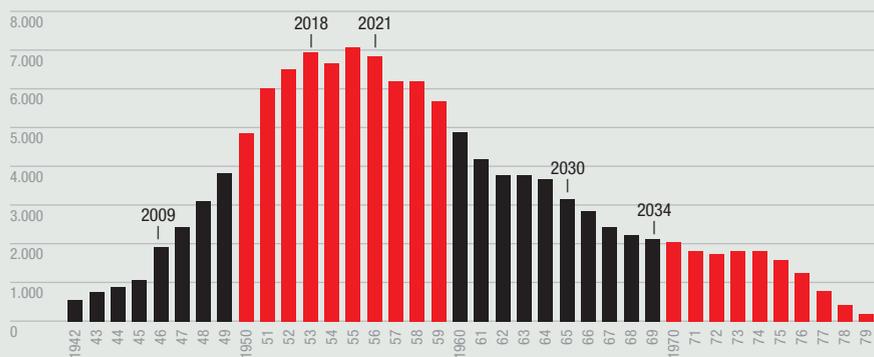
MANCANO SPECIALISTI

ORA

**Una condizione emergenziale
richiede risposte eccezionali**

Assunzione in tutta la rete ospedaliera
di medici specializzandi che abbiano
superato il primo biennio.
Miglioramento delle condizioni di
lavoro, e dei livelli retributivi
dei medici in servizio

Uscite per pensionamento
negli anni 2009, 2018, 2021 e 2030
in base alla curva demografica dei medici
dipendenti del Ssn e coorti in uscita nel triennio
2019/2021 in base a quota 100



Enrico Reginato, Carlo Palermo
Sole24Ore Sanità, 2011

Diritto al pensionamento:
2018 (Fornero): 6.900
2019 (Fornero): 6.500
2018 quota 100 (nati '54/'57): 26.500
Vigenza quota 100 (2019/2021: nati '54/'59): 38.000: 6.900

NON TRA 10 ANNI

Nell'anno accademico 2021-2022 le iscrizioni al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia sono state portate a 14.000. Continuando nel gioco degli equivoci, la Ministra Messa ha dichiarato "mancano medici" ma "per l'accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia rimarrà in vigore il numero chiuso" perchè "ospedali (???) e atenei non sono in grado di assorbire tanti aspiranti studenti".

L'attuale carenza di medici specialisti, e non di "medici", in tutta evidenza deriva dagli errori commessi nel decennio passato ma c'è da cominciare a chiedersi se gli attuali ingressi al Corso di Laurea siano congrui rispetto alle esigenze future del SSN. Gli studenti iscritti nell'anno accademico 2021/2022 saranno pronti per il mondo del lavoro solo nel 2031/2032, dopo un lungo e duro percorso di studio e di formazione che lascia sul campo quasi l'8% di loro. Alla fine, circa 13.000 studenti raggiungeranno l'agognata meta della laurea, dei quali 1.500/2.000 seguiranno il Corso di formazione per la Medicina Generale e 11.000 acquisiranno il titolo di specialista, essendo finalmente disponibile

CARLO PALERMO
segretario nazionale
Anaa Assomed

Segue a pagina 16

Per la sanità nessun rafforzamento strutturale del sistema.

In rapporto al Pil nel 2024 meno risorse del 2019



Il verdetto dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio in audizione alle Commissioni bilancio di Camera e Senato. “Dal punto di vista finanziario, non sembra si intenda dare luogo a un effettivo rafforzamento strutturale del SSN, ma sarebbero piuttosto confermate le precedenti scelte di allocazione delle risorse, che ponevano l'Italia tra i paesi europei con spesa sanitaria meno elevata e in progressiva riduzione”

Alla sanità andranno più risorse rispetto al 2021 ma complessivamente nel prossimo triennio il saldo in rapporto al Pil sarà addirittura negativo rispetto al 2019, ultimo anno prima della pandemia. A metterlo nero su bianco è stato nei giorni scorsi il Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB), **Giuseppe Pisauro**, ascoltato in audizione dalle Commissioni bilancio di Camera e Senato nell'ambito dell'esame del disegno di legge di bilancio 2022.

Nel suo intervento il Presidente Pisauro ha analizzato i contenuti della manovra di bilancio, focalizzando l'attenzione sul quadro macroeconomico nel quale il disegno di legge di bilancio si colloca e illustrando le valutazioni dell'UPB sul suo impianto complessivo, sugli andamenti delle principali grandez-

Cos'è l'Ufficio parlamentare di bilancio.

L'Upb è un organismo indipendente costituito nel 2014 con il compito di svolgere analisi e verifiche sulle previsioni macroeconomiche e di finanza pubblica del Governo e di valutare il rispetto delle regole di bilancio nazionali ed europee. L'Upb contribuisce ad

assicurare la trasparenza e l'affidabilità dei conti pubblici, al servizio del Parlamento e dei cittadini.

L'Ufficio opera sulla base di un programma di lavoro annuale, predisponendo analisi e rapporti anche su richiesta delle Commissioni parlamentari competenti in materia di finanza pubblica.

ze di finanza pubblica alla luce degli interventi ipotizzati, sulle principali misure previste.

Per quanto riguarda la sanità Pisauro ha sottolineato come l'emergenza dovuta alla pandemia ha fatto emergere le carenze del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e ha spinto a un ripensamento sulle dimensioni del bilancio

complessivo attribuito alla sanità e sulle azioni da compiere per rendere il sistema sanitario più resiliente.

Gli investimenti del PNRR, ha detto, sono un esempio della priorità oggi attribuita a questo settore, ma precludono ad un maggiore impegno anche in termini di spesa corrente.

Pisauro ha quindi riassunto gli stanziamenti previsti dal DDL di bilancio per il 2022 che incrementa il finanziamento del SSN di circa 2,3 miliardi nel 2022, 3,8 nel 2023 e 4,9 nel 2024, attraverso:

1 un aumento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard di 2 miliardi nel 2022, 3,2 nel 2023 e 4,2 nel 2024, che assicura una crescita complessiva di tale finanziamento di 2 miliardi l'anno rispetto al 2021;

2 un rifinanziamento del fondo relativo ai farmaci innovativi;

3 un ampliamento delle risorse per i contratti di formazione specialistica;

4 una limitata riduzione del finanziamento per dare copertura alla proroga al 2022 del fondo per l'accesso ai servizi psicologici. Inoltre, sono destinati 1,85 miliardi nel 2022 all'acquisto di vaccini contro il COVID-19.

Per il presidente dell'Upb, il DDL di bilancio prevede principalmente misure di rafforzamento del personale (anche attraverso stabilizzazioni), la prosecuzione di alcuni interventi adottati nel corso dell'emergenza sanitaria (recupero delle liste d'attesa, mantenimento delle USCA), l'attuazione del piano di risposta a una pandemia influenzale, l'incremento del tetto sulla spesa farmaceutica e l'aggiornamento dei LEA (anche se resta inapplicata l'entrata in vigore dei LEA introdotti nel 2017 per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per quella protesica). La maggiore spesa di personale assicurerà incrementi del gettito per 662 milioni nel 2022, 447 nel 2023 e 512 nel 2024.

Tuttavia, ha osservato Pisauro, considerando le previsioni tendenziali di spesa sanitaria della NADEF, nell'ipotesi che i maggiori finanziamenti del DDL di bilancio per il 2022 si traducano per intero in maggiori erogazioni, l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria sarebbe pari al 6,3 per cento nel 2024, una percentuale inferiore a quella del 2019 (6,4 per cento).

Pertanto, queste le conclusioni dell'Upb, dal punto di vista finanziario, non sembra si intenda dare luogo a un effettivo rafforzamento strutturale del SSN, ma sarebbero piuttosto confermate le precedenti scelte di allocazione delle risorse, che ponevano l'Italia tra i paesi europei con spesa sanitaria meno elevata e in progressiva riduzione.



Nuovo RAPPORTO OCSE

✓ **Scende
l'aspettativa di vita.**

✓ **Triplicati i casi
di depressione.**

✓ **Cresce
la spesa sanitaria**

“
Lo stato di salute è buono in Italia. I fattori di rischio altalenanti: fumatori superiori alla media; consumo di alcol inferiore e sovrappeso/obesità rispetto nella media OCSE

L'aspettativa di vita in Italia è diminuita di oltre un anno, ma dopo un lento avvio con il buon ritmo della campagna di vaccinazione contro il Covid, ha ripreso a crescere. È quanto scrive l'Ocse a proposito dell'Italia nel suo nuovo report Health at a Glance 2021 appena pubblicato che analizza l'impatto del Covid su 38 paesi aderenti all'Organizzazione.

“L'aspettativa di vita – si legge nella scheda sul nostro Paese – è diminuita di 1,2 anni durante la pandemia, da 83,6 anni nel 2019 a 82,4 anni nel 2020 (rispetto a una riduzione media di 0,6 anni nei paesi OCSE)”.

