

d!

d!rigenza medica

7 Contratto

Appello a politica e regioni per avvio trattative

10 ALPI

Una scelta non un sospetto

11 Ritardi indennità PS

La denuncia della Commissione Anaao

14 Dirigenza sanitaria

Nuovi Lea

Il mensile dell'Anaao Assomed



“Le Aziende sanitarie violano leggi e contratti”

Da Nord a Sud tutte le Aziende denunciate dall'Anaao Assomed

SCOPRI TUTTI I
SERVIZI RISERVATI
AGLI ISCRITTI



Iscrizioni
Anaao
Assomed

Io scelgo
L'ANAAO

Per difendere
la sanità pubblica.
Per tutelare
il mio lavoro.

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
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
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

Editore
Homnya srl
Sede legale:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@homnya.com

Ufficio Commerciale
info@homnya.com
Tel. +39 06 45209 715

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002. Anno XXIV
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 maggio 2025



“Le Aziende sanitarie violano leggi e contratti”. Sono 50 le strutture denunciate in tutta Italia. Ed è solo l’inizio.

Parte la denuncia dell’Anaao

Dalla disapplicazione delle tutele contro le aggressioni al personale e ai beni aziendali, alla violazione della normativa su sicurezza, orario di lavoro, ferie e limiti dei turni di pronta disponibilità. E ancora, dalla condotta antisindacale fino alla mancata erogazione delle somme percepite in intramoenia e dei fondi contrattuali.

È partita la campagna di denuncia delle Aziende sanitarie promossa dall’Anaao Assomed con il supporto dell’Ufficio Legale dell’Associazione, dopo aver accertato molteplici violazioni su tutto il territorio nazionale. Dalla rilevazione dell’Associazione emerge infatti come numerose Aziende - 50 in questa prima fase - risultino inadempienti nell’applicare gli strumenti legislativi e contrattuali in loro possesso per garantire le migliori condizioni di lavoro possibili ai dirigenti medici sanitari.

Di Silverio: “Entro l’autunno libro bianco, o si cambia o si muore”

“Ci troviamo di fronte a una realtà inaccettabile, dove le difficoltà quotidiane superano di gran lunga la gratificazione di curare e assistere i cittadini e ci saremmo aspettati che le aziende sanitarie fossero al nostro fianco, dalla parte di chi ogni giorno si impegna per garantire la salute della collettività – ha dichiarato il **Segretario Nazionale Anaao Assomed, Pierino Di Silverio** – invece, troppo spesso ci sentiamo soli, abbandonati di fronte a problemi che minacciano la nostra capacità di lavorare serenamente e, di conseguenza, la qualità dell’assistenza offerta ai pazienti. Oggi diamo il via alla prima fase di azioni concrete, a partire dalla denuncia alle autorità giudiziarie competenti di 50 aziende sanitarie. E non ci fermeremo qui, andremo avanti coinvolgendole tutte, perché questa situazione non è più sostenibile in nessuna realtà del nostro

Paese. Vogliamo che tutti vengano a conoscenza di cosa accade realmente all’interno dei nostri ospedali. E per questo scriveremo un ‘libro bianco’, un documento che raccoglierà testimonianze, dati e fatti inequivocabili sulle condizioni in cui versa la sanità pubblica e su come queste condizioni impattino direttamente sul lavoro dei medici”.

A partire dalla mancata sicurezza sui luoghi di lavoro. “È incredibile come, a distanza di anni dalla legge del 2008 che imponeva la messa in sicurezza delle infrastrutture sanitarie, molte realtà siano ancora inadempienti – ha aggiunto il Segretario Nazionale – come possiamo garantire la salute degli altri se la nostra stessa incolumità non è tutelata? Oggi denunciando inadempienze contrattuali che ledono i nostri diritti più elementari: premialità non riconosciute, ferie e giorni di riposo negati, persino il diritto di accesso ai documenti è ostacolato. Ci troviamo a dover lottare per re-

gole elementari, per quelle condizioni minime che ci permetterebbero di svolgere il nostro lavoro con dignità ed efficacia". Non chiediamo favori, chiediamo collaborazione, ha sottolineato Di Silverio: "Una collaborazione che deve partire dal rispetto delle regole, dei contratti, della dignità professionale di chi ogni giorno si spende per la salute pubblica. Sentiamo forte l'obbligo etico, morale e sociale di difendere il Servizio Sanitario Nazionale. Un sistema universalistico che rischia di sgretolarsi sotto il peso di inadempienze e disattenzioni. Non possiamo rimanere inerti di fronte a questo scenario". Chiediamo di prestare ascolto alla voce dei medici e dirigenti sanitari, di comprendere le nostre difficoltà, di collaborare con noi per costruire una sanità pubblica più sicura, più efficiente e più umana".

