

# d!

## d!rigenza medica

- 1 **Editoriale**  
Il contratto non risolverà tutti i nostri problemi, ma può ridare una speranza
- 6 **Pronto soccorso**  
Analisi e prospettive di rete pubblico/privato
- 12 **Anaaio Giovani**  
Le Faq sulle assunzioni con il Decreto Calabria
- 15 **Dirigenza Sanitaria**  
I Dalla Medicina Classica alla Medicina "Omica"

Il mensile dell'Anaa Assomed



**“Restiamo  
in contratto”**

Dalla trattativa per il rinnovo del  
Contratto di lavoro 2019-2021

**Orario  
e organizzazione  
delle prestazioni  
di lavoro**

**I nodi  
contrattuali**

**e le proposte  
dell'Anaaio**



## 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](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

**Direttore**  
Pierino Di Silverio

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

**Comitato di redazione:**

Adriano Benazzato  
Simona Bonaccorso  
Flavio Civitelli  
Fabiana Faiella  
Alessandro Grimaldi  
Domenico Iscaro  
Filippo Larussa  
Giammaria Liuzzi  
Giosafatte Pallotta  
Chiara Rivetti  
Elena Silvagni  
Alberto Spanò  
Emanuele Stramignoni  
Anna Tomezzoli  
Bruno Zuccarelli

**Coordinamento redazionale**  
Cesare Fassari

**Progetto grafico e impaginazione**  
Giancarlo D'Orsi

**Editore**  
SICS S.r.l.  
Società Italiana di Comunicazione  
Scientifica e Sanitaria  
Sede legale:  
Via Giacomo Peroni, 400  
00131 Roma  
Sede operativa:  
Via della Stelletta, 23  
00186 Roma  
email: [info@sicseditore.it](mailto:info@sicseditore.it)

**Ufficio Commerciale**  
SICS - [info@sicseditore.it](mailto:info@sicseditore.it)  
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

**Stampa**  
STRpress, Pomezia (Rm)  
Registrazione al Tribunale  
di Milano n. 182/2002  
del 25.3.2002. Anno XXI

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

Finito di stampare  
nel mese di luglio 2023

## Il contratto non risolverà tutti i nostri problemi, ma può ridare una speranza

**Si continua a parlare** molto del rinnovo del contratto di lavoro dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del SSN.

Passano i giorni e sempre più attori e comparse, più e meno eminenti, esprimono pareri e giudizi, come se avessero la pozione magica per portare a una firma attesa da anni.

Soprattutto, come se questo contratto potesse risolvere problemi, annosi e strutturali, legati alla disaffezione di intere categorie professionali, figlia di anni di dimenticanze, destrutturazione di un lavoro ormai allo stremo, tagli lineari contrabbandati per riorganizzazione.

### **Cerchiamo di fare chiarezza.**

Questo contratto non risolverà tutti i problemi delle nostre professioni.

Non li può risolvere. I medici, i dirigenti sanitari e veterinari sono chiusi in una torre di cristallo impermeabile agli interventi puntiformi e mai strutturali, effettuati ogni tanto come segnali di fumo che comunicano almeno briciole di attenzione. La torre di cristallo, costruita in decenni apparentemente trascorsi senza una idea di programmazione, appare meglio progettata di un bunker.

Inseriti nella pubblica amministrazione, senza riguardo per la natura di un mestiere di cura chiamato a tutelare un diritto sancito dalla Costituzione, incatenati da incompatibilità sempre più antieconomiche e da una organizzazione del lavoro non al passo con i tempi e con le esigenze di cura della popolazione, i medici e dirigenti sanitari lottano tra carenze di posti letto, carenze di tecnologie e di strutture, carenze di personale (con un tetto di spesa che grida vendetta e di cui nessuno si occupa). E, soprattutto, assenza di interlocutori.

Il ministero della salute mostra capacità di ascolto, ma nei fatti è commissariato dal MEF; le Regioni, cui spetta l'organizzazione delle cure, sono tutte, senza eccezioni, alle prese con scarsità di risorse economi-

che e problemi di tenuta elettorale; i governi appaiono restii a investire per ottenere risultati che vedranno altri dopo di loro. Mentre ancora latita un percorso di presa in carico globale del paziente e il medico si vede sottoposto a 4 diversi tribunali, amministrativo ordinistico, civile, penale e, soprattutto mediatico, capace di trasformarlo da indagato a imputato e condannato senza che nemmeno si aprano le aule dei tribunali.

In questa condizione il contratto, già scaduto, per cui sono stati stanziati 'pochi spiccioli', incapaci anche di mantenere il potere di acquisto delle retribuzioni, può mai essere la panacea? La risposta è no.

Però può cambiare, seppur parzialmente, le condizioni di lavoro a patto di avere coraggio sui nodi che ancora oggi sembrano difficili da sciogliere.

Esiste una carenza di circa 15.000 medici e dirigenti sanitari, un tetto di spesa del personale fermo al 2004 meno 1.3%, un deficit in tutte le Regioni esacerbato dal periodo Covid, un abuso delle esternalizzazioni che demanda a cooperative le prestazioni mediche destrutturando definitivamente un lavoro già in piena crisi sociale ed economica.

**In questo contesto si inserisce** il rinnovo del contratto di lavoro. Nel quale chiediamo che, a differenza di quanto avviene oggi, non possano essere regalate alle aziende circa 300 ore annue da parte di ogni medico e dirigente sanitario.

Che venga posto un limite non derogabile al numero di guardie e reperibilità che le aziende possono chiedere a loro personale. Che il lavoro avvenga nella disciplina per la quale abbiamo studiato. Che la nostra formazione possa essere gestita in maniera più autonoma. Che le carriere siano più fluide. Che venga posto un freno ai medici globetrotter chiamati a coprire turni di lavoro, con l'alibi dell'emergenza, anche a distanze superiori a 50 km dal presidio di



**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

Segue a pagina 5





## Orario e organizzazione delle prestazioni di lavoro

# I nodi contrattuali e le proposte emendative dell'Anaao

### PREMESSA

Nell'ambito della contrattazione nazionale presso l'ARAN per il rinnovo del CCNL 2019 – 2021 della Dirigenza del Ruolo Sanitario, l'argomento ORARIO DI LAVORO E ORGANIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI LAVORO costituisce sicuramente uno dei nodi contrattuali più importanti e più difficili da risolvere.

Le criticità della normativa contrattuale su tali Istituti erano già note da tempo, ma solo negli ultimi anni sono deflagrate drammaticamente in conseguenza di cinque condizioni negative straordinarie:

- 1 elevato numero di pensionamenti dei Dirigenti del Ruolo Sanitario in conseguenza della "gobba pensionistica";
- 2 errata programmazione da parte del Ministero dell'Università e della

Conferenza delle Regioni del numero di medici specialisti necessari;

- 3 conseguenziale grave carenza rispetto ai fabbisogni minimi di Dirigenti del Ruolo Sanitario;
- 4 grave condizione di stress organizzativo e sanitario indotto dalla recente Pandemia da SARS COVID 19;
- 5 crescente fenomeno delle dimissioni precoci da parte di Medici e Dirigenti Sanitari dipendenti (ultimamente circa 3.000 in un anno).

Le condizioni negative sopra esplicitate hanno reso palese l'inadeguatezza della vigente normativa contrattuale sull'orario e organizzazione delle prestazioni di lavoro e di conseguenza l'impellente necessità di modificarla in modo adeguato. Di seguito vengono esplicitati gli emendamenti proposti alla normativa di tale capitolo.

*A cura della  
Delegazione  
Trattante Anaao  
Assomed*

## ORARIO DI LAVORO DEI DIRIGENTI

### ECCEDENZE ORARIE

Tale argomento presenta quattro nodi da correggere.

### PRIMO NODO

è quello inerente alle **eccedenze orarie diurne feriali**.

La normativa contrattuale vigente è flosca e lascia spazio alle più disparate interpretazioni.

Secondo la normativa legislativa e contrattuale vigente e le interpretazioni giurisprudenziali (sentenza Corte di Cassazione Civile n. 16711 del 05.08.2020), l'**eccedenza oraria diurna feriali** rispetto all'orario contrattuale può essere conseguente solamente a:

- **obiettivi di budget, ai fini della retribuzione del premio di performance** (retribuzione di risultato); in tal caso il suddetto premio dovrà essere adeguatamente corresponsivo dell'eccedenza oraria indotta;
- **urgenze e/o emergenze cliniche improvvise e non programmabili** che, in conseguenza di ciò, sono considerabili giuridicamente come ore straordinarie e pertanto o pagabili o recuperabili.

Le stesse fonti normative non prevedono altre forme di eccedenza oraria, se non quella conseguente alla di flessibilità dell'orario di lavoro contrattuale di questi dirigenti per cui in tal caso l'eccedenza oraria è un fatto momentaneo occasionale compensato dal successivo recupero.

Pertanto per la Corte di Cassazione l'**eccedenza oraria diurna possibile** rientra nell'eccedenza periodale conseguente alla flessibilità (co. 3, art. 5, D. Lgs. 66/2003) soggetta pertanto a successivo recupero.

In considerazione di ciò, l'**eccedenza oraria diurna programmata** in modo continuativo e non recuperabile in parte o in toto costituisce per la stessa Corte un illecito, configurando la violazione del dettato dell'art. 2087 del Cod. Civ. con possibile danno per l'integrità fisica e morale del lavoratore. Purtroppo il testo contrattuale non traduce in modo chiaro ed ineludibile quanto sancito dalla Corte.

#### Proposte emendative

- 1 **Adeguare in modo chiaro ed esplicito la definizione contrattuale** di eccedenze orarie alla corretta interpretazione legislativa e giurisprudenziale.
- 2 **Adeguare la normativa contrattuale** su tali eccedenze alle disposizioni legislative vigenti e alla interpretazione date in merito dalla sentenza della Corte di Cassazione, per cui tali eccedenze **possono essere solamente occasionali e conseguenti alla flessibilità d'orario e comunque sempre recuperabili.**
- 3 **Prevedere il ricorso alla libera professione in favore dell'Azienda** in caso di esigenza di eccedenze orarie diurne per attività sanitarie programmate.

## SECONDO NODO

è dato dall'**eccedenze orarie diurne festive e notturne conseguenti a turni di guardia.**

Una importante discrasia che deve essere corretta è presente anche per quanto riguarda queste eccedenze.

Il CCNL vigente prevede infatti che queste possano essere considerate come ore straordinarie e come tali pagate o recuperate. Tale ipotesi è però in palese contrasto con le caratteristiche previste dalla legislazione vigente per tale orario (conseguenza a necessità cliniche urgenti e non programmabili), "conditio sine qua non" per essere considerate giuridicamente "ore straordinarie".