Buone le performance sulla campagna vaccinale anti Covid. “Il 71% della popolazione italiana è stato completamente vaccinato contro il COVID-19, rispetto al 65% in media dell'OCSE (al 1 novembre)”. Un dato che vede l'Italia undicesima per tasso di vaccinazione nei paesi OCSE, in aumento ri-

spetto al 21° posto dell'inizio di luglio. Giudicato positivo anche l'implementazione del Green pass: “L'Italia ha fortemente incentivato la vaccinazione diventando il primo paese europeo a richiedere un pass sanitario per tutta la sua forza lavoro”.

Ma l'Ocse segnala come “la crisi del COVID-19 ha avuto un impatto significativo e negativo sulla salute mentale. In Italia la prevalenza della depressione è triplicata, raggiungendo il 17,3% all'inizio del 2020, rispetto all'anno precedente. La mortalità per tutte le cause nel 2020 e nei primi sei mesi del 2021 è aumentata del 12,9% rispetto alla media 2015-2019. La pandemia ha comportato ritardi nelle cure, incluso un calo del 38% dello screening del cancro al seno nel 2020 rispetto al 2019”

Cresce la spesa sanitaria. “La pandemia ha causato un forte aumento della spesa sanitaria in percentuale del PIL, dall'8,7% nel 2019 al 9,7% nel 2020 (ri-

Publicato dall'Organizzazione internazionale per la cooperazione e lo sviluppo il nuovo report Health at a Glance 2021 che analizza l'andamento della salute nei paesi membri e che quest'anno si focalizza soprattutto sull'impatto della pandemia.

Complessivamente buono il giudizio sul Ssn anche se la soddisfazione dei cittadini è sotto la media. Tassi di fumatori superiori alla media ma consumo di alcol e sovrappeso/obesità sono inferiori rispetto alla media anche se preoccupa l'obesità infantile

spetto a un aumento medio di 0,9 punti percentuali nell'area OCSE)”.

Spesa 2019 in Italia inferiore alla media Ocse, ma quella privata è più alta. Nel 2019 la nostra spesa sanitaria fotografata dall'Ocse risultava complessivamente (pubblica + privata) inferiore a quella media calcolata a parità di potere d'acquisto in dollari assestandosi su un totale di 3.600 dollari a testa, di cui circa 2.700 pubblica e poco più di 950 privata out of pocket, a fronte, rispettivamente, di 4.087 dollari di spesa media Ocse totale, di cui 3.355 pubblica e 856 privata.

Complessivamente il report segnala come “lo stato di salute è buono in Italia, che ha una delle popolazioni più anziane tra i paesi OCSE”. Per quanto riguarda i fattori di rischio per la salute sono altalenanti con tassi di fumatori superiori alla media ma consumo di alcol inferiore e sovrappeso/obesità rispetto alla media OCSE”, anche se pre-

occupa il dato sull'obesità infantile "La copertura sanitaria della popolazione è elevata – scrive l'Ocse -, sebbene la soddisfazione per la qualità dell'assistenza sia inferiore alla media". Per quanto riguarda gli "indicatori di qualità dell'assistenza sono buoni e le cure primarie hanno contribuito a mantenere bassi i ricoveri ospedalieri evitabili". Molti indicatori delle risorse sanitarie sono invece pari o leggermente inferiori alla media. Da segnalare oltre alla spesa sanitaria che segue la media generale, come il numero di letti ospedalieri sia sotto la media e come vi siano più medici e meno infermieri rispetto alla media.

L.F.

Spesa sanitaria pubblica e privata pro-capite a parità di potere d'acquisto in dollari Usa (2019)



Sintesi del rapporto: "Il Covid ha mostrato che la spesa sanitaria è un investimento per proteggere cittadini ed economia"

"Il COVID-19 ha generato enormi costi umani, sociali ed economici e ha rivelato le fragilità sottostanti di molti sistemi sanitari per resistere agli shock. La pandemia ha mietuto milioni di vittime e molte altre hanno sofferto di problemi di salute come conseguenza diretta o indiretta del virus. Ha esercitato un'enorme pressione sui servizi sanitari che spesso erano già sovraccarichi prima della pandemia. La pandemia ha anche dimostrato che una spesa sanitaria efficace è un investimento, non un costo da contenere: sistemi sanitari più forti e resilienti proteggono sia le popolazioni che le economie".

È quanto si legge nel nuovo rapporto Health at a Glance 2021 dell'Ocse che come ogni anno fotografa lo status della sanità in 38 paesi aderenti all'organizzazione internazionale per la cooperazione e lo sviluppo economico.

Ovviamente, anche quest'anno il report si focalizza sulla pandemia da Covid ma gettando uno sguardo alla fase post pandemica per cui l'Ocse avverte che "la spesa sanitaria aggiuntiva e il debito correlato al COVID peseranno pesantemente sui budget e richiederanno un attento esame. La spesa sanitaria continua a concentrarsi prevalentemente sulle cure curative piuttosto che sulla prevenzione delle malattie e sulla promozione della salute, e si spende molto di più negli ospedali che nell'assistenza sanitaria di base.

Nel futuro, sarà imperativo rafforzare la resilienza e la preparazione dei sistemi sanitari. Segnali incoraggianti indicano il potenziale per un cambiamento sistemico, con progressi nella salute digitale e una migliore assistenza integrata".

	Spesa pubblica	Spesa privata	Altro	
United States	9053,844	1894,631		10948
Switzerland	4765,671	2372,393		7138
Norway	5788,239	956,383		6745
Germany	5514,432	1003,573		6518
Netherlands	4742,984	996,216		5739
Austria	4292,127	1412,975		5705
Sweden	4712,743	839,194		5552
Denmark	4562,246	915,321		5478
Belgium	4192,436	1265,965		5458
Luxembourg	4600,024	742,359	72,1	5414
Canada	3768,303	1602,139		5370
France	4414,98	859,28		5274
Ireland	3790,959	1292,253		5083
Australia*	3378,808	1540,433		4919
Japan*	3936,644	754,819		4691
Finland	3550,344	1011,127		4561
Iceland	3763,782	776,979		4541
United Kingdom	3533,211	966,93		4500
New Zealand*	3355,183	856,671		4212
OECD	3117,821632	966,0406842		4087
Italy	2700,569	952,832		3653
Spain	2542,498	1057,778		3600
Czech Republic	2795,55	621,937		3417
Korea	2077,164	1329,092		3406
Portugal	2041,139	1306,29		3347
Slovenia	2404,424	899,047		3303
Israel	1880,82	962,097	60,496	2903
Lithuania	1810,376	916,187	0,626	2727
Estonia	1867,585	639,484		2507
Greece	1385,758	930,01	3,196	2319
Chile	1388,667	902,797		2291
Poland	1643,195	646,114		2289
Slovak Republic	1746,719	442,333		2189
Hungary	1482,511	687,261		2170
Latvia	1275,183	798,824		2074
Russia	1131,47	718,791		1850
Costa Rica	1182,862	416,955		1600
Brazil	618,814	848,101	..	1514
Colombia	989,425	286,784		1276
Turkey	987,177	279,757		1267
Mexico	558,64	574,326		1133
South Africa	475,648	627,884		1104
China	459,015	351,825	0,005	811
Indonesia	168,173	168,552		337
India	69,982	186,234	1,187	257



Il COVID-19 ha causato circa 2,5 milioni di morti in eccesso nei paesi OCSE e ha avuto un forte impatto negativo sulla salute mentale

- Il COVID-19 ha contribuito, direttamente e indirettamente, a un aumento del 16% del numero previsto di decessi nel 2020 e nella prima metà del 2021 nei paesi OCSE. L'aspettativa di vita è diminuita in 24 dei 30 paesi con dati comparabili, con cali particolarmente ampi negli Stati Uniti (-1,6 anni) e in Spagna (-1,5 anni).
- Il COVID-19 ha colpito in modo sproporzionato le popolazioni vulnerabili. Oltre il 90% dei decessi registrati per COVID-19 si è verificato tra le persone di età pari o superiore a 60 anni. C'è stato anche un chiaro gradiente sociale, con le persone svantaggiate, coloro che vivono in aree svantaggiate e la maggior parte delle minoranze etniche e degli immigrati a maggior rischio di infezione e morte.
- Le vaccinazioni hanno ridotto il rischio di malattie gravi e morte per COVID-19, con la quota di persone completamente vaccinate che ha raggiunto oltre il 70% in 9 paesi e 15 paesi che iniziano programmi di richiamo in tutta l'OCSE per i gruppi vulnerabili, a partire dal 18 ottobre. Le prove indicano che i vaccini sono un po' meno efficaci contro l'arresto della malattia sintomatica della va-

riante delta, ma ancora altamente efficaci (oltre il 90%) contro i ricoveri ospedalieri.