D-DAY
Parte la denuncia dell'Anaao

Da Nord a Sud tutte le Aziende denunciate dall'Anaao Assomed

PIEMONTE

ASL CITTÀ DI TORINO

Denuncia presentata dal Segretario Regionale e dal Segretario Aziendale Anaao Assomed

ARGOMENTI

- Aggressioni al personale e ai beni aziendali.
- Mancato rispetto normativa sicurezza

LO STATO DELL'ARTE

- Aggressioni al personale medico-sanitario e ai beni aziendali avvenute presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei Pp.Oo. Osp. Amedeo Savoia/Maria Vittoria, Osp. San Giovanni Bosco, Osp. Martini, afferenti al Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl Città di Torino.
- Mancato rispetto del dovere di sicurezza.
- Richiesta di tutti i provvedimenti e le misure di sicurezza adottati dall'Azienda a seguito della segnalazione dei singoli episodi di aggressione, nonché del protocollo interno che regola le modalità di chiamata delle forze dell'ordine.
- Richiesta di esaminare il Documento di Valutazione Rischi aziendale (VR), compresi gli aggiornamenti ad esso adottati a seguito degli eventi denunciati. L'acquisizione di tali notizie e documenti, tra cui in particolare il DVR, rientra nel diritto di informazione a favore delle Organizzazioni sindacali ed è inoltre necessaria al fine di controllare la correttezza

ta e adeguata implementazione delle misure e dei presidi di sicurezza della Amministrazione, a tutela della salute dei lavoratori, anche al fine di verificare la sussistenza di eventuali responsabilità di natura civile o penale in capo al datore di lavoro e ai soggetti obbligati per legge.

- Predisposta Denuncia all'Ispettorato del Lavoro

ESITO DELLA DENUNCIA

In attesa di risposta

LIGURIA

DIFFIDATE ALCUNE AZIENDE SANITARIE

Diffide presentate dal Segretario Regionale e dai Segretari Aziendali Anaao Assomed

ARGOMENTI

- Violazione disciplina sulla sicurezza sul lavoro.
- Aggressioni al personale

LO STATO DELL'ARTE

- Sono state diffidate le Aziende per violazione disciplina sulla sicurezza nei luoghi di lavoro. Mancato rispetto del dovere di sicurezza.
- Sono stati richiesti all'Azienda tutti i provvedimenti adottati a seguito della segnalazione dei singoli episodi di aggressione, nonché i protocolli in-

terni che regolano le modalità di chiamata delle forze dell'ordine.

- È stato richiesto l'esame del Documento di Valutazione Rischi (DVR) aziendale, compresi gli aggiornamenti. L'acquisizione di tali notizie e documenti, tra cui in particolare il DVR, rientra nel diritto di informazione a favore delle Organizzazioni sindacali ed è inoltre necessaria al fine di controllare la corretta e adeguata implementazione delle misure e dei presidi di sicurezza dell'Amministrazione, a tutela della salute dei lavoratori, anche al fine di verificare la sussistenza di eventuali responsabilità di natura civile o penale in capo al datore di lavoro e ai soggetti obbligati per legge. Il rispetto della disciplina è altresì necessario quale deterrente alle aggressioni al personale e ai beni aziendali.

ESITO DELLE DIFFIDE

- Sono stati effettuati accertamenti nei luoghi di lavoro con ottemperamento da parte di alcune aziende delle norme contenute nel Dlgs. 81/2008.
- Sono stati organizzati incontri ufficiali e informali con Assessore alla Sanità e Magistrati per definire i limiti delle deleghe sulla sicurezza
- È stato organizzato un Convegno sulla sicurezza, sede di confronto con le Istituzioni;
- Sono stati implementati i presidi a rischio o attraverso forze di polizia o con associazioni ad hoc.
- È stata affissa sui luoghi di lavoro la segnaletica a norma in conformità al dlgs 81/2008.