#### Proposta emendativa

- 1 **Prevedere che le guardie notturne e diurne festive** possano essere eseguite o ricorrendo all'orario contrattuale ovvero alla libera professione in favore dell'Azienda (co. 2 bis, art. 115, CCNL 19.12.2019).
  - 2 **Prevedere un incremento del tetto % massimo di guardie**, eseguite in libera professione in favore dell'Azienda (lett. c, co. 2 bis, art. 115, CCNL 19.12.2019), dal 12% al 16%.
- N. B.:** La seconda proposta emendativa presenta come ulteriore vantaggio il risparmio di ore contrattuali che, non ve-

# “Restiamo in contratto”

Dalla trattativa per il rinnovo del Contratto di lavoro 2019-2021

nendo utilizzate per coprire i turni di guardia, possono essere utilizzate in modo più proficuo per le attività di reparto e/o per gli obiettivi di budget.

## TERZO NODO

è quello inerente alle **eccedenze orarie, conseguenziali a obiettivi di budget prestazionali o anche gestionali**, al fine della valutazione della performance e della retribuzione di risultato. La previsione di tale eccedenza oraria, così come definita dalla normativa contrattuale vigente, è ormai datata nel tempo (ultimo periodo, co. 3, art. 65, CCNL 1996) e non più attuale. La sua determinazione quantitativa è anche fumosa, poco attendibile e si presta facilmente ad abusi da cui derivano spesso retribuzioni orarie di tali eccedenze indecenti e poco dignitose sul piano economico.

#### Proposte emendative

- 1 **Cassare il riferimento**, sopra ricordato, al dettato contrattuale del 1996.
- 2 **Prevedere il ricorso alla libera professione in favore dell'Azienda** (co. 2, art. 115, CCNL 19.12.2019) in caso di esigenza di eccedenze orarie per obiettivi di budget.

## QUARTO NODO

è quello inerente al limite temporale di attuazione di eccedenze orarie periodali, soggette a successivo recupero, fino ad un limite massimo di 48 ore medie settimanali conseguenti alla flessibilità (co. 3, art. 5, D. Lgs. 66/2003), previsto dal CCNL vigente. La durata eccessiva (6 mesi) di tale li-

mite temporale rende ancor più insopportabili i carichi di lavoro e le condizioni di lavoro, sempre più intense e frenetiche, con gli inevitabili rischi connessi.

#### Proposta emendativa

- 1 **Riportare a 4 mesi il limite temporale di attuazione di eccedenze orarie periodali** fino ad un limite massimo di 48 ore medie settimanali conseguenti alla flessibilità.

## ORARIO DI LAVORO

La definizione contrattuale dell'orario di lavoro presenta tre nodi contrattuali da correggere e meglio definire.

## PRIMO NODO

è quello relativo alla **durata dell'orario settimanale contrattualmente dovuto.**

La definizione di tale durata risale al 1996 ed era conseguente a due condizioni presenti allora: necessità di riassorbire come orario contrattuale una parte del "plus orario" previsto dal precedente D.P.R. Contrattuale e la presenza di condizioni di lavoro diverse. Oggi le condizioni di lavoro sono molto più intense e frenetiche di quelle di allora, per cui queste, insieme alle notevoli eccedenze orarie richieste, hanno determinato carichi di lavoro eccessivi e insopportabili.

#### Proposta emendativa

- 1 **Ridurre l'orario di lavoro contrattuale settimanale** da 38 ore a 36 ore, di cui 34 assistenziali e 2 per formazione e attività non assistenziali.



### SECONDO NODO

è quello relativo alla **definizione dei criteri per corretta individuazione dei reparti in cui prevedere un orario amministrativo giornaliero** dei dirigenti Medici e Sanitari organizzato su 5 giorni la settimana (da lunedì a venerdì) o su 6 giorni (da lunedì a sabato).

Nel contratto vigente i criteri d'individuazione dell'orario amministrativo giornaliero da utilizzare nei vari reparti sono indefiniti e sono lasciati alla mercé di una discrezionalità non regolamentata.

#### Proposta emendativa

- 1 **Prevedere che i reparti con letti di degenza** abbiano un orario amministrativo settimanale articolato su 6 giorni (da lunedì a sabato).
- 2 **Prevedere che i reparti senza letti di degenza e non ordinariamente aperti al pubblico di sabato** abbiano un orario amministrativo settimanale articolato su 5 giorni (da lunedì a venerdì).

### TERZO NODO

è quello inerente alla **definizione del regolamento attuativo** delle disposizioni normative contrattuali inerenti all'orario di lavoro e le eccedenze orarie. Nelle proposte di normativa contrattuale in merito, l'ARAN prevede che tale regolamento sia un atto unilaterale senza un previo confronto con le OO. SS. della Dirigenza del Ruolo Sanitario Aziendale.

#### Proposta emendativa

- 1 **Prevedere in modo esplicito che il regolamento aziendale** suddetto sia oggetto di confronto aziendale.

### LAVORO STRAORDINARIO

#### NODO CONTRATTUALE

è quello inerente al livello irrisorio del valore remunerativo delle ore straordinarie della Dirigenza del Ruolo Sanitario e della sua non corrispondenza alla peculiare specificità di tale dirigenza, prevista dall'art. 15, co. 2 del D. Lgs. 502/92 e s. s. m..

Nelle proposte contrattuali in merito avanzate dall'ARAN ripropone per prassi gli addendi retributivi della parte fondamentale dello stipendio su cui basare la metodologia di calcolo utilizzate per le altre dirigenze del Pubblico Impiego (tutte di tipo burocratico – amministrativo), senza tener conto delle peculiari differenze presenti fra queste altre e la Dirigenza del Ruolo Sanitario e senza tener conto delle condizioni di disagio presenti nel lavoro della dirigenza medica e sanitaria, a maggior ragione se effettuato in straordinario.

#### Proposta emendativa

Essendo comunque pattizia la metodologia di calcolo del valore economico delle diverse tipologie di ore straordinarie, **si propone** che:

- 1 nel calcolo si **utilizzino come addendi** su cui poi basare il calcolo, oltre al valore economico anno della retribuzione tabellare, anche il valore economico anno dell'**indennità di Specificità Medica**;
- 2 i **nuovi valori economici delle ore straordinarie** siano attribuiti anche alla Dirigenza Sanitaria non medica.

### RIPOSO SETTIMANALE E LAVORO NOTTURNO

#### NODO CONTRATTUALE

è quello inerente all'**assenza nella proposta del nuovo testo contrattuale dell'ARAN della normativa inerente a questi due argomenti**.

Non si comprende per quale motivo sia stata omessa nella proposta la trattazione di questi due argomenti normativi che sono di importanza non secondaria.

#### Proposta emendativa

- 2 **Ripristinare su questi due argomenti il testo degli articoli contrattuali presenti nel CCNL 19.12.2019.**

### SERVIZIO DI GUARDIA

La normativa contrattuale proposta dall'ARAN sul servizio di guardia presenta due nodi contrattuali.

#### PRIMO NODO

è quello relativo al **n. massimo di turni di guardia effettuabili dal dirigente in un mese**. Nella proposta contrattuale, l'ARAN prevederebbe la programmazione nell'arco dell'anno solare di un massimo di 5 turni di guardia solamente notturne, calcolati come media mensile nell'intero anno, e non più invece "di norma 5 al mese" di notturne e diurne festive presente nel CCNL 2019. Tale proposta è peggiorativa rispetto alla precedente perché si passerebbe da un massimo annuale di n. guardie notturne e diurne festive effettuabili in base ai mesi di reale presenza al netto delle ferie (52 turni) a un n. massimo delle stesse calcolate al lordo delle ferie e delle assenze sull'intero anno solare, notevolmente superiore (circa 71 turni).

#### Proposta emendativa

- 1 **Prevedere il n. massimo di 5 guardie notturne al mese**, effettuabili nei mesi di reale presenza in servizio (al netto di ferie e assenze), abolendo l'allocuzione "di norma".





## SECONDO NODO

è quello relativo a i **criteri di allocazione e organizzazione minima delle guardie divisionali e interdivisionali e di loro integrazione con le pronte disponibilità, nonché il n. massimo di posti letto serviti da tali guardie** al fine di garantire la sicurezza clinica indispensabile.

Nella proposta contrattuale, l'ARAN non prevederebbe alcuna modifica dell'allegato 2 del CCNL 2005, malgrado esso sia vecchio e obsoleto e non tenga conto in nessun modo della legislazione nazionale in merito, successivamente intercorsa (D. M. 70/2015 e altre).

### Proposta emendativa

- 1 **Prevedere la revisione del testo dell'allegato 2 del CCNL 2005** per quanto riguarda i criteri suddetti e il n. massimo di posti letto serviti dalle guardie

## SERVIZIO DI PRONTA DISPONIBILITÀ

La normativa contrattuale proposta dall'ARAN sul servizio di pronta disponibilità presenta tre nodi.

## PRIMO NODO

è quello relativo ai **criteri organizzativi e normativi a base dell'attuazione delle pronte disponibilità sostitutive o integrative della guardia** anche in questo caso al fine di garantire la sicurezza clinica indispensabile.

I testi contrattuali fino ad ora vigenti si limitano alle poche indicazioni presenti nell'allegato 2 del CCNL 2005 e l'ARAN nel testo normativo proposto su tale argomento non prevederebbe alcuna modifica ed aggiornamento del suddetto allegato. Tale allegato anche su questo argomento è vecchio e obsoleto e non tiene in conto in nessun modo delle disposizioni legislative nazionali in merito, successivamente intercorse fra cui anche il D. M. 70/2015, e della giurisprudenza corrente.

### Proposta emendativa

- 1 **Prevedere che le pronte disponibilità sostitutive della guardia** siano previste solamente nei servizi sanitari senza posti letto di degenza ordinaria ove comunque per legge non sia previsto un servizio di guardia.
- 2 **Prevedere che le pronte disponibilità integrative della guardia** siano invece previste ove presenti posti letto o ove previsto per legge.

## SECONDO NODO

è quello relativo al **n. massimo di turni di pronte disponibilità effettuabili dal dirigente in un mese.**

Nella proposta contrattuale, l'ARAN prevederebbe la programmazione nell'arco dell'anno solare di un massimo di 10 turni di pronte disponibilità, calcolate come media mensile nell'intero anno, e non più invece "di norma 10 al mese" presente nel CCNL 2019.

Tale proposta è peggiorativa rispetto alla precedente perché si passerebbe da un massimo annuale di n. 10 pronte disponibilità effettuabili in base ai mesi di reale presenza al netto delle ferie (105 turni) a un n. massimo delle stesse calcolate al lordo delle ferie e delle assenze sull'intero anno solare, notevolmente superiore (circa 120 turni) con incremento del già elevato disagio lavorativo determinato da queste.