- L'impatto sulla salute mentale della pandemia è stato enorme, con una prevalenza di ansia e depressione più del doppio dei livelli osservati prima della crisi nella maggior parte dei paesi con dati disponibili, in particolare in Messico, Regno Unito e Stati Uniti.
- Il long COVID-19 ha reso la strada della ripresa lenta e difficile. Nel Regno Unito, ad esempio, 1,1 milioni di persone (1,7% della popolazione) hanno riportato sintomi lunghi di COVID-19 all'inizio di settembre 2021. Negli Stati Uniti, una recente ricerca ha stimato che il 37% dei pazienti soffriva di almeno un lungo Sintomo COVID-19 4-6 mesi dopo la diagnosi.

Stili di vita malsani e condizioni ambientali sfavorevoli continuano a peggiorare la qualità della vita, abbreviare le vite e rendere le popolazioni meno resistenti agli shock sanitari

- Il fumo, il consumo dannoso di alcol e l'obesità sono la causa principale di molte condizioni croniche e aumentano il rischio che le persone muoiano a causa del COVID-19.
- Nell'ultimo decennio il tasso di fumo giornaliero è diminuito nella maggior parte dei paesi OCSE, ma il 17%

fuma ancora ogni giorno. I tassi hanno raggiunto il 25% o più in Turchia, Grecia, Ungheria, Cile e Francia.

- Le persone che bevono molto variano dal 4% al 14% della popolazione nei paesi OCSE analizzati, ma consumano dal 31% al 54% di alcol. Il consumo di alcol è particolarmente elevato in Lettonia e Ungheria.
- I tassi di obesità continuano ad aumentare nella maggior parte dei paesi OCSE, con una media del 60% degli adulti misurati come sovrappeso o obesi. I tassi di obesità sono più alti in Messico, Cile e Stati Uniti.
- Tra gli adolescenti, circa il 16% dei quindicenni fumava almeno una volta al mese e oltre il 30% aveva bevuto almeno due volte nella vita, in media nei paesi OCSE. Poco più del 18% era in sovrappeso o obeso, con solo il 14% che ha raggiunto le raccomandazioni dell'OMS sull'attività fisica.
- L'inquinamento dell'aria ambientale (all'aperto) ha causato in media circa 29 decessi ogni 100.000 persone e variava di oltre sette volte nei paesi OCSE. Le proiezioni dell'OCSE stimano che l'inquinamento dell'aria ambiente potrebbe causare tra 6 e 9 milioni di morti premature all'anno in tutto il mondo entro il 2060.
- La spesa per la prevenzione delle malattie rimane relativamente bassa, rappresentando in media solo il 2,7% di tutta la spesa sanitaria.

Nonostante la copertura sanitaria universale nella maggior parte dei paesi OCSE, persistono ostacoli all'accesso, con COVID-19 che interrompe l'assistenza sanitaria per le persone con altre esigenze

- Il COVID-19 ha avuto un forte impatto indiretto su coloro che non sono stati infettati dal virus. Ad esempio, lo screening del cancro al seno è diminuito in media di 5 punti percentuali nel 2020 rispetto al 2019.
- I tempi di attesa per gli interventi chirurgici elettivi, già un problema politico in molti paesi prima della pan-



demia, sono aumentati. Il numero medio di giorni in lista d'attesa è aumentato in media di 58 giorni per la sostituzione dell'anca e 88 giorni per la sostituzione del ginocchio nel 2020, rispetto al 2019.

- Le consultazioni di persona pro capite sono diminuite in sette degli otto paesi con i dati del 2020 e fino al 30% in Cile e Spagna. Tuttavia, il calo delle consultazioni di persona è stato in una certa misura compensato da un aumento dei teleconsulti.
- In effetti, la pandemia ha accelerato la trasformazione digitale dell'assistenza sanitaria nei paesi OCSE. Ad esempio, una media del 45% degli adulti ha effettuato un teleconsulto medico nel 2021. Inoltre, circa il 60% degli adulti ha cercato informazioni sanitarie online nel 2020, rispetto al 36% del 2010.

La qualità dell'assistenza sta migliorando in termini di sicurezza ed efficacia e viene posta maggiore attenzione sui risultati e sulle esperienze riferiti dai pazienti

- Nonostante i miglioramenti nella sicurezza dei pazienti nel tempo, in media quasi la metà del personale ospedaliero pensava che il proprio posto di lavoro non fosse abbastanza bravo a prevenire gli errori medici.
- Sistemi di assistenza primaria solidi mantengono le persone in salute e trattano i casi più semplici. Alleviano anche la pressione sugli ospedali: nell'ultimo decennio i ricoveri evitabili per malattie croniche sono diminuiti nella maggior parte dei paesi OCSE, con grandi miglioramenti in Corea, Lituania e Repubblica slovacca. Tuttavia, le cure primarie rappresentano in media solo il 13% della spesa sanitaria.
- I servizi di assistenza per acuti continuano a migliorare nel loro compito fondamentale di mantenere in vita le persone. In quasi tutti i paesi OCSE, la mortalità a 30 giorni a seguito di infarto o ictus è inferiore rispetto a dieci anni fa. Nuovi dati su riammissioni, mortalità a un anno e prescrizioni di farmaci dopo il ricovero indicano lievi miglioramenti nell'integrazione delle cure nel tempo.
- Una comprensione più profonda della qualità dell'assistenza richiede di misurare ciò che conta per le perso-

“
I paesi gravemente colpiti dalla pandemia hanno registrato aumenti senza precedenti della quota di PIL destinata alla salute

ne. I sistemi sanitari chiedono sempre più ai pazienti i risultati e le esperienze della loro cura. I risultati preliminari mostrano miglioramenti nei risultati riportati dai pazienti. Ad esempio, dopo la sostituzione dell'anca, la qualità della vita di un individuo è migliorata in media del 44% in base all'Oxford Hip Score.

- I dati preliminari per il 2020 indicano che la qualità dell'assistenza nelle strutture di assistenza primaria e per acuti è stata spesso mantenuta nonostante le gravi pressioni affrontate, sebbene l'accesso a molti di questi servizi sia stato difficile.

Il COVID-19 ha portato a forti aumenti della spesa sanitaria, ma persistono carenze di personale sanitario

- Prima della pandemia, la spesa sanitaria ammontava in media a oltre 4.000 USD a persona nei paesi OCSE, raggiungendo quasi 11.000 USD negli Stati Uniti. I servizi ospedalieri e ambulatoriali costituiscono la maggior parte della spesa sanitaria, rappresentando in genere il 60% di tutta la spesa sanitaria.
- Con l'inizio del COVID-19, si sono verificati forti aumenti della spesa sanitaria in molti paesi, in particolare in Europa. Insieme alla riduzione dell'attività economica, il rapporto spesa sanitaria media/PIL è passato

dall'8,8% nel 2019 al 9,7% nel 2020. I paesi gravemente colpiti dalla pandemia hanno registrato aumenti senza precedenti della quota di PIL destinata alla salute. Il Regno Unito, ad esempio, ha stimato un aumento dal 10,2% nel 2019 al 12,8% nel 2020, mentre la Slovenia ha anticipato che la sua quota di spesa per la salute aumenterà dall'8,5% a oltre il 10%.

- Sebbene il numero di medici e infermieri sia aumentato nell'ultimo decennio in quasi tutti i paesi dell'OCSE, le carenze persistono. Queste carenze sono state messe in netto rilievo durante la pandemia, con la mancanza di personale sanitario e di assistenza a lungo termine che si è rivelata un vincolo più vincolante rispetto ai letti e alle attrezzature ospedaliere.
- L'invecchiamento della popolazione aumenta la domanda di servizi sanitari, con una quota della popolazione di età pari o superiore a 65 anni che ha raggiunto il 17% nel 2019. Il COVID-19 ha sottolineato le debolezze preesistenti nel settore dell'assistenza a lungo termine, comprese le sfide con il controllo delle infezioni nelle strutture.

L'impatto del "Decreto Calabria" sulla costituzione dei fondi contrattuali

Recentemente si è riscontrato in modo diffuso sul territorio nazionale una forte resistenza da parte delle Aziende Sanitarie ad attuare in modo corretto il "Decreto Calabria", nella parte relativa alla costruzione dei fondi contrattuali, determinando così a tuttora forti ritardi nella contrattazione integrativa aziendale.

Tutto questo sta accadendo malgrado la metodologia attuativa dettata dalla Ragioneria dello Stato, su richiesta della Conferenza delle Regioni e da questa diffusa alle stesse, sancisca in modo chiaro e ineludibile la nuova procedura da seguire al fine di rispettare il dettato legislativo.

Con questo nostro studio, corredato dalle evidenze oggettive di quanto affermato, si tenta di rendere noto a tutti gli interessati in modo didascalico l'esatta sequenza metodologica da eseguire al fine di evitare un inasprimento delle relazioni sindacali e un peggioramento del clima aziendale, con possibili conseguenze irreparabili.

Per farla meglio comprendere e favorire la sua applicazione corretta, di seguito si esplicitano le norme legislative di riferimento, nonché le tappe attuative metodologiche da perseguire.