VENETO

AULSS 3 SERENISSIMA

AOU INTEGRATA DI VERONA

AULSS 6 EUGANEA

Denuncia presentata dal Segretario Regionale

ARGOMENTO

- Mancata comunicazioni di dati conoscitivi certi e definitivi. Condotta antisindacale

LO STATO DELL'ARTE

- Anaaao ha intrapreso un'azione legale nei confronti di tre aziende dell'AULSS 3 Serenissima, l'Azienda AULSS 6 Euganea e Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona contestando in ciascuna la rei-

terata mancanza di comunicazione di dati conoscitivi certi e definitivi alle organizzazioni sindacali, configurando una condotta antisindacale. Sono stati depositati tre ricorsi.

ESITO DELLA DENUNCIA

- Il primo è stato rinunciato a seguito della conciliazione tra le parti, gli altri due sono stati depositati l'8 maggio.

FRIULI V.G.

AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE

Denuncia presentata dal Segretario Regionale Anaaao Assomed

ARGOMENTO

Imposta sostitutiva prestazioni aggiuntive: violazione normativa

LO STATO DELL'ARTE

- Erronea applicazione della disciplina sull'imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive (ART. 7 dl 7/6/2024, N. 73) con specifico riferimento alla tassazione applicata ai compensi percepiti in correlazione alle prestazioni aggiuntive rese dalla dirigenza sanitaria nel corso dell'anno 2024. Come emerge sia dalle indicazioni dell'Agenzia delle Entrate sia dall'accordo della Conferenza Stato Regioni, a partire dal 1° gennaio 2024, per le prestazioni rese in tale anno, la tassazione di favore del 15% avrebbe dovuto essere applicata a tutti i compensi erogati (in applicazione dell'articolo 89, comma 2, del CCNL 23 gennaio 2024 e dell'art.1, comma 218 della legge 30 dicembre 2023 n. 213) a prescindere dai meccanismi di concreto finanziamento di tali attività.

ESITO

- In attesa di risposta

EMILIA ROMAGNA

TUTTE LE 13 AZIENDE SANITARIE

Denuncia presentata dal Segretario Regionale e Segretario Aziendale Anaa Assomed

ARGOMENTO

- Violazione della normativa sulle ferie

LO STATO DELL'ARTE

- Accesso agli atti: richiesta dei dati di tutti i dipendenti con riferimento alla percentuale di fruizione delle ferie nell'anno di maturazione; criteri e tempistiche di smaltimento delle ferie non fruiti nell'anno di maturazione; numero di ferie maturate e non ancora fruiti. Tali dati sono necessari al fine di verificare la corretta applicazione da parte dell'Azienda della vigente disciplina legale e contrattuale in materia di ferie tenuto conto della sua diretta incidenza sulla materia della tutela della salute dei professionisti.

ESITO DELLA DENUNCIA

- In attesa di risposta

TOSCANA

TUTTE LE 11 AZIENDE SANITARIE

Denuncia presentata dal Segretario Regionale Anaa Assomed

ARGOMENTO

- Attività Antisindacale: quantificazione fondo Aziendale su formazione ed aggiornamento professionale, partecipazione alla didattica e ricerca finalizzata - art. 45 del CCNL.
- Violazione normativa su prestazioni aggiuntive per abbattimento liste d'attesa.

LO STATO DELL'ARTE

- Diffida e accesso agli atti diretta a verificare il corretto ammontare e l'effettivo impiego delle risorse utilizzate per la realizzazione di progetti di attività aggiuntiva, tra cui, in particolare, le risorse derivanti dalle tratte ai compensi libero-professionali operate ai dirigenti per effetto della c.d. quota Balduzzi; nonché la tariffa effettivamente corrisposta per tali prestazioni.
- Inoltre l'azione sindacale è finalizzata a verificare l'ammontare delle risorse stanziato nel fondo sulla formazione aziendale per l'attività di tutoraggio svolto dai dirigenti sanitari nei confronti dei medici in formazione specialistica.

ESITO DELLA DENUNCIA

- Risultano totalmente inadempienti solo l'Azienda Toscana Centro e la Fondazione Monasterio. Le aziende Meyer e Nordovest hanno risposto il 15 maggio, mentre tutte le altre (AOU Pisana - AOU Careggi - AOU Senese - Azienda Toscana Sud Est - ISPRO - ARPAT - ESTAR) alla fine del mese di aprile. Le risposte di tali aziende - in alcuni casi parziali e non sufficientemente dettagliate - saranno attentamente vagliate e se del caso e in accordo con la Segreteria Nazionale si procederà con ulteriori azioni.