### Proposta emendativa

- 1 **Prevedere il n. massimo di 8 pronte disponibilità al mese**, effettuabili nei mesi di reale presenza in servizio (al netto di ferie e assenze), abolendo l'allocuzione "di norma".

## TERZO NODO

è quello relativo al **n. massimo di sommatoria di turni di guardia e pronta disponibilità integrativa della guardia notturna effettuabili dal singolo dirigente in un mese**

Nella proposta contrattuale, l'ARAN prevederebbe la possibilità di programmare nell'arco di un bimestre un n. sommatorio massimo di 14 turni di guardie e pronte disponibilità calcolate come media mensile, e non più invece "di norma" 10 pronte disponibilità al mese e "di norma" 5 guardie al mese" presente nel CCNL 2019.

Tale proposta non riduce in nessun modo l'eccessivo carico di lavoro notturno e festivo ed è facilmente foriera di pesanti violazioni della legislazione vigente in merito ai riposi (D. Lgs. 66/2003 e s. s. m.) con le prevedibili conseguenze sulla sicurezza clinica e lavorativa.

### Proposta emendativa

- 1 **Prevedere il n. massimo sommatorio di 9 fra pronte disponibilità e guardie** effettuabili dal singolo dirigente nei mesi di reale presenza in servizio (al netto di ferie e assenze).

# e!

Segue da pagina 1

assegnazione. Che venga restituito un po' di quel tempo che ormai il lavoro ha totalmente rubato.

**I professionisti che rischiano** ogni giorno la propria salute e la propria vita per non decretare la chiusura del servizio sanitario pubblico e nazionale, sono stanchi di essere capri espiatori di disservizi creati da politiche disastrose che oggi presentano il conto finale. E vorrebbero che venisse assicurato il diritto dei cittadini alle cure e il loro diritto a curare.

Forse, allora, invece di perseverare in quella che appare sempre di più una tragicommedia, sarebbe più opportuno utilizzare il valore del contratto di lavoro come strumento capace di garantire un governo concertato del sistema di cure, assicurando una sintesi tra esigenze e ruoli diversi.

Senza interventi economici e normativi non risolveremo la dilagante crisi vocazionale che porta 10 medici al giorno a lasciare il Ssn, senza una riforma del modello di lavoro e di cura continueremo a guardare sgretolarsi il Ssn.

**Non è con gli annunci**, insomma, che si arriverà alla firma del contratto, o alla risoluzione della crisi sociale e professionale che viviamo, specie se in gioco c'è il futuro della tutela della salute di una intera popolazione.

L'Anaa non giocherà partite a scacchi, non parteciperà a fiction mediatiche, non si perderà in proclami o reclami ma continuerà a cercare risposte soddisfacenti, in assenza delle quali si comporterà di conseguenza. L'Anaa non firmerà contratti di lavoro che appariranno peggiorativi e incapaci di migliorare condizioni di lavoro divenute semplicemente non più sopportabili.

**Il contratto non risolverà tutti i nostri problemi, ma può ridare una speranza. Non perdiamo anche quella, altrimenti sarà veramente la fine del nostro Ssn.**



**FABIO FLORIANELLO**  
Responsabile Sanità  
Privata Accreditata  
Anaa Assomed

**ROSSANA CARON**  
Consigliere  
Nazionale Anaa  
Assomed

**SIMONA PIEMONTESE**  
Segretaria  
Aziendale Anaa  
Assomed - IRCCS  
San Raffaele (MI)

**PASQUALE DE CATA**  
Segretario Anaa  
Assomed - IRCCS  
Maugeri (PV)

**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario  
Nazionale Anaa  
Assomed

# Il sovraffollamento dei pronto soccorso

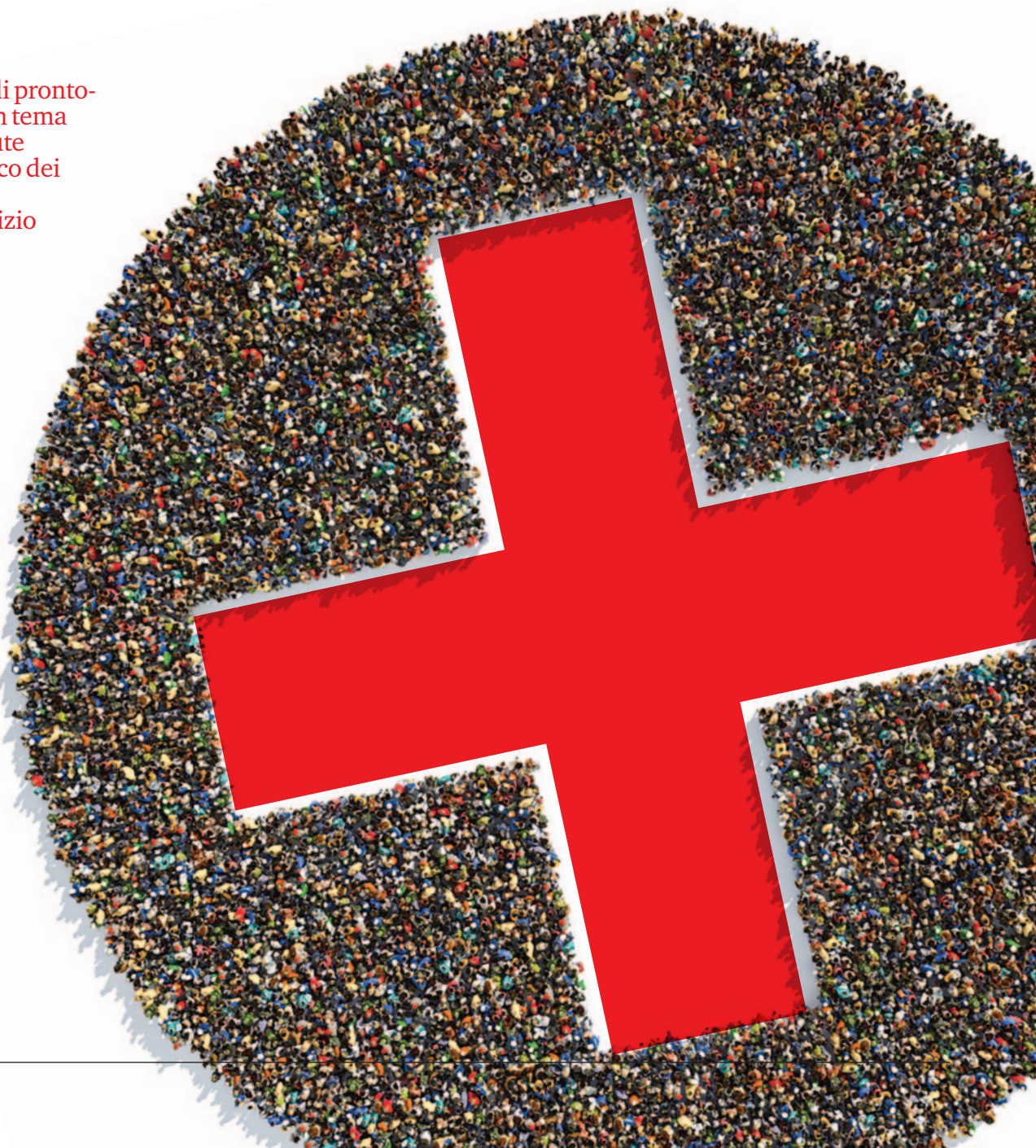
## Analisi e prospettive di rete pubblico/privato

**Il sovraffollamento** dei servizi di pronto-soccorso (DEA/PS) costituisce un tema all'ordine del giorno per le ricadute inevitabili, e talvolta gravi, a carico dei pazienti, del personale medico e infermieristico che vi svolge servizio

**Le cause**, descritte in modo preciso nell'articolo pubblicato di recente su "Dirigenza Medica" n. 1/2023 a firma Duca-Traversa e Liuzzi ([qui](#)) sono da ricercare nei tre fattori classici - *accesso, procedure e ricovero/dimissione* - ed evidenziano come il problema non possa essere risolto soltanto a livello di Pronto Soccorso.

L'inappropriato utilizzo di queste strutture, come denunciato dal Ministro della salute ([qui](#)), pur essendo un fatto oggettivo, tuttavia non va ad incidere sul *boarding*, ossia su quel fattore che, come ben descritto nell'articolo citato, si riferisce alla quota di pazienti già valutati dallo specialista in medicina d'urgenza con indicazione al ricovero ospedaliero ma che, per mancanza di posti letto nei reparti, restano in attesa all'interno della struttura del Pronto Soccorso contribuendo in modo preponderante al sovraffollamento.

Il seguente studio intende analizzare i problemi alla base del *boarding*, problemi in larga parte legati alla carenza di posti letto nell'ambito delle strutture del SSN, tenendo conto dei requisiti





prescritti dalle norme di accreditamento.

Dall'analisi della situazione di seguito esposta è possibile ipotizzare una prospettiva/proposta per dare un contributo al miglioramento del *boarding*, uno dei principali responsabili dello stazionamento dei pazienti nei pronto-soccorso, ormai ai limiti di sostenibilità, ed insieme alla possibilità di inaugurare una indispensabile e non più rinviabile collaborazione tra strutture pubbliche e private accreditate.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

Premesso che il SSN prevede che l'assistenza ospedaliera sia prestata attraverso gli ospedali pubblici e privati accreditati è necessario soffermarsi su quanto prescritto dal DM 70/2015 che definisce gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici per le strutture pubbliche e private accreditate.

Il decreto soffre di numerose criticità ed è da tempo al centro di discussioni per la sua revisione. Una delle più rilevanti, ad esempio, riguarda il numero di Posti Letto/Acuti pubblici e privati accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale previsti in un rapporto non superiore a 3,0 ‰ abitanti (art 1 c2 - All.1 - § 2.1), rapporto che, va ricordato, ha portato il nostro Paese ad una dotazione di posti letto del tutto insufficiente, come dimostrato dalla recente pandemia, e ai livelli più bassi tra i Paesi europei.

Al contrario, una delle indicazioni più appropriate riguarda la rete dell'emergenza/urgenza: l'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni... per acuti, prevede una classificazione delle strutture ospedaliere distinte in presidi ospedalieri di base, di I livello e di II livello assegnando alle Regioni il compito di definire la Rete per l'Emergenza/Urgenza (All.1 - § 2.1).