MODALITÀ ATTUATIVE

Dal combinato disposto delle norme legislative del "Decreto Madia" (art. 23, co. 2 D. Lgs. 75/2017) e del "Decreto Calabria" (art. 11, co. 1 della Legge 60/2019), risulta evidente che il Legislatore Nazionale **ha ritenuto di modificare in parte dal 2019 in poi il dettato legislativo presente nel D. Lgs. 75/2017** in merito al limite sulla retribuzione accessoria, in caso di aumento in Sanità del personale in servizio rispetto al 2018. Tutto questo ha determinato **un superamento del limite rigido, dettato dal "Decreto Madia", del valore economico del fondo per la retribuzione accessoria, in caso di aumento del n. di dipendenti in servizio rispetto al 2018.** Dalla Nota esplicativa della Ragioneria dello Stato del 7.8.2020 sul Decreto "Calabria", in risposta al parere richiesto dalla Confe-



renza delle Regioni (in seguito a diffida ANAAO ASSOMED), risulta che per l'attuazione delle nuove disposizioni legislative non può più essere utilizzata la metodologia amministrativa, attuata fino al 2018, perché non adeguata e al contrario determinante invece un ostacolo funzionale alla Contrattazione Integrativa Aziendale o addirittura penalizzante nei riguardi di quest'ultima. A questo proposito, la stessa Ragioneria dello Stato, esplicita nella Nota, in tutti i passaggi attuativi, una nuova metodologia in grado di non ostacolare o non penalizzare la Contrattazione Integrativa Aziendale.

La stessa ritiene che il modo più corretto e coerente alla volontà del Legislatore di rispettare il principio "**del-l'invarianza del valore della retribuzione accessoria media pro capite del 2018**" sia utilizzando la metodologia, dinamica.

Di seguito si esplicita in modo didascalico la procedura metodologica sequenziale da seguire per tappe per ciascun anno.



GIUSEPPE MONTANTE
Responsabile Nazionale Centro Studi e Formazione e Politiche contrattuali Anaao Assomed

ANNO 2018

Il valore di **retribuzione accessoria media pro capite di riferimento anno 2018** è da calcolare considerando il rapporto tra i fondi contrattuali certificati dalle aziende, costruiti secondo quanto previsto dalla tabella 15 del Conto annuale - *Fondi per il trattamento accessorio* -, per area e singolo fondo contrattuale e il personale destinatario di trattamento accessorio al 31 dicembre 2018 (*teste presenti*).

Dal momento che sia il D. Lgs. 165/2001 e sia il CCNL individuano nella Azienda Sanitaria la sede contabile e giuridica in cui costruire per ciascun anno e per ciascuna Area Contrattuale i fondi contrattuali, determinandone l'importo, si ritiene che la **sede corretta** dove rispettare il principio legislativo dell'invarianza dal 2019 in poi del valore della retribuzione accessoria media pro capite del 2018 **sia quella aziendale.**

Errate attuazioni

Il dettato legislativo definisce in modo



esplicito che **il calcolo del personale** per ciascuna Area contrattuale destinatario di trattamento accessorio nel 2018 (valore di riferimento con cui confrontarsi dal 2019 in poi) deve essere quello in servizio al 31 dicembre 2018 (teste presenti calcolati in base ai cedolini stipendiali emessi al dicembre 2018). In conseguenza di ciò:

Non può essere quello presente nel Conto Annuale 2018, perché, pur riferito ai dirigenti del ruolo sanitario in servizio (teste), è il n. medio nell'arco dell'anno e non quello dei dirigenti in servizio in dicembre 2018; in tal caso si avrebbe una chiara violazione del dettato legislativo con possibile danno economico per tale dirigenza.

Non può essere nemmeno quello derivante dalla dotazione organica teorica del 2018 (teste presenti + posti vacanti di dirigenti da eventualmente assumere), dal momento che il dettato letterale dell'art. 11, co. 1 della Legge 60/2019 indica come valore numerico di riferimento per tale anno il numero **“del personale in servizio al 31.12.2018”**; in tal caso si avrebbe una chiara violazione del dettato legislativo riferito al n. di riferimento e anche al valore medio pro capite di retribuzione accessoria che sarebbe di conseguenza sotto stimato con grave danno economico per gli anni futuri (esattamente il contrario della volontà del Legislatore).

Il dettato legislativo definisce in modo esplicito anche **che il fondo per la retribuzione accessoria del 2018 e pertanto i relativi fondi contrattuali che la compongono** (di riferimento per il calcolo della retribuzione media pro capite) sono quelli destinati nel 2016, in sede di costruzione e deliberazione dei fondi, al trattamento accessorio dei dirigenti del ruolo sanitario.

Da quanto sopra ne consegue che non può essere il valore dei fondi contrattuali spesi. Anche in questo si avrebbe una plateale violazione della Legge.

AUMENTO ANNO 2019

In prima applicazione, il calcolo dell'eventuale incremento o decremento del fondo per la retribuzione accessoria 2019 rispetto a quello del 2018 **può essere fatto solamente a consuntivo**, dal momento che la Legge è stata pubblicata a metà anno e non vi è stato il tempo materiale per varare una sua applicazione dinamica.

Il calcolo a consuntivo a fine anno 2019 deve essere fatto al livello aziendale con il metodo dei “cedolini”. In tal modo si definiscono le reali presenze medie nel corso dell'anno e tale numero pertanto, confrontato con quello di riferimento del 2018 e moltiplicato con il valore di retribuzione accessoria media pro capite aziendale di riferimento anno 2018, darà il reale valore del fondo per la retribuzione media accessoria per quell'anno.

L'eventuale maggiore valore rispetto al valore dei fondi contrattuali già deliberati per tale anno diventerà provvisoriamente un residuo non speso e sarà liquidato come retribuzione di risultato sec. le disposizioni contrattuali vigenti.

AUMENTO ANNO 2020 E ANNI SUCCESSIVI

In base alla metodologia esplicitata in modo chiaro nella nota della Ragioneria dello Stato dell'agosto 2020, a pag. 6 e 7, il valore del fondo per la retribuzione accessoria al livello aziendale con cui costruire i fondi per la CCIA, in ottemperanza alle disposizioni del CCNL, **deve essere calcolato in due momenti** al fine di non ostacolare o addirittura penalizzare la CCIA e non violare il principio legislativo della: “invarianza della retribuzione pro capite accessoria”:

- in modo presuntivo **all'inizio dell'anno;**
- a consuntivo **alla fine dell'anno.**

“

Il calcolo a consuntivo a fine anno 2019 deve essere fatto al livello aziendale con il metodo dei “cedolini”. In tal modo si definiscono le reali presenze medie nel corso dell'anno

All'inizio dell'anno

Il suo valore presuntivo deve essere costruito al livello aziendale, seguendo la metodologia a tappe di seguito esplicitata:

■ 1^a TAPPA

Calcolo n. delle teste di dirigenti del ruolo sanitario presenti al livello aziendale al 31 gennaio dell'anno in discussione a cui aggiungere il risultato della somma algebrica conseguente al confronto fra n. dirigenti da assumere in corso d'anno (come risultante dal piano assunzioni triennale) con n. dirigenti di cui è prevista o è prevedibile la cessazione dal servizio nel corso dell'anno.

■ 2^a TAPPA

Confrontare il valore numerico risultante nella 1^o tappa con quello di riferimento dell'anno 2018 e calcolare l'eventuale differenziale numerico attivo o passivo.

■ 3^a TAPPA

Il valore differenziale risultante dalla 2^a tappa:

- se negativo, o zero non determina nessuna modifica del valore del fondo per la retribuzione accessoria 2018 e dei relativi fondi contrattuali che lo compongono;

- se positivo, tale valore differenziale deve essere moltiplicato per il valore della retribuzione media pro capite del 2018 e il risultato ottenuto deve essere aggiunto al valore del fondo per la retribuzione accessoria del 2018 e ripartito fra i fondi contrattuali.

■ 4^a TAPPA

I nuovi valori di fondo ottenuti con la tappa n. 3 devono essere messi a disposizione della CCIA con deliberazione già all'inizio dell'anno.

Alla fine dell'anno

Il suo valore finale a consuntivo deve essere costruito rispettando le tappe sequenziali della seguente metodologia:

■ 1^a TAPPA

Calcolo del numero dei dirigenti del ruolo sanitario mediamente presenti nell'azienda nell'anno in discussione con il metodo dei “cedolini” x valore della retribuzione media accessoria pro capite regionale del 2018.

■ 2^a TAPPA

Confronto del risultato della 1^o tappa con quanto realmente erogato al livello aziendale nel corso dell'anno come retribuzione accessoria.

■ 3^a TAPPA

Conguaglio attivo o passivo del fondo di retribuzione accessoria dell'anno in discussione.