MARCHE

AOU MARCHE OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

Denuncia presentata dal Segretario Regionale e Segretario Aziendale Anaa Assomed

ARGOMENTO

- Pronta Disponibilità

LO STATO DELL'ARTE

- Superamento limite dei turni di pronta disponibilità mensili - Violazione della normativa contrattuale. Il costante impiego dei dirigenti sanitari in un numero di turni di reperibilità superiore al limite contrattuale (sono programmabili nell'arco di un quadrimestre, non più di 10 servizi di pronta disponibilità calcolati come media mensile nell'arco di tutto il periodo), oltre a costituire un palese in-

dempimento contrattuale, sta generando nei professionisti un grave stato di malessere lavorativo oltre che un danno da usura psicofisica.

ESITO DELLA DENUNCIA

- In attesa di risposta

UMBRIA

ASL UMBRIA 1

Denuncia presentata dal Segretario Aziendale Anaa Assomed

ARGOMENTO

- Attività Sindacale

LO STATO DELL'ARTE

- Mancata attivazione procedure di contrattazione integrativa Aziendale. Diffida

ESITO DELLA DENUNCIA

- Esito positivo. Apertura del tavolo contrattuale.

LAZIO

OSPEDALE OFTALMICO

Denuncia presentata dal Segretario Regionale e dal Segretario Aziendale Anaa Assomed

ARGOMENTO

- Applicazione accordo Regionale del 9/6/2023 sulla valorizzazione del servizio presso le strutture di PS.

LO STATO DELL'ARTE

- Applicazione accordo regionale sulla valorizzazione del servizio presso le strutture P.P. - DEA tra regione Lazio e OoSs, del 9.06.2023 nei confronti dei dirigenti medici in servizio presso il Pronto Soccorso Oftalmico.
- L'Accordo prevede il "Riconoscimento, con risorse aggiuntive regionali, al personale dipendente medico assegnato in maniera continuativa alle attività di pronto soccorso, di una quota aggiuntiva incentivante mensile in base al servizio effettivamente prestato nelle articolazioni dei P.S. (previa rilevazione della

presenza mediante timbratura dedicata)...” proporzionalmente quantificata in base alle ore e al numero di turni notturni e/o festivi svolti mensilmente, da corrispondersi “entro 60 giorni dalla chiusura del cartellino”.

- Nonostante i dirigenti medici oftalmologi del P.O. Oftalmico (l'Ospedale rientra a pieno titolo nella rete di emergenza-urgenza ospedaliera regionale) abbiano prestato, nel periodo indicato, un sufficiente numero di ore e turni notturni e/o festivi mensili presso il pronto soccorso monospecialistico oftalmico del predetto presidio, non si sono visti corrispondere la quota aggiuntiva incentivante stabilita dall'accordo regionale.

ESITO DELLA DENUNCIA

- L'Amministrazione a seguito delle diffe e incontri sindacali procederà alla regolarizzazione delle prestazioni già svolte e al conseguente riconoscimento dell'indennità comprese eventuali somme arretrate. È stato altresì prevista a far data dal 1° giugno 2025 l'attivazione di uno specifico codice di timbratura dedicato (cod. 09 – turno in pronto soccorso – ART. 79C1 CCNL DIR 19-21) da utilizzare per la rilevazione dei turni di guardia per la rilevazione dei quali resta confermato il codice 10 – guardia pronto soccorso.

OSPEDALE VANNINI FIGLIE DI SAN CAMILLO (OSPEDALE CLASSIFICATO)

Denuncia presentata dal Segretario Aziendale Anaao Assomed

ARGOMENTO

- Mancata erogazione delle somme percepite in intramoenia

LO STATO DELL'ARTE

- Diffidato l'Ospedale per la mancata erogazione delle somme percepite in intramoenia imposta come atto unilaterale dall'Ospedale senza alcuna comunicazione alle sigle sindacali e agli interessati.
- La mancata erogazione è stata la diretta conseguenza di una decisione assunta dal Consiglio Generale dell'Istituto nel febbraio scorso motivata da situazioni di tensione finanziaria dell'Istituto generata dalla persistente e risalente diseconomicità della complessiva gestione ordinaria delle attività sanitarie.