TABELLA 1

**Presidi Ospedalieri pubblici (\*) e privati accreditati**

Regione	PUBBLICI	%	PRIVATI ACCREDITATI	%	TOTALE
Piemonte	46	63.9	26	36.1	72
Valle d'Aosta	1	50	1	50	2
Lombardia	87	55.8	69	44.2	156
PA Bolzano	7	53.8	6	46.2	13
PA Trento	7	63.6	4	36.4	11
Veneto	46	67.6	22	32.4	68
Friuli Venezia Giulia	14	77.8	4	22.2	18
Emilia Romagna	48	54.5	40	45.5	88
Liguria	16	72.7	6	27.3	22
Toscana	39	66.1	20	33.9	59
Marche	20	87	3	13	23
Umbria	16	76.2	5	23.8	21
Lazio	40	42.6	54	57.4	94
Abruzzo	16	66.7	8	33.3	24
Molise	4	50	4	50	8
Campania	56	52.3	51	47.7	107
Basilicata	7	100			7
Puglia	32	53.3	28	46.7	60
Calabria	22	51.2	21	48.8	43
Sicilia	67	54.9	55	45.1	122
Sardegna	25	73.5	9	26.5	34
<b>TOTALE</b>	<b>616</b>	<b>58.6</b>	<b>436</b>	<b>41.4</b>	<b>1052</b>

(\*) Singoli Presidi ospedalieri e non Aziende  
Min. Salute-Open Data

TABELLA 2

**Totale Posti Letto/acuti pubblici e privati accreditati**

Regione	PRESIDI PUBBLICI				TOTALE
	PS	DEA 1	DEA 2	Senza DEA/PS	
Piemonte	13	20	10	3	46
Valle d'Aosta			1		1
Lombardia	30	32	11	14	87
PA Bolzano	6		1		7
PA Trento	5	1	1		7
Veneto	14	23	5	4	46
Friuli Venezia Giulia	2	8	2	2	14
Emilia Romagna	21	8	12	7	48
Liguria	3	6	3	4	16
Toscana	18	15	4	2	39
Marche	5	11	2	2	20
Umbria	7	5	2	2	16
Lazio	16	17	3	4	40
Abruzzo	9	7			16
Molise	3	1			4
Campania	28	13	10	5	56
Basilicata	4	1	1	1	7
Puglia	12	11	7	2	32
Calabria	6	8	3	5	22
Sicilia	28	24	9	6	67
Sardegna	11	8	3	3	25
<b>TOTALE</b>	<b>241</b>	<b>219</b>	<b>90</b>	<b>66</b>	<b>616</b>

(\*) Singoli Presidi ospedalieri e non Aziende  
Fonte: Elaborazione su dati Min. Salute-Open Data-Agenas

Le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente che comprendono il PS per i presidi di base, il DEA 1 per i presidi di I livello e di DEA 2 per quelli di II livello.

La gestione dei posti letto deve avvenire con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'emergenza e dell'emergenza (All. 1 - § 1.2).

Pertanto in base alle norme di accreditamento i presidi, pubblici e privati, con posti letto/acuti devono essere classificati in una delle tre categorie citate e far

parte della rete per l'Emergenza/Urgenza definita dalle Regioni.

Purtroppo la Rete rimane tuttora diffusamente non definita né disegnata.

## LA SITUAZIONE

L'analisi dei servizi di pronto soccorso (DEA e PS) è stata effettuata guardando all'insieme dell'organizzazione assistenziale ospedaliera per acuti impegnata nella risposta al *boarding*.

È stato innanzitutto considerato il numero dei presidi ospedalieri pubblici (e non le aziende sanitarie che comprendono più presidi) e gli ospedali privati accreditati con i relativi posti letto/acuti, la dotazione di servizi di DEA/PS e il numero di numero di accessi e di ricoveri.



In particolare per quanto riguarda il privato accreditato l'analisi è stata effettuata facendo una distinzione tra Strutture Equiparate che comprendono Policlinici privati, IRCCS e Fondazioni private, Ospedali Classificati, Istituti qualificati presidi di ASL, Enti di Ricerca (diversamente dall'Annuario Statistico SSN dove tali strutture vengono considerate assieme a quelle pubbliche pur essendo nella quasi totalità di proprietà privata) e Case di Cura.

## ■ Presidi ospedalieri/Acuti:

- il SSN può contare su 1052 ospedali di cui 616 pubblici (58,6%) e 436 privati (41,4%). Questi ultimi comprendono 65 presidi Equiparati e 371 Case di Cura.

## ■ Presidi con servizi di DEA/PS Totali 614

- 550, ossia l'89,5%, pubblici comprendenti 241 PS, 219 DEA1, 90 DEA2
- 64 ossia il 10,5 % privati. Tra questi ultimi vi sono 35 equiparate e 29 Case di Cura. Le Equiparate hanno 16 PS, 15 DEA1 e 4 DEA2, le Case di Cura 17 PS, 11 DEA1 e 1 DEA2

## ■ Presidi senza servizi DEA/PS Totali 438

- 66 (15,0 %) dei pubblici, inseriti in Aziende con DEA/PS o monospécialistici o Punti di Primo Intervento
- 372 (85,0 %) dei privati, di cui 30 equiparati e 342 Case di Cura.

## ■ Posti letto/acuti totali: sono 196.721

- 150.747 (76,6 %) in presidi pubblici
- 45.974 (23,4 %) in ospedali privati suddivisi in 16.942 equiparati e 29.032 Case di Cura

## ■ Posti Letto/acuti con servizi di DEA/PS: totali 166.440

- 146.871 pubblici (88,2%)
- 19.569 privati (11,8%)

## ■ Posti letto/acuti senza servizi di DEA/PS: totali 30.281

- 3.876 pubblici (12,8%), inseriti in Aziende con DEA/PS o monospécialistici o Punti di primo Intervento

- 26.405 privati (87,2%). In particolare 3.249 nelle equiparate e 23.156 nelle Case di Cura

## ■ Rapporto posti letto/acuti per mille abitanti è del 3,33 ‰ abitanti

## ■ Rapporto posti letto/acuti per mille abitanti sottraendo i posti letto dei presidi senza DEA/PS è del 2,82 ‰ abitanti

## ■ Accessi in DEA/PS sono 12.934.225 (ultimi dati pubblicati)

- 11.681.745 nel sistema pubblico pari al 90,3%
- 1.252.480 pari al 9,7% nei privati accreditati, di cui 804.841 nelle Equiparate e 447.639 nelle Case di Cura

## ■ Ricoveri/Acuti: il numero totale è di 6 mln. 104.762

- 4 mln 580.660 nelle strutture pubbliche (75%)
- 1 mln 524.102 in quelle private (25%). In particolare 634.530 (41,6%) nelle Equiparate e 889.572 (58,4%) nelle Case di Cura

## In conclusione l'organizzazione della risposta del SSN alle richieste di prestazioni da pronto-soccorso comprende:

- 610 presidi con DEA/PS, di cui 546 (89,5%) nelle strutture pubbliche e 64 (10,5%) nelle strutture private (35 equiparate e 29 case di cura)
- Servizi DEA/PS sono presenti nell'88,6% dei presidi pubblici e hanno il 90,3% degli Accessi
- Servizi DEA/PS sono presenti nel 14,7% degli ospedali privati accreditati e hanno il 9,7% degli Accessi. Diversa la situazione tra Strutture Equiparate e Case di Cura: le Equiparate hanno 35 Ospedali con Servizi di DEA/PS con il 6,2% degli Accessi, mentre le Case di Cura hanno 29 strutture con il 3,5% degli Accessi.



## ANALISI

Per compiere una valutazione approfondita dell'affollamento dei pronto-soccorso relativo al fattore *boarding* sono necessarie alcune considerazioni.

- **La prima va fatta** sull'utilizzo dei servizi di DEA/PS da parte dell'utenza con significativa presenza di codici bianco e verde per le note carenze territoriali, che contribuisce sicuramente all'affollamento in termini di attese ma incide poco sul *boarding*, ossia sui pazienti che rimangono in attesa di ricovero. Attesa legata alla difficoltà di reperire un posto letto da parte del medico urgentista
- **La seconda** riguarda gli ospedali dotati di servizi DEA/PS: sono 614 di cui 550 pubblici e 64 privati accreditati. Gli ospedali pubblici senza pronto-soccorso sono inseriti in Aziende dotate di DEA/PS, mentre per quanto riguarda i privati, su 436 ospedali, 64 (14,7%) sono dotati di pronto soccorso. E occorre fare una distinzione tra strutture Equiparate e Case di Cura: infatti queste ultime hanno DEA/PS in 29 strutture su 372, pari al 7,8%, mentre le Equiparate hanno DEA/PS in 35 strutture su 64 pari al 54%, e quelle prive sono IRCCS, enti di ricerca e mono-specialistiche.
- **La terza riguarda** il numero dei posti letto/acuti che ammontano in totale a 196.721, con il 76,6% pubblici e il 23,4 privati, ma considerando unicamente quelli situati in ospedali dotati di DEA/PS il numero dei letti scende a 166.460. Di questi l'88,2% sono pubblici e l'11,8 privati
- **In base a quest'ultimo dato** il rapporto posti letto/acuti per mille abitanti è del 2,82‰ facendo mancare oltre 30.000 letti alle prestazioni per acuti del SSN che non rientrano nel circuito dell'emergenza/urgenza. Di questi 26.405 (quasi l'88%) appartengono al privato accreditato.

È necessario a questo punto, ricollegandosi alla normativa sopra ricordata, domandarsi come sia possibile l'accreditamento di presidi ospedalieri con

**TABELLA 3**  
Servizi di DEA/PS in Ospedali Privati

Regione	PS		DEA 1		DEA 2		Senza DEA/PS	
	Equiparate	Case di Cura	Equiparate	Case di Cura	Equiparate	Case di Cura	Equiparate	Case di Cura
Piemonte	1						5	20
Valle d'Aosta								1
Lombardia	5	7	4	8	2	1	8	34
PA Bolzano								6
PA Trento							1	3
Veneto	2	2	2				3	13
Friuli Venezia Giulia								4
Emilia Romagna							1	39
Liguria	1		1					4
Toscana							2	18
Marche								3
Umbria								5
Lazio	4	3	3	2	2		4	36
Abruzzo							-	8
Molise							2	2
Campania	3	2					1	45
Basilicata								
Puglia			3	1			1	23
Calabria				3				18
Sicilia			2				2	51
Sardegna								9
<b>Totale</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>342</b>

Fonte: Elaborazione su dati Min. Salute-Open Data-Agenas

**TABELLA 4**  
Totale Posti Letto/acuti pubblici e privati accreditati

Regione	Posti Letto/Acuti Pubblici	%	Posti Letto/acuti Privati	%	Totale
Piemonte	14.778	87.8	2.049	12.2	16.827
Valle d'Aosta	409	86.7	63	13.3	472
Lombardia	26.882	71.4	10.784	28.6	37.666
PA Bolzano	1.760	92.4	145	7.6	1.905
PA Trento	1.298	79.3	339	20.7	1.637
Veneto	12.540	83.3	2.523	16.7	15.063
Friuli Venezia Giulia	3.770	88.8	475	11.2	4.245
Emilia Romagna	11.685	82.2	2.522	17.8	14.207
Liguria	4.082	82.0	896	18.0	4.978
Toscana	9.932	89.5	1.170	10.5	11.102
Marche	4.868	91.7	438	8.3	5.306
Umbria	2.522	90.9	251	9.1	2.773
Lazio	10.794	55.2	8.773	44.8	19.567
Abruzzo	3.301	82.8	684	17.2	3.985
Molise	607	59.3	416	40.7	1.023
Campania	12.067	72.7	4.538	27.3	16.605
Basilicata	1.590	100	-	-	1.590
Puglia	9.005	69.9	3.876	30.1	12.881
Calabria	3.747	78.2	1.042	21.8	4.789
Sicilia	10.315	70.3	4.361	29.7	14.676
Sardegna	4.795	88.4	629	11.6	5.424
<b>Totale</b>	<b>150.747</b>	<b>76.6</b>	<b>45.974</b>	<b>23.4</b>	<b>196.721</b>

Fonte: Min. Salute-Open Data

posti letti per acuti privi di servizi di pronto soccorso e che dunque siano autorizzati a sottrarsi al circuito di emergenza/urgenza.