Medici specialisti

Per la cattiva programmazione si spreca oltre **2mila milioni di euro**

	LAUREATI ATTESI (92%)	POSTI IN SPECIALITÀ	POSTI CORSO MEDICINA GENERALE	TOTALE POSTI	DELTA POSTI (10% di tolleranza)	DELTA ECONOMICO (per posti in specialità)
2022-2023	8.111	12.800*	2.000	14.800	+6.021	632 milioni
2023-2024	8.372	12.800*	1.600	14.400	+5.426	570 milioni
2024-2025	8.996	12.800*	1.600	14.400	+4.864	511 milioni
2025-2026	12.026	12.800*	1.600	14.400	+2.137	225 milioni
2026-2027	12.898	12.800*	1.600	14.400	+1.352	142 milioni

*di cui 800 borse regionali

Studio a cura di

PIERINO DI SILVERIO.
Responsabile Nazionale Anaao Giovani

MATTEO D'ARIENZO
Delegato Anaao Assomed in Cosmed

GIAMMARIA LIUZZI
Coordinatore Nazionale ALS, Federata Anaao Assomed

CARLO PALERMO
Segretario Nazionale Anaao Assomed

Il sistema formativo italiano ha superato una fase di grande difficoltà nella quale per anni l'assenza di programmazione ha causato un imbuto formativo che, solo grazie ai numerosi investimenti dell'ultimo biennio è riuscito a sanarsi.

Ora, però, rischiamo di creare un imbuto forse anche peggiore del precedente, e cioè quello post-formativo perché si continua a programmare senza coniugare l'esigenza di medici specialisti con le necessità dei territori. Ci ritroviamo così per il prossimo quinquennio a dover fronteggiare un paradosso economico-organizzativo non di poco conto.

Per comprenderlo basta leggere i numeri.

A fronte infatti di un aumento dei posti nella facoltà di medicina e chirurgia, che solo nell'ultimo biennio è aumentato del 21% - e che porterà (considerando un tasso di laurea del 92%) nel 2022 8.111 studenti a laurearsi, nel 2023 8372, nel 2024 8996, nel 2025 12026 e nel 2026 12989 studenti - i posti messi a bando per i prossimi anni

nelle scuole di specializzazione dalla legge di bilancio 2022 sono 12.000.

A questi occorre aggiungere i posti per il corso di medicina generale che, stando alle ultime cifre e alle intenzioni del governo, dovrebbero confermarsi in 2000 per il triennio 2021-2024 e realisticamente almeno 1600 per i prossimi trienni, nell'ipotesi meno positiva. Secondo stime attendibili, e considerando un 10% di tolleranza in positivo fisiologico di posti, nel 2026-2027, si avranno 19.800 posti in specialità che non troveranno medici disponibili a occuparli. Queste stime non tengono conto della percentuale di abbandono o di posti che tutt'oggi restano non coperti, stimata intorno al 5-10% e in continuo aumento.

Ancora una volta, quindi, siamo di fronte alla mancanza di programmazione, questa volta con dispendio di denaro, che non risolverà peraltro il problema di alcune carenze, in considerazione dell'esiguo numero di borse in branche in carenza ormai endemica come medicina d'urgenza e che non vengono comunque sfruttate per lo scarso appeal

e per le condizioni di lavoro non soddisfacenti.

Gli investimenti che oggi vengono destinati a posti che non verranno probabilmente mai occupati potrebbero essere invece utilizzati per migliorare le condizioni di lavoro ed economiche.

Sono infatti 2.080 i milioni che potrebbero essere reinvestiti per rendere la professione più appagante almeno dal punto di vista economico, soprattutto in quelle branche maggiormente soggette a usura o a rischi. Decisamente troppi considerando le esigenze di un sistema sanitario che necessita sì di medici specialisti e di medicina generale, ma necessita soprattutto di una profonda revisione paradigmatica della definizione di presa in carico del paziente. Una delle esigenze che potrebbe essere immediatamente risolta potrebbe essere quella del rischio biologico per tutti i medici che hanno prestato servizio durante il Covid-19 e che ogni giorno continuano a rischiare la propria vita senza le tutele elementari.

La pandemia ci ha segnati profondamente e soprattutto ha lanciato un chiaro segnale: se non si investe in modo organizzato, condiviso e programmatico nel futuro del sistema di cure, difficilmente i nostri ospedali e i nostri territori potranno reggere il post-Covid-19 che si prospetta molto più duro per taluni aspetti della fase acuta pandemica. Recupero liste di attesa, recupero prestazioni di fatto mai erogate durante il perdurare della pandemia e la riconversione di interi reparti cure ordinarie in reparti Covid, interventi chirurgici e diagnostici rimandati, ospedali ricondizionati.

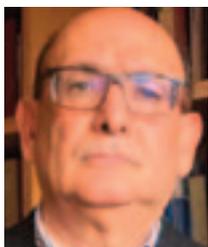
Ora ci aspetta una fase di ricostruzione lunga e delicata nella quale al centro del nostro sistema occorre porre il paziente e finalmente il medico.

Solo così potremo avere un sistema sanitario più forte, coeso e tornare a erogare cure di qualità.

Carlo Palermo, Segretario Nazionale Anaa Assomed e Fabio Florianello, membro dell'Esecutivo Nazionale e Coordinatore Commissione Nazionale Sanità Privata Accreditata Anaa Assomed hanno scritto una lettera agli assessori regionali alla sanità sulle condizioni di lavoro dei dipendenti delle strutture private accreditate.

Il sindacato in una lettera-appello chiede di vigilare “sulle condizioni di lavoro dei dipendenti dalle strutture private accreditate che lavorano per il SSN sottolineando come ultimo aspetto, ma non meno importante, il permanere davvero singolare di uno stato giuridico differenziato: dirigenza per alcuni medici e sanitari, status di assistenti e aiuti per altri e inquadramento nel comparto per il restante personale”

“Troppa frammentazione nei contratti e disparità negli stipendi. Occorre vigilare”



CARLO PALERMO
Segretario Nazionale Anaa Assomed



FABIO FLORIANELLO
Membro dell'Esecutivo Nazionale e Coordinatore Commissione Nazionale Sanità Privata Accreditata Anaa Assomed

Illustri Assessori,

in qualità di Associazione maggiormente rappresentativa della dirigenza medica e sanitaria nell'ambito del SSN, desideriamo richiamare la Vostra attenzione sulla situazione lavorativa dei professionisti dipendenti delle strutture private accreditate.

La frammentazione dei contratti di lavoro, la insostenibile disparità dei trattamenti economici e normativi appaiono, infatti, in palese violazione dei requisiti di accreditamento riguardanti il personale senza il quale nessuna prestazione può essere erogata.

L'attenzione fin qui posta dalle Vostre Regioni è stata per lo più rivolta ai requisiti strutturali, peraltro importanti, ma che ha finito per mettere in secondo piano il personale medico e sanitario.

È un fatto noto che il possesso dei requisiti di accreditamento ed il controllo della loro applicazione spettano alle Regioni e costituiscono la condizione indispensabile per erogare prestazioni sanitarie nell'ambito del SSN. Prestazioni che rivestono il carattere di prestazioni pubbliche, sia che siano effettuate da strutture pubbliche che private, e pertanto garantite sotto il profilo di qualità, appropriatezza, sicurezza, remunerazione delle prestazioni, dotazione quantitativa e qualitativa del personale impiegato, gestione delle risorse umane.

Dando per scontati i primi tre requisiti, spesso menzionati, è necessario sottolineare che remunerazione, dotazioni qualitative e quantitative del personale e gestione delle risorse umane attengono alla condizione lavorativa del Personale, o come si usa dire del capitale umano, protagonista indiscusso per l'effettuazione delle prestazioni ed eroe di un recente passato che inizia ad essere dimenticato.

Innanzitutto in tema di remunerazione delle prestazioni occorre ricordare che sono pagate dal SSN con modalità prefissata, siano esse in regime di ricovero che ambulatoriale, in una situazione tuttavia non di libero mercato. Medici e sanitari delle strutture che applicano il CCNL/AIOP (fermo tuttora al 2005 con un modesto accordo-ponte economico nel 2010) guadagnano quasi il 40% in meno di un medico e di un sanitario del SSN.

Va un po' meglio nelle strutture che applicano il CCNL/ARIS (rinnovato nel 2020) dove il gap si ferma al 13 -18%. Da sottolineare che le prestazioni sono remunerate in modo prefissato e con soldi pubblici, ma con una retribuzione al professionista che lavora nel privato accreditato estremamente diversa rispetto ai Colleghi del pubblico.

In più sedi abbiamo denunciato questo aspetto che va a configurare i cosiddetti contratti “low-cost”.

Ma chi applica e continua ad applicare tali disparità dimentica di lavorare per conto del SSN senza rispettare i requisiti minimi organizzativi generali per l'esercizio delle at-

“ Un invito pressante affinché nell’esercizio della complessa governance dei requisiti di accreditamento vogliate al più presto esercitare una particolare vigilanza sulle condizioni di lavoro dei dipendenti dalle strutture private accreditate

tività sanitarie indicati dal DPR 14 gennaio 1997. Tra cui è compresa la gestione delle risorse umane che in ambito aziendale non si riferisce alla semplice direzione del personale intesa come organizzazione e turnistica, bensì ad un complesso di attività quali reclutamento, selezione, addestramento, formazione, sviluppo, valutazione delle performance, relazioni e retribuzione.