Tale situazione infatti determina due importanti conseguenze.

La prima è quella di avere un numero di letti/acuti a disposizione dei servizi di pronto-soccorso insufficiente alle richieste e inferiore a quanto prescritto dalla legge, dando un contributo significativo al realizzarsi delle interminabili attese di ricovero fonte di affollamento, con un inevitabile incremento del rischio clinico, un inadeguato rispetto della garanzia dei LEA e della qualità delle cure. Non da ultimo ren-

dendo ancora più gravoso il lavoro del Personale (medici urgentisti e infermieri) di potere operare correttamente con conseguenti e sempre più frequenti proteste e aggressioni.

La seconda è quella che permette la selezione delle prestazioni per acuti nell'ambito del SSN realizzando una grave anomalia con conseguenze negative non solo per il pubblico ma anche per oltre la metà delle strutture equiparate.

Il risultato è che il privato con il 40,4% delle strutture per Acuti e il 23,4% dei posti letto ha il 9,7% degli accessi in DEA/PS lasciando il 90,3% al pubblico.

TABELLA 5

Posti Letto/acuti pubblici in Presidi con/senza servizi DEA/PS

Regione	Con DEA/PS	Senza DEA/PS	Totale
Piemonte	14.590	188	14.778
Valle d'Aosta	409		409
Lombardia	26.007	875	26.882
PA Bolzano	1.760		1.760
PA Trento	1.298		1.298
Veneto	12.316	224	12.540
Friuli Venezia Giulia	3.636	134	3.770
Emilia Romagna	11.555	130	11.685
Liguria	4.082		4.082
Toscana	9.924	8	9.932
Marche	4.565	303	4.868
Umbria	2.511	11	2.522
Lazio	10.133	661	10.794
Abruzzo	3.301		3.301
Molise	607		607
Campania	11.799	268	12.067
Basilicata	1.590		1.590
Puglia	8.762	243	9.005
Calabria	3.145	602	3.747
Sicilia	10.268	47	10.315
Sardegna	4.613	182	4.795
<b>Totale</b>	<b>146.871</b>	<b>3.876</b>	<b>150.747</b>

TABELLA 6

Posti Letto/acuti Privati Equiparati/ Case di Cura in Presidi con/senza servizi DEA/PS

Regione	2021				Totale
	Equiparate con DEA/PS	Equiparate senza DEA/PS	Case di Cura con DEA/PS	Case di Cura senza DEA/PS	
Piemonte	239	482		1.328	2.049
Valle d'Aosta				63	63
Lombardia	4.208	692	3.847	2.037	10.784
PA Bolzano				145	145
PA Trento		111		228	339
Veneto	1.015	406	158	944	2.523
Friuli Venezia Giulia				475	475
Emilia Romagna		42		2.480	2.522
Liguria	762			134	896
Toscana		174		996	1.170
Marche				438	438
Umbria				251	251
Lazio	4.483	679	952	2.659	8.773
Abruzzo				684	684
Molise		322		94	416
Campania	602	131	281	3.524	4.538
Basilicata					
Puglia	1.931	8	398	1.539	3.876
Calabria			240	802	1.042
Sicilia	453	202		3.706	4.361
Sardegna				629	629
<b>Totale</b>	<b>13.693</b>	<b>3.249</b>	<b>5.876</b>	<b>23.156</b>	<b>45.974</b>

È da sottolineare tuttavia che l'ipotesi di una revoca dell'accreditamento ai presidi privi di DEA/PS, renderebbe ancor più deficitaria l'attuale situazione rendendo praticamente ingestibile tutto il settore delle prestazioni per acuti del SSN e delle liste di attesa. D'altra parte l'apertura di nuovi servizi di pronto-soccorso in presidi che attualmente ne sono privi non rappresenta una soluzione gestibile nel breve e medio termine per difficoltà strutturali, tecnologiche, organizzative e soprattutto di personale. Inoltre occorre ricordare che alcune leggi regionali impediscono, soprattutto al privato, di aprire nuovi servizi di pronto-soccorso, negando in tal modo una funzione a cui per legge dovrebbero concorrere le strutture per acuti.

## RETE EMERGENZA/URGENZA PUBBLICO/PRIVATO

Dai dati riportati si evidenzia che un numero significativo di posti letto che erogano prestazioni per acuti è esonerato completamente dalla partecipazione al sistema emergenza/urgenza e il SSN, pertanto, non ha a disposizione i letti normativamente previsti.

La soluzione che si propone va nella direzione di: 1) mettere a disposizione dei pronto-soccorso un maggior numero di posti letto utilizzando i posti letto dei presidi privi di servizi di pronto soccorso; 2) inaugurare una prospettiva di rapporto pubblico/privato con la creazione di una *rete territoriale pubblico/privato di emergenza/urgenza*, peraltro prevista dalla normativa e finora non applicata da parte delle Regioni.

La *rete territoriale* deve essere definita con *accordi di convenzione* tra strutture pubbliche e private dotate di DEA/PS con quelle limitrofe prive di questi servizi che metterebbero in tal modo a disposizione dei pronto-soccorso della *rete* un numero programmato di posti letto, nel rispetto delle competenze professionali, specialistiche, strutturali, tecnologiche ed organizzative presenti.

Per i pazienti si avrebbe una riduzione delle estenuanti e sofferenti permanenze in barella nei locali dei pronto-soccorso e per i medici urgentisti un maggior numero di posti letto a disposizione per i ricoveri con la possibilità di indirizzare i pazienti alla struttura più indicata dal punto di vista delle specialità e delle competenze presenti.

La *rete Emergenza/Urgenza* così disegnata e realizzata, pur non potendo agire sul fattore *accessi* riguardante il territorio, verrebbe ad attenuare il so-



**TABELLA 7**  
**Accessi**  
**DEA/PS 2020 (\*)**

Regione	Accessi DEA/PS pubblici	%	Accessi DEA/PS privati		Totale
				%	
Piemonte	922.443	97,7	21.671	2,3	944.114
Valle d'Aosta	34.614	100,0		0,0	34.614
Lombardia	1.751.526	79,6	449.738	20,4	2.201.264
PA Bolzano	194.688	100,0		0,0	194.688
PA Trento	90.122	100,0		0,0	90.122
Veneto	1.141.487	91,4	107.562	8,6	1.249.049
Friuli Venezia Giulia	263.161	100,0		0,0	263.161
Emilia Romagna	1.196.361	99,8	2.117	0,2	1.198.478
Liguria	348.153	90,6	36.043	9,4	384.196
Toscana	931.135	100,0		0,0	931.135
Marche	349.970	100,0		0,0	349.970
Umbria	162.012	100,0		0,0	162.012
Lazio	821.575	69,0	369.463	31,0	1.191.038
Abruzzo	296.928	100,0		0,0	296.928
Molise	39.574	100,0		0,0	39.574
Campania	925.050	90,0	102.626	10,0	1.027.676
Basilicata	115.030	100,0		0,0	115.030
Puglia	686.271	87,1	101.615	12,9	787.886
Calabria	194.850	96,9	6.161	3,1	201.011
Sicilia	1.028.302	94,9	55.484	5,1	1.083.786
Sardegna	188.493	100,0		0,0	188.493
<b>Totale</b>	<b>11.681.745</b>	<b>90,3</b>	<b>1.252.480</b>	<b>9,7</b>	<b>12.934.225</b>

(\*) Fonte Min. Salute Ultimi dati pubblicati

vraffollamento di cui soffre quotidianamente ogni pronto soccorso dovuto in larga parte alla difficoltà di trovare un posto letto.

Gli accordi di convenzione pubblico/privato è il punto fondamentale su cui poggia la definizione della rete e la sua operatività, soprattutto nella individuazione del livello di risposta specialistica che ogni singola struttura è in grado di offrire per competenza, complessità dell'organizzazione e sicurezza delle cure.

La mancanza del requisito di accreditamento - requisito che, ripetiamo, si riferisce alla obbligatoria presenza di servizi di pronto soccorso nelle strutture accreditate per posti letto/acuti - verrebbe parzialmente sostituita dalla norma che "la gestione dei posti letto deve avvenire con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza (DM 70/2015 - All. I - §1.2)

Non da ultimo si darebbe luogo all'inaugurazione di un'inedita prospettiva di rapporto di collaborazione pubblico/privato da più parti invocato e senza il quale l'universalismo equo e solidale del SSN è fortemente a rischio.