E quest’ultima, “retribuzione” o “piano retributivo” è considerata una delle leve più importanti e di relazione con i propri dipendenti con finalità di equità interna e di competitività con il mercato del lavoro.

L’equità interna, intesa come valutazione oggettiva delle differenze tra ruoli, posizioni e responsabilità è totalmente negata con l’applicazione inspiegabile di contratti diversi a personale che ha la medesima mansione e per di più nella stessa unità operativa.

La competitività, che si riferisce al confronto tra quello che viene corrisposto ad un dipendente che ricopre un determinato ruolo e quanto percepisce un lavoratore di un’altra azienda dello stesso settore, è viceversa portata a livelli che configurano una vera e propria concorrenza sleale.

La gestione del Personale, parte integrante dei requisiti minimi organizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie nell’ambito del SSN, comprende a pieno titolo il capitolo retribuzione, notevolmente diversificato tra pubblico e privato. Diversificazione di entità tale da non essere giustificata dalle condizioni di autonomia contrattuale dei due sistemi e in contrasto con l’art. 36 della Costituzione: La retribuzione costituisce il corrispettivo della prestazione fornita dal lavoratore che ha diritto ad un compenso proporzionato alla quantità e qualità del suo lavoro. E trattandosi di retribuzioni per prestazioni pubbliche, per di più analoghe, devono trovare un riferimento comune peraltro già presente nella composizione dei trattamenti retributivi in vigore, dove è prevista una parte fondamentale ed una parte accessoria. Quest’ultima strettamente inerente alla struttura, a garanzia della indiscussa autonomia imprenditoriale.

Sono dunque le voci fondamentali, riportate nel box allegato, a dover essere individuate tra i requisiti minimi previsti dalle norme di accreditamento, totalmente ignorati, e ai quali rivolgere il vostro obbligato controllo.

Più volte abbiamo sottolineato la necessità di una sinergia positiva e di una collaborazione proficua tra pubblico e privato atta a rendere più forte il Servizio Sanitario Nazionale. Concetto espresso a più riprese dallo stesso Ministro della Salute nel Suo riferirsi ad “investimenti pubblici e investimenti privati quali la vera modalità per rendere più forte il sistema Paese” e dallo stesso legislatore.

Per citare solo alcuni recenti interventi normativi ricordiamo l’emendamento votato in Senato in fase di conversione del Decreto Fiscale (Dl 146/2021) che estende alle strutture sanitarie private accreditate, appartenenti alla rete formativa della scuola di specializzazione la possibilità tem-

poranea, già prevista per gli Enti ed Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, di assumere a tempo determinato e con orario a tempo parziale i professionisti sanitari dei corsi di specializzazione degli ultimi due anni e utilmente collocati in specifiche graduatorie concorsuali separate fino al 31 dicembre 2022.

Oppure l’articolo 94 della Manovra di Bilancio 2022, in discussione, in base al quale Regioni e Province autonome possono avvalersi, per il recupero delle liste d’attesa in relazione a prestazioni non erogate nel 2020 a causa dell’emergenza epidemiologica, anche delle strutture private accreditate, peraltro in deroga alla progressiva riduzione annua dell’importo e dei corrispondenti volumi di acquisto delle prestazioni sanitarie per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera, entro un ammontare non superiore all’importo complessivo, su base nazionale pari a 150 milioni di euro.

Si aggiunge altresì il disegno di legge sulla concorrenza, visionato a mezzo organi di stampa, che prevede una revisione e trasparenza dell’accredimento e del convenzionamento delle strutture private per cui l’accredimento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché dei risultati dell’attività già svolta, tenuto conto degli obiettivi di sicurezza. Specificando inoltre che i soggetti privati da convenzionare siano individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle Regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare.

L’attenzione sul tema è dunque massima.

Alla luce di quanto sopra, rivolgiamo a Voi, illustri Assessori, un invito pressante affinché nell’esercizio della complessa governance dei requisiti di accreditamento, di vostra responsabilità, vogliate al più presto esercitare una particolare vigilanza sulle condizioni di lavoro dei dipendenti dalle strutture private accreditate che, ricordiamo ancora una volta, lavorano per il SSN sottolineando come ultimo aspetto, ma non meno importante, il permanere davvero singolare di uno stato giuridico differenziato: dirigenza per alcuni medici e sanitari, status di assistenti e aiuti per altri e inquadramento nel comparto per il restante personale. Tutti operanti in una stessa unità operativa con le medesime mansioni e con retribuzioni differenziate.

In sintesi un regime di grave confusione che esce dalla sfera dell’autonomia imprenditoriale, ma che si riflette inevitabilmente sulle condizioni di lavoro di chi lavora per il SSN e conseguentemente sull’utenza. Ricordando che tutela del lavoro da un lato, libertà d’iniziativa economica dall’altro si intrecciano inevitabilmente con la tutela della parità tra gli operatori sanitari.



Un ospedale a misura di donna

Da Teramo appello per riorganizzare gli spazi di cura

In occasione del convegno organizzato dall'Anaao Abruzzo, tanti gli interventi dal mondo sanitario e istituzionale in vista della costruzione del nuovo ospedale

Ripensare e riorganizzare gli spazi di cura affinché tengano conto del benessere lavorativo delle donne, che tra i professionisti della sanità sono ormai la maggioranza. È l'appello lanciato da rappresentanti del mondo sanitario e istituzionale al convegno organizzato dall'Anaao Assomed Abruzzo (il principale sindacato dei medici ospedalieri) e tenutosi all'hotel Sporting, a Teramo. All'evento ha partecipato, tra gli altri, anche l'ex ministra della Sanità **Mariapia Garavaglia** (titolare del dicastero con il Governo Ciampi).

“La sanità deve programmare per servire, non gestire i bisogni delle persone – **ha detto Garavaglia** – e, con il Pnrr, il Piano nazionale ripresa resilienza, abbiamo una grande occasione che non va sprecata per il mattone ma per garantire il diritto alla tutela della salute. La sanità – ha aggiunto – è programmazione nel senso alto del termine e, dato che la maggioranza delle professioniste della salute è donna, questo significa organizzare servizi a loro dedicati”.

In Italia, **le donne rappresentano il 54% dei medici del Servizio Sanita-**

rio Nazionale con meno di 65 anni e raggiungono il 60% tra i 40 e i 45 anni. Se è vero che a livello locale sono ancora in minoranza (la Asl di Teramo ha attualmente 651 dirigenti medici, di cui 345 uomini e 306 donne) è altrettanto vero che c'è un rialzo netto rispetto al passato in cui erano gli uomini la maggioranza dei medici ospedalieri.

“A fronte di queste cifre – ha sottolineato **Gabriella Marini, segretaria aziendale dell'Anaao per l'Asl di Teramo e referente regionale dell'area di Formazione Femminile del sindacato** -, solo una percentuale esigua di donne ricopre ruoli direttivi. Ma non ci sarà la sanità del futuro senza donne e affrontare la costruzione di un nuovo ospedale significa tradurre le parole in fatti”. “Ancora oggi – **ha aggiunto Alessandro Grimaldi, segretario regionale dell'Anaao** - non abbiamo servizi adeguati alle famiglie, alla maternità, alle donne che lavorano nella sanità pubblica. Perdiamo unità di personale preziose perché in certi casi alcune di loro sono costrette a rimanere fuori dal sistema. E questo penalizza anche la carriera e il

54%

Dei medici del Ssn con meno di 65 anni sono donne

60%

Dei medici del Ssn tra i 40 e i 45 anni sono donne

“

Solo una percentuale esigua di donne ricopre ruoli direttivi

talento delle giovani generazioni di donne impegnate in sanità. Costruire ospedali nuovi significa anche costruirli in funzione di chi ci lavorerà”. “Occorre ripensare i luoghi della cura dopo la pandemia – **ha puntualizzato nel suo saluto anche Costantino Troise presidente nazionale dell'Anaao** - pensando non solo a chi riceve le cure ma anche a chi le offre ed evitare in questo modo la fuga dei professionisti dagli ospedali pubblici”.

“In pochi nel passato – **ha commentato l'assessore regionale alla Salute, Nicoletta Veri** - si sono fermati a riflettere sulle esigenze della donna che lavora in ospedale, alle prese con tutte le problematiche di conciliazione dei tempi famiglia-professione. Quindi un plauso all'Anaao per aver promosso questo incontro, coinvolgendo tutti gli attori in campo in questa sfida. Nella nostra regione, tra l'altro questo confronto si inserisce perfettamente nella tempistica dei nostri piani di edilizia sanitaria, che prevedono la costruzione di nuovi ospedali a Teramo, Vasto, Lanciano e Avezzano».

“Il nuovo ospedale, come sollecitato dall'Anaao, avrà percorsi e spazi dedicati alle donne, e in particolare alle lavoratrici

Segue a pagina 16

Riforma fiscale

I medici italiani (dipendenti) pagano troppe tasse



“
Se fino a oggi la sanità è stata considerata il bancomat dei governi, oggi potremmo dire che è diventato un assegno circolare degli stessi

L'evasione fiscale costa al nostro Paese 181,4 miliardi di euro annui, circa il 10% del PIL (dati KRLS 2019) e il lavoro sommerso è preponderante nelle regioni meridionali, dove il lavoro ufficiale decresce di pari passo con i disinvestimenti industriali e le carenze del terzo settore (dati ISTAT 2019).

Il 25,6% delle tasse deriva dai redditi delle persone fisiche e solo il 4,5% dalle imprese le quali, di fronte a una pressione fiscale totale tra le più alte d'Europa (42,2% contro una media OCSE del 33,8%), hanno due strade: spostare i capitali all'estero (via seguita da circa 43 miliardi nel solo 2018), in cerca di una pressione fiscale più accettabile, o evadere.

Rispetto a tali dati, di facile consultazione anche da chi non è del mestiere, la proposta di riforma fiscale in discussione, oltre a dimenticare i redditi più bassi, che rischiano di essere penaliz-

zati addirittura se passasse l'abolizione del bonus Renzi, non fornisce un chiaro vantaggio economico alle fasce medie, anche in considerazione della ventitata eliminazione di quei pochi sgravi fiscali di cui esse oggi godono. Insomma si chiama "riforma" una situazione sostanzialmente uguale a quella attuale, che dimentica, nella maniera più assoluta, la lotta all'evasione.

Il problema riguarda anche i medici dipendenti del SSN. In una situazione di carenza drammatica di vocazione, più volte denunciata, e di condizioni che rendono non appetibile il lavoro ospedaliero, la riduzione della tassazione sul loro lavoro assume particolare importanza per professionisti che, durante le ore di lavoro in reperibilità (ovvero quando sono a disposizione dell'azienda e quindi 'bloccati' a casa e in prossimità del luogo di lavoro) guadagnano ben 1 euro l'ora o che per ogni

ora di lavoro straordinario percepiscono ben 13 euro netti, o che per il lavoro quotidiano sono retribuiti con circa 16 euro/ora. Limitarsi a un intervento cosmetico significa lasciare invariata una situazione particolarmente penalizzante, soprattutto se confrontata con quella dei medici a partita IVA della sanità convenzionata, che godono di flat tax dal 5 al 15% del reddito prodotto o con quelli della sanità privata, cui è concessa la aliquota del 10% sull'intero salario accessorio (quasi un terzo dello stipendio). Ai medici dipendenti, invece, continua ad essere negata una fiscalità di scopo per il recupero dei milioni di prestazioni accantonate causa Covid, una pandemia dimenticata che ormai produce liste di attesa che si misurano in trimestri.

E invece si procede senza una proposta decisamente innovativa del regime fiscale perché, dando una risposta d'altri tempi, i soldi non bastano mai.

Se fino a oggi la sanità è stata considerata il bancomat dei governi, oggi potremmo dire che è diventato un assegno circolare degli stessi. Assegno che, purtroppo, inizia a essere contestato per carenza di forza lavoro produttiva. Presto anche quelle risorse, sfruttate, elagate e spremute in invarianza di spesa, ovvero i professionisti, inizieranno a mancare per una scelta che finirà con aggravare una carenza strutturale figlia di una programmazione inesistente, della quale nessuno è chiamato a rispondere.

La scelta che ogni medico fa all'atto del giuramento oggi viene messa in discussione da condizioni di lavoro sempre meno accoglienti e umane, veicolata verso altri lidi, rigorosamente privati, apparendo oggi purtroppo anche anacronistica.

E allora tanto vale mutare il giuramento di Ippocrate, visto che le istituzioni non permettono di mantenerlo perché non si può curare ogni paziente senza



PIERINO DI SILVERIO

Componente Esecutivo Nazionale Anaao Assomed
Responsabile Nazionale Anaao Giovani

Segue a pagina 16



La Medicina di Laboratorio e la Pandemia: un'occasione che le Istituzioni non possono tralasciare

Non si parla mai della Medicina di Laboratorio, delle sue discipline (Microbiologia, Patologia e Biochimica clinica, Anatomia Patologica, Immunoematologia e Genetica) che hanno rappresentato in questi mesi difficili la più importante area di produzione ed elaborazione delle conoscenze scientifiche su SARS-Cov2

La Pandemia Covid-19 non è ancora terminata nonostante le azioni di contenimento e prevenzione che vanno dalle limitazioni imposte dal Green-Pass alla campagna vaccinale che nel nostro Paese ha raggiunto valori importanti rispetto ad altri Stati Europei ma che mostra ancora più di 7 milioni di italiani non vaccinati.

Sappiamo, e tutti i giorni ci viene ricordato, come gli ospedali siano in sofferenza in una situazione in cui i ricoveri per Covid aumentano e riducono i letti per l'attività ordinaria ormai in tale ritardo da far supporre che ci vorranno anni per recuperare tutti gli in-

terventi chirurgici, le campagne di screening e le terapie salvavita che sono rimaste al palo in questi 20 mesi. In tutto ciò non si parla mai della Medicina di Laboratorio, delle sue discipline (Microbiologia, Patologia e Biochimica clinica, Anatomia Patologica, Immunoematologia e Genetica) che hanno rappresentato in questi concitati mesi non solo la prima linea di diagnosi dell'infezione ma anche la più importante area di produzione ed elaborazione delle conoscenze scientifiche su SARS-Cov2.

Questo impegno non viene colto, se non in rari casi, dalle Istituzioni sia centrali che periferiche che considerano la Medicina di Laboratorio non un'attività di primaria importanza nella Sanità ma un elemento di mera produttività di dati e quindi soggetto a spinte che cercano di indebolire se non annichilire i professionisti delle discipline afferenti.

Se le Istituzioni non comprendono che i 46 milioni di euro presenti nel "Decreto Ristori" di maggio e distribuiti, in diversa quantità alle singole Regioni, per il riordino della Rete dei Laborato-



“ Se vogliamo recuperare tutte le prestazioni arretrate senza distinzione e guardare al futuro con rinnovata speranza, appare evidente che non ci vogliono meno teste e mani, ma più teste e mani qualificate, ognuna per la sua Specializzazione, in una visione distinta di ruoli ma integrata nelle finalità

ri sono un'occasione non solo per rafforzare il sistema ma per generare oltre una rete intradisciplinare anche una rete interdisciplinare che guardi, salvaguardando la sacrosanta indipendenza delle discipline, al futuro prossimo il cui orizzonte non può essere solo di produttività di indagini ma soprattutto di analisi delle stesse da cui trarre indicazioni per affrontare le patologie vecchie e nuove che insistono nella nostra popolazione.

L'infezione COVID-19 è il paradigma dell'interdisciplinarietà della Medicina di Laboratorio e della sua importanza. I Microbiologi identificano, genotipizzano e sequenziano il virus, i Patologi e Biochimici clinici affrontano i percorsi delle reazioni infiammatorie indagandone i parametri, per gli Immunematologi la ricerca dei quadri correlabili a complicanze coagulative e non solo, per i Genetisti la ricerca di correlazione con pattern genetici distintivi e per gli Anatomico-Patologi l'individuazione dei danni tissutali.

Se i denari del “Decreto Ristori” a disposizione non vengono indirizzati all'implementazione dei singoli Labo-



PIERANGELO CLERICI
Direttivo Nazionale Anaao
Assomed
Dirigenza Sanitaria –
Presidente FISMeLab

ratori, con sistemi interdisciplinari che mettano in comune i risultati al fine di orientarsi verso i Big-Data che garantirebbero un'analisi corretta e coerente della malattia di cui il Covid-19 è l'esempio attuale ma tutte potrebbero rientrarvi in questo progetto, ci troveremo dinanzi ad una visione miope delle Istituzioni nei confronti di ciò che sarà il futuro nella Sanità.

Se i Laboratori delle singole discipline presenti in numero adeguato (non ridondante ma nemmeno insufficiente) sul territorio non vengono dotati di strumenti volti a integrare i propri risultati in un sistema che dai Big-Data giungano a uno sviluppo di strumenti di Intelligenza Artificiale che consentano di proporre in pochissimo tempo l'analisi di milioni di dati e, quindi, interpretazioni e soluzioni che siano al riparo da critiche di natura speculativa non saremmo adeguati a ciò che oggi e soprattutto domani, un domani prossimo futuro, ci viene richiesto ovvero la definizione di parametri certi e integrati per diagnosi, terapie e campagne di screening.

Le Regioni continuano nei loro piani di

riorganizzazione dei Laboratori, alcune preferendo il modello di Area Vasta, altre il modello a Rete. Se entrambi i modelli fossero discussi, per la loro realizzazione, con i professionisti delle Discipline della Medicina di Laboratorio (in alcune Regioni come ad es. la Lombardia ciò avviene) si eviterebbero pericolose fughe in avanti verso consolidamenti spinti che sviliscono le professionalità e, al contempo, si costruirebbero modelli organizzativi di sicuro vantaggio per i Clinici e soprattutto per i Pazienti.