**TABELLA 7**  
**Ricoveri per acuti**  
**Ssn 2020**

Regione	PUBBLICI	PRIVATI ACCREDITATI					Case di Cura
		Strutture Equiparate					
		Policl. Priv.	IRCCS/Fond.	Osp. Class.	Ist. Qual.	Enti Ricerca	
Piemonte	381.318	-	7.385	-	11.637	-	37.163
Valle d'Aosta	13.874	-	-	-	-	-	748
Lombardia	642.387	-	136.436	25.937	-	-	175.964
P.A. Bolzano	61.220	-	-	-	-	-	2.299
P.A. Trento	52.329	-	-	2.149	-	-	2.738
Veneto	424.888	-	-	35.743	22.880	-	36.028
Friuli V.G.	128.431	-	-	-	-	-	15.047
Liguria	154.488	-	-	20.496	-	-	7.269
Emilia Romagna	459.572	-	1.616	-	-	-	90.497
Toscana	379.840	-	2.662	-	-	4.735	29.663
Umbria	90.375	-	-	-	-	-	7.696
Marche	144.332	-	-	-	-	-	22.717
Lazio	304.553	101.672	76.536	61.116	-	-	106.260
Abruzzo	113.683	-	-	-	-	-	21.851
Molise	19.411	-	6.883	-	-	5.380	2.161
Campania	382.760	-	-	28.975	-	-	139.558
Puglia	224.305	-	23.536	36.217	-	-	51.358
Basilicata	46.676	-	-	-	-	-	-
Calabria	112.193	-	-	-	-	-	23.793
Sicilia	291.882	-	6.273	8.870	7.406	-	91.191
Sardegna	152.243	-	-	-	-	-	25.571
ITALIA	4.580.760	101.672	261.327	219.503	41.923	10.115	889.572

# Specializzandi in corsia: le assunzioni con il Decreto Calabria Vademecum e Faq

**Pubblichiamo la seconda e ultima parte del vademecum, con relative FAQ, elaborate da Anaao Giovani e Als per agevolare le aziende sanitarie e i medici specializzandi nel processo di assunzione e di chiarire tutti i dubbi e perplessità**



## FAQ

Per ricevere assistenza, inviare una e-mail ad [anaaogiovani@anaao.it](mailto:anaaogiovani@anaao.it)

### Riferimenti Normativi

- A** “Decreto Calabria” (Art. 1 comma 548-bis Legge 145 del 2018)
- B** Accordo Quadro per l’assunzione dei medici specializzandi
- C** “Emendamento ANAAO” (Art. 14 comma 1 Legge 34 del 2023)

● **Gli specializzandi possono partecipare ai concorsi pubblici per dirigente medico?**

Si, possono partecipare gli specializ

● **Cosa succede qualora lo specializzando risultasse idoneo?**

Conseguire l’idoneità significa aver superato tutte le 3 prove. Si viene collocati in graduatoria separata rispetto agli specialisti.

● **Cosa succede se lo specializzando conseguisse un punteggio maggiore di uno speciali sta?**

Lo specializzando sarebbe comunque in graduatoria separata e tale graduatoria può essere utilizzata solo al completamento della graduatoria degli specialisti. La graduatoria degli specializzandi viene immediatamente utilizzata qualora non vi fossero specialisti idonei.

● **Sono risultato idoneo e sono stato inserito nella graduatoria degli specializzandi, quando mi specializzo verrò automaticamente trasferito nella graduatoria degli specialisti?**

Vademecum  
per i medici  
e le aziende  
sanitarie

Parte

2

No, si rimane sempre in quella degli specializzandi. Tale graduatoria sarà utilizzabile fino al 31 dicembre 2023. Le aziende possono procedere all’assunzione con contratto di lavoro di tipo subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale.

● **Quali sono le procedure per poter assumere uno specializzando?**

Le procedure sono normate dai punti 3 e 4 dell’accordo quadro e dal cosiddetto “emendamento ANAAO” (Art. 14 comma 1 Legge 34 del 2023).

● **Una delle aziende facenti parte della rete formativa della mia scuola di specializzazione intende assumermi, quali sono le procedure?**

Come stabilito dal punto 3 dell’accordo quadro, l’assunzione avviene nelle medesime modalità rispetto ad un medico specialista.

● **Una delle aziende facenti parte di una rete formativa ma non della mia scuola di specializzazione intende assumermi, quali sono le procedure?**

In tal caso dovrà essere redatto, a cura del consiglio della scuola stessa, entro 15 giorni dalla richiesta dell’azienda interessata, un progetto formativo individuale, da allegare al contratto di lavoro a tempo determinato, quale parte

integrante del contratto stesso, attestante anche il grado di autonomia raggiunto dallo specializzando ai fini dello svolgimento dell’attività lavorativa.

● **Per essere assunti, è obbligatoria la stipula di un accordo quadro tra l’università in cui sono iscritto e la regione in cui è l’azienda che intende assumermi?**

No, non è obbligatorio grazie al cosiddetto “emendamento ANAAO” (Art. 14 comma 1 Legge 34 del 2023) che recita così: «I suddetti accordi con le università sono adottati entro novanta giorni dalla richiesta dei soggetti di cui al primo periodo. In mancanza, le modalità di svolgimento della formazione specialistica a tempo parziale sono definite sulla base dell’accordo quadro di cui all’ottavo periodo».

● **La mia Università e/o il mio Direttore di Scuola di Specializzazione può impedirmi di essere assunto?**

No, non può impedirti di essere assunto poiché, come stabilito dal cosiddetto “emendamento ANAAO” (Art. 14 comma 1 Legge 34 del 2023), le aziende che intendono assumere, passati i 90 giorni dalla all’assunzione d’ufficio in presenza di diniego o mancata risposta.

● **Come specializzando assunto, quante ore settimanali dovrò svolgere da dirigente medico?**



Lo specializzando svolge, nell'azienda sanitaria presso la quale è stato assunto, 32 ore settimanali dedicate all'attività lavorativa e all'attività formativa pratica. Per quanto attiene alla residua attività formativa teorica le relative ore sono concentrate dall'Università in un unico periodo da svolgersi mensilmente o comunque periodicamente al fine di garantire continuità nell'erogazione delle prestazioni assistenziali da parte dello specializzando assunto, nonché una razionale organizzazione di ambedue le attività a cui è tenuto.

## ● Come si svolge l'attività teorica?

Tale attività è normata dal punto 6 dell'accordo quadro, che recita così: "Per quanto attiene alla residua attività formativa teorica le relative ore sono concentrate dall'Università in un unico periodo da svolgersi mensilmente o comunque periodicamente al fine di garantire continuità nell'erogazione delle prestazioni assistenziali da parte dello specializzando assunto, nonché una razionale organizzazione di ambedue le attività a cui è tenuto".

## ● Quali sono le modalità di verifica dell'assunzione da parte dell'azienda sanitaria?

L'azienda sanitaria provvede, mediante PEC, a richiedere disponibilità all'assunzione a tempo indeterminato degli specialisti risultati idonei, ove presenti. Dopo l'ultimazione di tali procedure, provvede a richiedere, sempre mediante PEC, disponibilità all'assunzione a tempo determinato dei medici specializzandi, seguendo rigorosamente l'ordine di graduatoria.

## ● Il mio Direttore di Scuola può chiedermi di effettuare attività pratica in una struttura diversa da quella in cui sono assunto?

No, come d'altronde è stabilito dal punto dell'accordo quadro, che recita così: "L'Università riconosce le attività formative pratiche svolte, secondo quanto stabilito dal progetto formativo della Scuola e previa certificazione delle stesse da parte del Consiglio della Scuola stessa, dallo specializzando nell'azienda sanitaria presso la quale è assunto quale parte integrante e sostanziale dell'intero ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione".

## ● Vorrei iscrivermi ad un concorso a tempo indeterminato ma, essendo bandito solo per un posto, non

## vedo il senso di iscrivermi poiché di sicuro non arriverò primo.

Le aziende sanitarie, in sede di assunzione, molto spesso procedono all'assunzione di molti più specializzandi e specialisti rispetto ai posti banditi. Inoltre, tutte le aziende sanitarie della regione in cui è stato bandito il concorso possono attingere alla graduatoria e provvedere ad assumere a tempo determinato, con automatica conversione a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specializzazione.

## ● Sono risultato idoneo e sono stato chiamato a svolgere il lavoro a tempo determinato a tempo parziale dall'azienda che ha bandito il concorso, ma ho deciso di non accettare, che succede?

Ciò non comporta la tua decadenza dalla graduatoria ma non potrai più essere assunto a tempo determinato. Al conseguimento del titolo di specializzazione, dovrai informare tramite PEC l'azienda sanitaria che ha bandito il concorso del conseguimento del titolo, la quale potrà, sempre tramite PEC, richiedere la tua disponibilità di essere assunto a tempo indeterminato.

## ● Sono risultato idoneo e sono stato chiamato a svolgere il lavoro a tempo determinato a tempo parziale da un'azienda sanitaria che ha deciso di attingere a quella graduatoria, ma ho deciso di non accettare, che succede?

Dopo il tuo rifiuto, rimani comunque in graduatoria, in cui tutte le aziende sanitarie di quella regione possono attingere e tu sei libero di non accettare e rimanere in graduatoria. Ciò non comporta la tua decadenza dalla graduatoria ma non potrai più essere assunto a tempo determinato. Al conseguimento del titolo di specializzazione, dovrai informare tramite PEC l'azienda sanitaria che ha bandito il concorso del conseguimento del titolo, la quale potrà, sempre tramite PEC, richiedere la tua disponibilità di essere assunto a tempo indeterminato.

## ● Quanto sarà indicativamente il compenso mensile?

Il compenso mensile ammonterà circa a €2.700 netti al mese, lo stipendio della borsa di specializzazione viene sospeso. Il trattamento economico dello specializzando è proporzionato alle prestazioni assistenziali rese, assicurando

le seguenti rispettive voci retributive previste dal CCNL della dirigenza medica e sanitaria del SSN:

- stipendio tabellare;
- indennità di specificità medica;
- indennità di esclusività;
- indennità legate alle particolari condizioni di lavoro, ove spettanti;
- retribuzione di risultato, ove spettante;
- retribuzione di posizione in relazione all'eventuale incarico conferito.

## ● Posso decidere di rifiutare l'indennità di specificità medica?

Tale indennità, che ammonta a circa 200 euro lorde mensili, non può essere rifiutata fino al conseguimento del titolo di specializzazione.

## ● Posso svolgere attività intramoenia?

Sì, puoi svolgerla in base all'articolo 40 comma 1 del Decreto Legislativo 368 del 1999.

## ● Come specializzando assunto, posso sostenere altri concorsi?

Absolutamente sì.

## ● Sono risultato idoneo e sono stato chiamato a svolgere il lavoro a tempo determinato a tempo parziale ma ho compreso che non fa per me, posso dimettermi?

Sì, puoi dimetterti e tornare a fare lo specializzando come prima senza recuperare i mesi di assunzione, e qualora lo volessi puoi sostenere altri concorsi a tempo indeterminato.

## ● Vi è un preavviso di dimissione?

Gli specializzandi assunti devono comunicare le proprie dimissioni, per essere assunti in altra struttura sanitaria o per tornare nella propria scuola di specializzazione, con un preavviso di 30 giorni.

## ● Come sarà la mia posizione previdenziale?

Sarà equiparata a quella di un dirigente medico.

## ● Come sarà la mia posizione assicurativa?

Sarà equiparata a quella di un dirigente medico, ovvero l'azienda ti coprirà per la RC (Responsabilità Civile).

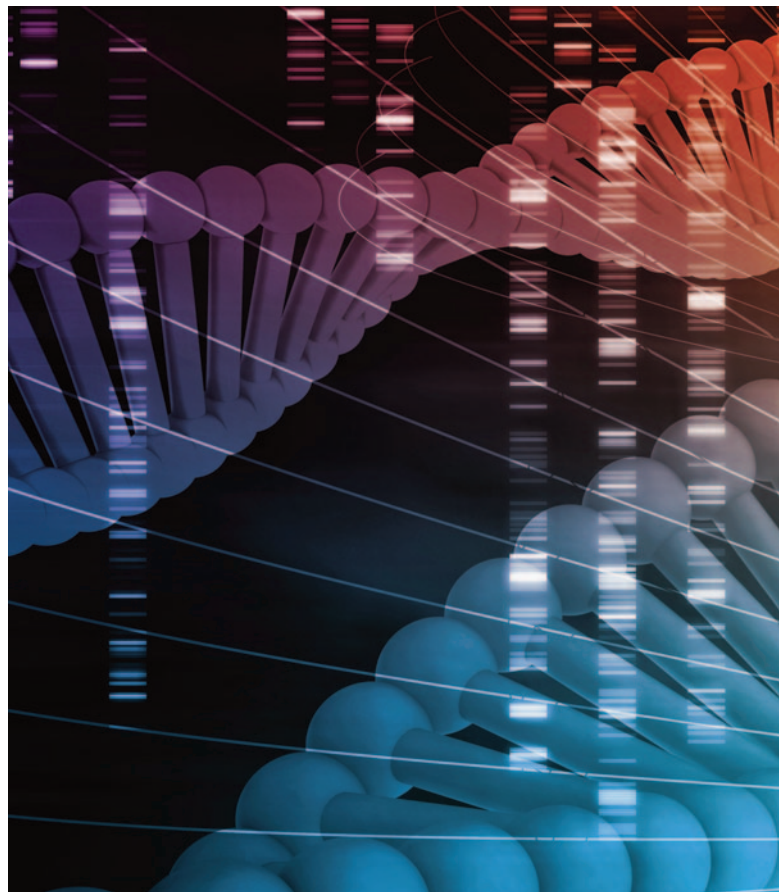
## ● Sono risultato idoneo e sono stato chiamato a svolgere il

“Il compenso mensile ammonterà circa a €2.700 netti al mese, lo stipendio della borsa di specializzazione viene sospeso. Il trattamento economico dello specializzando è proporzionato alle prestazioni assistenziali rese

# Il futuro è quasi ora!

## Dalla Medicina Classica alla Medicina “Omica” grazie alle Scienze Omiche

Con il suffisso “omic” ci si riferisce dunque al “tutto”, parola che allude non solo alla totalità del patrimonio di informazioni che DNA, RNA e proteine contengono, ma anche alla totalità delle interazioni funzionali che stanno alla base dei processi metabolici cellulari e che determinano la differenza tra cellula e cellula o tra organismo e organismo



**MARINA TARSITANO**

Dirigente biologa presso l'U.O.C. di genetica medica e responsabile supervisore del laboratorio COVID 19 presso SIMT dell'A.O.R.N.A. Cardarelli  
Responsabile Dirigenza Sanitaria Anaa Assomed Campania

Nella seconda metà degli anni 90 del XX secolo la comunità scientifica ha iniziato a usare il termine “omics”, in italiano “omiche”, un neologismo che indica tutte le discipline che utilizzano tecnologie di analisi che consentono la produzione di un elevato numero di dati in uno stesso intervallo di tempo per la comprensione di uno specifico sistema biologico.

Le scienze omiche si sono diffuse principalmente grazie allo sviluppo di tecnologie high-throughput come metodi di sequenziamento massivo del DNA definita come Next Generation Sequencing (NGS) o la Spettrometria di Massa (SM) in grado di generare un grande quantità di dati relativi ai diversi livelli di complessità biologica (DNA, mRNA, proteine, metaboliti, ecc.), contribuendo così a rivoluzionare l'apporto allo studio degli organismi viventi.

Esistono differenze sostanziali tra le diverse scienze omiche, ma hanno tutte un obiettivo comune, quello di definire in modo completo le caratteristiche strutturali o funzionali di una classe di molecole biologiche in una cellula, tessuto o organismo.

Le principali scienze omiche che possono essere definite come **propulsori dello sviluppo della biologia dei sistemi** sono la Genomica, l'Epigenomica, la Trascrittomica, la proteomica, la metabolomica e la Microbiomica.

La **Genomica** si basa sullo studio di interi genomi in contrapposizione alla “Genetica” che interrogava singole varianti o singoli geni. Nell'ambito della ricerca medica, la genomica permette l'identificazione delle varianti genetiche associate alla malattia, alla risposta al trattamento o alla futura prognosi del paziente. La tecnologia utilizzata è principalmente l'NGS per il sequenziamento dell'esoma o dell'intero genoma. Lo Studio di associazione sull'intero genoma (GWAS) è un metodo che è stato utilizzato per identificare migliaia di varianti genetiche associate a malattie complesse (catalogo GWAS <https://www.ebi.ac.uk/gwas/home>) in più popolazioni umane. In tali studi, migliaia di individui sono genotipizzati per più di un milione di marcatori genetici e le differenze statisticamente significative nelle frequenze alleliche minori tra casi e controlli sono considerate prove di associazione. Gli studi GWAS forniscono un importante contributo per la comprensione dei fenotipi complessi.

L'**epigenomica** studia le modificazioni reversibili che subisce il DNA o le proteine associate al DNA, come la metilazione del DNA, l'acetilazione dell'istone e l'azione degli RNA non codificanti. Le modificazioni covalenti del DNA e degli istoni sono i principali regolatori della trascrizione genica e succes-

sivamente del destino cellulare. Tali modifiche possono essere influenzate sia da fattori genetici che ambientali, possono essere di lunga durata e talvolta sono ereditabili. È evidente da molti studi di associazione su tutto l'epigenoma che il ruolo delle modificazioni epigenetiche hanno una rilevanza nei processi biologici e nello sviluppo della malattia. Ad esempio, le regioni differenzialmente metilate del DNA possono essere utilizzate come indicatori di una sindrome metabolica, di malattie cardiovascolari, di neoplasie e di molti altri stati fisiopatologici. Le firme epigenetiche sono spesso tessuto-specifiche e diversi grandi consorzi si stanno concentrando sulla creazione di mappe epigenomiche complete in più tessuti umani (Roadmap Epigenomics <http://www.roadmapepigenomics.org/>) e International Human Epigenome Consortium (<http://ihec-epigenomes.org/>). Pertanto, oltre alle informazioni acquisite dall'identificazione delle modificazioni epigenetiche correlate alle malattie, i dati generati da questi studi hanno un grande potenziale per migliorare la nostra interpretazione funzionale delle varianti genetiche che risiedono in quelle regioni o dei marcatori epigenetici associati alla malattia indipendentemente dalla variazione genetica. La tecnologia utilizzata per la valutazione delle modifiche del DNA anche in questo caso è il NGS.





**La trascrittomic**a studia tutti i tipi di RNA in un determinato momento o condizione, sia qualitativamente (presenza di trascritti, identificazione di nuovi siti di giunzione, siti di modifica dell'RNA) sia quantitativamente (livelli di espressione degli RNA). Il dogma centrale della biologia vedeva l'RNA come un intermedio molecolare tra il DNA e le proteine. Altri esempi di funzione dell'RNA, come quelli strutturali (p. es., complessi ribosomiali) o regolatori (p. es., Xist nell'inattivazione di ChrX) sono stati spesso considerati eccezioni alla regola generale. Gli studi di trascrittomic nell'ultimo decennio hanno dimostrato che mentre solo il 3% circa del genoma codifica per le proteine, fino all'80% del genoma viene trascritto. Il sequenziamento dell'RNA ha identificato migliaia di nuove isoforme e ha mostrato una complessità del trascrittoma codificante proteine maggiore di quanto si credesse in passato. Tuttavia, un contributo ancora più significativo di questi studi è stato dato nel campo dell'RNA non codificante. È ora chiaro che migliaia di lunghi RNA non codificanti trascritti nelle cellule (<http://www.encodegenes.org/>) svolgono ruoli essenziali in molti processi fisiologici, ad esempio la differenziazione adiposa bruna, la regolazione endocrina e lo sviluppo dei neuroni. È oggi ormai noto che la disregolazione di lunghi RNA non codificanti (lncRNA)

sono implicati nello sviluppo di diverse malattie, come l'infarto del miocardio, il diabete, il cancro. Oltre agli RNA lungo non codificanti, la tecnologia NGS ha consentito di identificare anche micro RNA (miRNA) e RNA circolari (circRNA), un nuovo giocatore nella famiglia degli RNA. Proprio come gli lncRNA, un numero crescente di prove indica la disregolazione degli miRNA e circRNA in diverse malattie e il loro potenziale utilizzo come biomarcatori o come bersagli terapeutici.

**La proteomica** è lo studio su larga scala delle proteine. L'analisi e la quantificazione delle proteine è stata rivoluzionata dai metodi di Spettrometria di Massa (SM) applicati per analisi di migliaia di proteine nelle cellule o nei fluidi corporei. Il proteoma umano contiene circa 20000-25000 proteine non ridondanti, ma considerando gli eventi di splicing alternativo dei trascritti, e modificazioni post-traduzionali come proteolisi, glicosilazione, fosforilazione, nitrosilazione e ubiquitinazione, il numero salirebbe addirittura a qualche milione. La SM può essere utilizzata per misurare direttamente tali modifiche covalenti definendo il corrispondente spostamento nella massa della proteina rispetto al peptide non modificato. Tali modifiche svolgono un ruolo chiave nella segnalazione intracellulare, nel controllo dell'attività enzimatica, nel

“  
**Esistono differenze sostanziali tra le diverse scienze omiche, ma hanno tutte un obiettivo comune, quello di definire in modo completo le caratteristiche strutturali o funzionali di una classe di molecole biologiche in una cellula, tessuto o organismo**

ricambio e nel trasporto delle proteine e nel mantenimento della struttura cellulare complessiva. Le interazioni tra le proteine possono essere rilevate con metodi classici come il “phage display” e il saggio del doppio ibrido (Yeast Two-Hybrid), mentre le interazioni tra i fattori di trascrizione e specifici siti di legame del DNA sono identificate con il metodo di immunoprecipitazione della cromatina (ChIP) e con il sequenziamento (ChIP-Seq). La proteomica nella ricerca medica riveste un ruolo importante nell'identificazione di possibili biomarker. È noto che le cellule tumorali, infatti, producono proteine modificate o proteine che, in condizioni normali, non sarebbero prodotte da quel tipo cellulare, in quel quantitativo e in quella determinata fase dello sviluppo e che, per tanto, possono diventare utili biomarker.