Non siamo mai stati favorevoli alla parcellizzazione dei Laboratori, il concetto “piccolo è bello” non si addice ad attività ad alta professionalità che prevedono un bagaglio di conoscenze che non può essere disperso ma concentrato ove la domanda clinica è importante soprattutto se a ciò si aggiunge che nei prossimi 3 anni più del 30% dei Dirigenti della Medicina di Laboratorio lascerà il campo per raggiunti limiti di età e, come per tutte le discipline, anche le nostre sono in sofferenza nelle Scuole di Specializzazione, per cui il ricambio diventa ogni giorno più difficile. Questo non deve essere un alibi per cancellare posti di lavoro aggregando più Laboratori che richiederebbero secondo gli incompetenti meno operatori.

Se vogliamo, ritornando alla Pandemia, recuperare tutte le prestazioni arretrate senza distinzione e guardare al futuro con rinnovata speranza, appare evidente che non ci vogliono meno teste e mani, ma più teste e mani qualificate, ognuna per la sua Specializzazione, in una visione distinta di ruoli ma integrata nelle finalità, la cui prima deve essere sempre, la garanzia di Salute ai Cittadini sancita dalla Costituzione.

MANCANO SPECIALISTI ORA NON TRA 10 ANNI

un numero adeguato di contratti di formazione post laurea per superare l'“imbuto formativo”. Quindi, non mancano e non mancheranno laureati in Medicina e Chirurgia visto che tra il 2021 e il 2030 ne formeremo circa 113.000 ma, come si evidenzia dal grafico a pagina 1, dopo il 2030 il fabbisogno di specialisti nel SSN per garantire il turnover sarà intorno a 3.000/anno, arrivando a 2.000 nel 2034, anche se bisognerà monitorare nei prossimi anni le uscite aggiuntive dal SSN (3.000 nel solo 2019) indotte dal peggioramento delle condizioni di lavoro negli ospedali pubblici.

Ora il MUR ci propone di formarne almeno 11.000, e anche considerando che il 40% di loro è interessato a sboc-

chi lavorativi diversi dal SSN, per almeno 6.000 specialisti sarà problematico trovare sbocchi lavorativi in Italia. In 5 anni saranno 30.000. Dall'“imbuto formativo” passeremo ad un “imbuto lavorativo”, una condizione che abbiamo già vissuto tra il 1970 e il 1980, causa di degradanti fenomeni di disoccupazione e sottoccupazione ed aumento di spesa pubblica. Uno spreco di risorse quantificabile intorno a 6,5 miliardi di € in 5 anni, frutto della tassazione dei cittadini italiani, dirottate non solo in Europa ma anche negli Emirati Arabi e sottratte alla cura dei pazienti e al miglioramento delle retribuzioni dei Medici italiani, notoriamente molto più basse rispetto al resto dell'Europa, oggi inversamente proporzionali all'orario del loro lavoro e alla sua gravosità e rischiosità.

Il rischio mortale che, però, oggi corre la sanità pubblica è

costituito dalla mancanza di specialisti che sta desertificando corsie e Pronto Soccorso. Specialisti che mancano ora e non tra 10 anni, quando il fabbisogno sarà più che dimezzato, pur tenendo conto dell'attuale sottodimensionamento delle dotazioni organiche e di nuove esigenze sanitarie emerse con la pandemia da Sars-CoV-2.

Una condizione emergenziale richiede risposte eccezionali, cui sfugge la Ministra Messa e con lei Regioni e Governo. Che non consistono nell'incrementare gli iscritti a Medicina e Chirurgia, soluzione temporalmente sfasata rispetto alla criticità, grave ed attuale, ma nella assunzione, anche in via eccezionale, in tutta la rete ospedaliera di medici specializzandi che abbiano superato il primo biennio, con contratto di formazione/lavoro a tempo determinato, secondo i criteri recentemente approvati dalla Conferenza Stato Regioni. E intanto nel miglioramento delle condizioni di lavoro, e dei livelli retributivi dei medici in servizio per arginare la loro fuga nel privato o nel settore convenzionato.

Non abbiamo più molto tempo, e sicuramente non un decennio, per disinnescare la bomba professionale, generazionale e sociale innescata dal flop della programmazione ministeriale, dal fallimento del sistema formativo abbarbicato al monopolio universitario, dal defianziamento progressivo della sanità pubblica con il corollario della falcidia di posti letto, pre-requisito di una determinazione al ribasso degli investimenti sul personale. La quantità e qualità professionale sono elementi critici per la sostenibilità di qualunque sistema sanitario. Nella pervicacia di lasciare intatti privilegi medioevali, verrà lasciata affondare una infrastruttura di enorme valore civile e sociale, quale il servizio sanitario, pubblico e nazionale, fonte di uguaglianza, di coesione e di garanzia di diritti costituzionali? Le assicurazioni aspettano il passaggio del cadavere sulle rive del fiume.

Segue da pagina 12

Un ospedale a misura di donna

– ha annunciato il direttore generale della Asl di Teramo, Maurizio Di Giosia -. Per le donne dipendenti della Asl, nello studio di fattibilità del nuovo ospedale abbiamo previsto, al pianterreno della struttura, uno spazio da 200 metri quadri da destinare a baby parking e a nido per i figli dei dipendenti”. Non è questo l'unico servizio che la Asl prevede di allestire. Di Giosia ha infatti aggiunto che ci saranno nuovi servizi dedicati a tutte le donne che entreranno in contatto con l'ospedale di Teramo, in particolare per le aree ginecologica e pediatrica.

Un forte stimolo a ripensare gli spazi di cura in chiave femminile si è registrato in tutti gli interventi e saluti. Tra i presenti, **Gianguido D'Alberto**, sindaco di Teramo, il quale sul tema del nuovo ospedale ha rimarcato l'importanza dei servizi e non solo delle strutture; **Diego Di Bonaventura**, presidente della Provincia di Teramo; monsignor **Lorenzo Leuzzi**, vescovo della Diocesi di Teramo-Atri.

Interventi anche da parte di **Sandra Morano**, coordinatrice Area Formazione Femminile dell'Anaa; **Nicoletta Setola**, docente del Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze; **Maria Assunta Ceccagnoli**, presidente dell'Ordine dei Medici di Pescara; **Pierluigi Cosenza**, direttore generale dell'Agenzia sanitaria regionale.

Segue da pagina 13

Riforma fiscale

discriminare, se la discriminazione, per geografia, etnia, età, viene mantenuta dalle istituzioni attraverso disinvestimenti economici, perché non è possibile creare alleanze terapeutiche con pazienti che sono affetti da una infodemia ingravesciente promossa da scellerate politiche di disinformazione, perché non è perseguibile il bene della comunità in assenza degli strumenti necessari e poi addirittura pagare conseguenze etiche, morali e penali nel caso in cui qualcosa andasse storto a causa della disorganizzazione istituzionale.

E allora o mutiamo il giuramento o mutiamo drasticamente e repentinamente le condizioni di lavoro dei medici dipendenti del SSN. Partendo da una tassazione che appare immeritata per coloro che sono tra i contribuenti pubblici su cui si basa la maggior parte degli introiti dello Stato, chiamati a pagare le tasse prima ancora di ricevere lo stipen-

dio sui conti correnti, esercitando una funzione a garanzia dell'esigibilità di un diritto costituzionale.

Il tempo non è tanto e se non sono utilizzabili allo scopo i fondi attuali esistono fondi potenziali (il MES). Quello post-pandemico è un crocevia unico e irripetibile e abbiamo il dovere di sfruttarlo per assicurare quel sistema di cure che favorisce, direttamente e indirettamente, il funzionamento della complessa macchina di uno Stato tutelando il bene più prezioso dei suoi cittadini. Dovrebbe appartenere al comune senso democratico coinvolgere le parti sociali nei processi di riforma dei sistemi e se questo senso comune viene smarrito, Anaa Assmed ha il dovere di ricordarlo, rinvigorirlo, farlo riemergere, in qualunque modo sia eticamente permesso. Perché abbiamo un giuramento da salvare e abbiamo delle vite da curare.

Il contratto che vogliamo



**Le richieste
dell'Anaa
per il Ccnl
2019-2021**

Scarica
la versione
integrale
pubblicata su
**Iniziativa
Ospedaliera**



ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE  **MEDICI DIRIGENTI**

www.anaao.it





**CI SONO COSE A CUI NON SI È MAI
DEL TUTTO PREPARATI.**

PER QUESTO CI SIAMO NOI.

**APRI IL QR CODE E GUARDA
IL FILM DELLA NUOVA
CAMPAGNA ISCRIZIONI
ANAAO ASSOMED**



ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE  **MEDICI DIRIGENTI**

www.anaao.it