**La metabolomica** permette la quantizzazione simultanea di diversi tipi di piccole molecole, come aminoacidi, acidi grassi, carboidrati o altri prodotti delle funzioni metaboliche cellulari. I livelli dei metaboliti e i rapporti relativi riflettono la funzione metabolica e le variazioni di tali livelli al di fuori del limite del normale sono spesso indicative di malattia. La metabolomica umana, dunque, trova applicazioni diagnostiche e terapeutiche: nelle malattie autoimmuni, in disturbi gastrointestinali, in ambito oncologico, nel diabete, nell'autismo, nelle malattie neurologiche, nell'obesità e in ambito cardiologico.

**La microbiomica** è un campo in rapida crescita in cui vengono studiati insieme tutti i microrganismi di una data comunità. La pelle umana, le superfici delle mucose e l'intestino sono colonizzati da microrganismi, inclusi batteri, virus e funghi, noti come microbiota e i loro geni costituiscono il microbioma. Il microbioma umano è enormemente complesso; ad esempio, l'intestino contiene circa 100 trilioni di batteri di 1000 specie diverse. La composizione del microbiota può variare a causa di molti fattori, come la dieta, l'utilizzo di farmaci e altri fattori ambientali. La microbiomica permette dunque di valutare la presenza di microrganismi responsabili di malattie o la carenza di altri microrganismi garanti

## Decreto Calabria Vademecum e Faq

**lavoro a tempo determinato a tempo parziale, ho accettato, mi sono specializzato e il contratto è diventato automaticamente a tempo indeterminato, che succede ora?**

Sei un dirigente medico a tutti gli effetti, assunto a tempo indeterminato e inizierai il tuo periodo di prova di 6 mesi come se avessi vinto un concorso da specialista.

● **Come “si svolge” l’attività di formazione –lavoro del medico specializzando assunto a tempo determinato?**

Lo svolgimento di tale attività è normato dal punto 5 dell’accordo quadro, che recita così: “Gli specializzandi assunti dalle aziende sanitarie, in virtù della normativa in oggetto e secondo i criteri previsti dal presente accordo, svolgono attività assistenziali coerenti con il livello di competenze e di autonomia raggiunto e correlato all’ordinamento didattico di corso, alle attività professionalizzanti nonché al programma formativo seguito e all’anno di corso di studi superato. Le aziende sanitarie presso le quali gli specializzandi sono assunti ne garantiscono il tutoraggio, svolto rispettivamente dai dirigenti medici, medici veterinari e sanitari della struttura nominati dalla scuola, nelle forme indicate dall’Università d’intesa con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture stesse. Il tutor nel corso dell’incarico stabilisce, sulla base delle competenze acquisite dallo specializzando e certificate secondo le modalità stabilite dalla scuola, le attività assistenziali che lo specializzando può via via svolgere in autonomia secondo quanto in questo senso attestato dalla scuola stessa, ferma restando la necessità per il tutor stesso di intervenire tempestivamente in caso di necessità”.

Vademecum  
per i medici  
e le aziende  
sanitarie

Parte  
2

## Il futuro è quasi ora!

del benessere. Molti studi hanno dimostrato che le variazioni del microbiota intestinale può essere associato a diverse patologie tra cui il diabete, obesità, cancro, colite, malattie cardiache e autismo. Il microbioma può essere profilato amplificando e quindi sequenziando mediante NGS del gene RNA ribosomale (rRNA) 16S. Diversi strumenti analitici sono stati sviluppati per analizzare i dati ottenuti oltre ad analisi metagenomiche. L’accurata determinazione quantitativa dei taxa può essere correlata con la malattia o altri fenotipi di interesse.

**Le scienze omiche**, che descrivono la complessità di un organismo, stanno dunque trovando applicazione nella pratica clinica determinando una rivoluzione nella Medicina “Classica” che, in particolare per quanto riguarda la ricerca e l’applicazione di nuove terapie, segue un approccio più orientato verso la **popolazione**, privilegiando l’entità della risposta media nei pazienti **rispetto al caso particolare**, al fine di valutare l’efficacia dei farmaci in maniera statisticamente solida. In questi ultimi anni si sta parlando di una Medicina di Precisione, definita da Francis Collins (Direttore dei National Institutes of Health), come “quell’insieme di strategie di prevenzione e trattamento che tengono conto della variabilità individuale”. Tutto ciò è una vera e propria rivoluzione che stiamo vivendo come ricercatori, clinici e pazienti. La visione è cambiata il paziente è unico e necessita di una terapia mirata su di lui e sulla sua patologia che si manifesta con determinate peculiarità. Il termine Medicina di Precisione è stato coniato per la prima volta in ambito oncologico a seguito del fatto che le neoplasie dipendono nel loro sviluppo dall’accumulo di multiple alterazioni genetiche, che possono renderle particolarmente responsive a trattamenti specifici, in grado di agire con un’alta probabilità di successo nei confronti della neoplasia e di provocare danni limitati per il malato. L’individuazione di terapie più efficaci, in quanto mirate (targeted), può infatti evitare sotto o sovra-trattamenti e l’esposizione dei pazienti a inutili effetti collaterali, con importanti implicazioni di sicurezza e di costi evitate. Nei 22 anni trascorsi dalla pubblicazione della prima bozza del progetto sul genoma umano, l’uso del-

la genotipizzazione e della genomica è diventato parte del trattamento standard per alcuni tipi di tumori. Un esempio è dato dal carcinoma polmonare non a piccole cellule in cui gli studi genomici hanno permesso la scoperta di alcune varianti somatiche in specifici oncogeni (come ad esempio il gene *EGFR*) definite “*driver*” importanti nel processo di cancerogenesi e in grado di guidare l’evoluzione clonale della malattia. Inoltre anche la scoperta degli inibitori della tirosina chinasi con proprietà inibitorie clinicamente efficaci ha sollevato aspettative e interesse per la profilazione molecolare del carcinoma polmonare non a piccole cellule. Distinguere tali variazioni somatiche costituisce un primo elemento nell’identificazione della terapia, ma non è sufficiente. Infatti, il livello genomico è solo un primo piano nell’edificio della conoscenza oncologica e necessita l’integrazione di ulteriori livelli (tra cui trascrittomico, epigenomico, proteomico, metabolomico). Inoltre, il contesto, ossia il tessuto nel quale tali alterazioni si manifestano, e la sequenzialità degli eventi (ad oggi terreno quasi inesplorato), potrebbero essere elementi rilevanti nella scelta terapeutica. In futuro molteplici approcci “omici” tra cui alterazioni del DNA genomico, modificazioni epigenetiche, espressione basata sul trascrittoma dell’mRNA, espressione proteomica e alterazioni nelle molecole regolatrici come il microRNA e i fattori immunitari forniranno un ritratto più completo di molte altre patologie anche in relazione all’ambiente e allo stile di vita. Dunque i medici insieme ai Genetisti, i Patologi molecolari e i Biochimici Molecolari, acquisiranno una visione “Omica” incentrata sul collegamento dei profili multiomici dei pazienti, al fine di guidare la gestione della malattia e i regimi terapeutici e la Medicina diventerà una Medicina “Omica”.





## CYBERSECURITY ANAAO

# CON L'ANAAO I TUOI DATI SONO PROTETTI E AL SICURO.

L'Anaa Assomed offre ai suoi iscritti il servizio di monitoraggio degli attacchi informatici che protegge l'utente da:

✓ Perdita di dati ✓ Credenziali trapelate ✓ Botnet attive ✓ Early warning.

### QUALI SONO I PERICOLI?

- Pagine web o social media fake che si spacciano per un marchio e traggono in inganno
- Applicazioni mobili o web false e/o sospette che si spacciano per applicazioni legittime di un cliente
- Siti web di truffa e phishing che si spacciano per clienti
- File o elementi dannosi coinvolti in attacchi di phishing o malware contro un cliente
- I risultati della ricerca su Google portano a siti web di phishing e ad attività sospette
- Download di software non legittimo
- Condivisione di informazioni personali su siti di terze parti
- Disponibilità di informazioni personali in ambienti pubblici e privati destinati a criminali informatici
- Ricezione di email e SMS malevoli che si spacciano per istituti di credito
- Furto di password memorizzate sui propri dispositivi
- Danno reputazionale tramite la pubblicazione sui propri canali social di contenuti dopo il furto delle credenziali.

### COME AFFRONTARLI?

#### I VANTAGGI DEL SERVIZIO ANAAO

- **Protezione Professionale**  
Evitare la divulgazione di informazioni sensibili e danneggiamento dell'immagine professionale
- **Protezione Personale**  
Evitare la divulgazione di informazioni sensibili possibilità di impersonificazione con utilizzo di informazioni sensibili
- **Esposizioni di sicurezza**  
Informa l'utente su attività potenzialmente sospette su account private
- **Call Center**  
Servizio di call center per attività di remediation e supporto alla sicurezza

### QUAL È L'OFFERTA PER IL 2023?

Per gli iscritti Anaa che hanno sottoscritto la polizza **RC COLPA GRAVE** in convenzione, il servizio sarà **GRATIS** effettuando **entro il 30 giugno 2023** la registrazione al sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it)

Per gli iscritti Anaa che non hanno sottoscritto la polizza in convenzione il costo del servizio è di € 48,00 all'anno

Per gli iscritti Anaa possibilità di aggiungere il pacchetto family al costo di € 20,00 all'anno

Per l'attivazione del servizio e le condizioni scrivere a [segr.naz.milano@anaao.it](mailto:segr.naz.milano@anaao.it)

**ORA HAI  
UN MOTIVO IN PIÙ  
PER ISCRIVERTI  
ALL'ANAAO ASSOMED!**

In collaborazione con



# >< AssiLegal

## Network di assistenza legale per la malpractice medica

Anaa Assomed mette a disposizione dei suoi iscritti il servizio di assistenza legale per il patrocinio di cause sia civili che penali relative alla responsabilità per MALPRACTICE MEDICA

### I nostri Servizi per te:

1. Servizio di First Opinion

2. Qualificati pareri scritti

3. **Indicazioni operative** sui passi da porre in essere nel caso in cui l'associato sia coinvolto in una controversia legale, prontamente supportandolo e orientandolo sul miglior percorso da attivare

4. **Rappresentanza e difesa** nella fase contenziosa davanti all'autorità giudiziaria

5. **L'indirizzamento a una rete di legali referenziati** attivi in tutta Italia che possano farsi carico di ogni ulteriore problematica legale che coinvolga l'associato, con anticipazione delle spese legali e di quelle dei consulenti medici legali a carico della compagnia assicurativa in forza di specifica convenzione.

Attiva qui il servizio:  
**Numero Verde 800-689955**

Via Domenico Scarlatti 27  
20124 MILANO