ABRUZZO

AZIENDA ASL 02 LANCIANO-VASTO CHIETI

Denuncia presentata dal Segretario Regionale e dal Segretario Aziendale Anaao Assomed

ARGOMENTO

- ALPI - Mancata erogazione del fondo di perequazione dal 2019

LO STATO DELL'ARTE

- Mancata erogazione fondo di perequazione dal 2019. Ovvero della corretta modalità di accantonamento e attribuzione delle risorse di tale fondo (Le aziende devono annualmente accantonare in misura «non inferiore al 5% della massa di tutti i proventi dell'attività libero professionale, al netto delle quote a favore delle aziende che devono essere destinate a tutti i dirigenti medici e veterinari appartenenti alle discipline mediche e veterinarie - individuate in sede di contrattazione integrativa - che abbiano una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria).
- Per gli anni 2016-2017-2018 si era avviata una attività sindacale e minaccia di art. 28 esitata in un accoglimento da parte dell'Azienda che con Delibera 1080/2023 procedeva alla liquidazione delle quote accantonate per il fondo perequativo.
- Relativamente agli anni 2019 ad oggi si è avviata una attività sindacale per la mancata erogazione del fondo di perequazione.

ESITO DELLA DENUNCIA

- Al momento si è avviata una procedura di negoziazione assistita dopo aver effettuato una ricognizione degli iscritti aventi diritto (20 iscritti).

MOLISE

AZIENDA ASREM

Denuncia presentata dal Segretario Regionale Anaao Assomed

ARGOMENTO

- Orario di lavoro: rispetto della disciplina ed incidenza sulla tutela della salute dei professionisti

LO STATO DELL'ARTE

- Accesso agli atti: richiesta dei dati di tutti i dipendenti con riferimento a numero delle ore di lavoro giornaliero e settimanale; ore straordinario; turni notturni e di reperibilità; percentuale di fruizione delle ferie nell'anno di maturazione; criteri e tempistiche di smaltimento delle ferie non fruite nell'anno di maturazione; numero di ferie maturate e non ancora fruite; tempistica di recupero delle giornate di riposo settimanale in caso di lavoro nelle giornate festive.

Tali dati sono necessari al fine di verificare la corretta applicazione da parte dell'Azienda della vigente disciplina legale e contrattuale in materia di orario di lavoro tenuto conto della sua diretta incidenza sulla materia della tutela della salute dei professionisti.

ESITO DELLA DENUNCIA

- In attesa di risposta

CAMPANIA

AOU SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA DI SALERNO

Denuncia presentata dal Segretario Regionale

ARGOMENTO

- Condotta Antisindacale. Fondi

LO STATO DELL'ARTE

- Mancata attivazione trattative aziendali. In particolare sui criteri di ripartizione delle risorse disponibili per la contrattazione integrativa tra le diverse modalità di utilizzo dei fondi di cui agli artt. 72 (Fondo per la retribuzione degli incarichi), 73 (Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro) e 74 (Fondo per la retribuzione di risultato).

ESITO DELLA DENUNCIA

- In attesa di risposta

BASILICATA

AO REGIONALE SAN CARLO

Denuncia presentata dal Segretario Regionale, Segretario Aziendale e Componente Delegazione Trattante

ARGOMENTO

- Orario di lavoro: rispetto della disciplina ed incidenza sulla tutela della salute dei professionisti

LO STATO DELL'ARTE

- Accesso agli atti: richiesta dei dati di tutti i dipendenti con riferimento a numero delle ore di lavoro giornaliero e settimanale; ore straordinario; turni notturni e di reperibilità; percentuale di fruizione delle ferie nell'anno di maturazione; criteri e tempistiche di smaltimento delle ferie non fruite nell'anno di maturazione; numero di ferie maturate e non ancora fruite; tempistica di recupero delle giornate di riposo settimanale in caso di lavoro nelle giornate festive.
- Tali dati sono necessari al fine di verificare la corretta applicazione da parte dell'Azienda della vigente disciplina legale e contrattuale in materia di orario di lavoro tenuto conto della sua diretta incidenza sulla materia della tutela della salute dei professionisti.

ESITO DELLA DENUNCIA

- Richiesta non accolta: la mole di dati richiesti si traduce in un controllo generalizzato e indiscriminatorio determinando la paralisi delle attività degli uffici amministrativi.

PUGLIA

ASL TARANTO

Denuncia presentata dal Segretario Aziendale

ARGOMENTO

- Fondi – appropriazione indebita dei residui
- Violazione disciplina pronta disponibilità pomeridiana e straordinario notturno programmato

LO STATO DELL'ARTE

- Appropriazione indebita dei residui dei fondi di posizione utilizzati per il pagamento degli straordinari (25 milioni nel corso degli anni);
- Sedute aggiuntive notturne per specializzandi in aree specialistiche (soprattutto in ortopedia) ma non nei Pronto Soccorsi ed in sedi diverse da quelle dove prestano il servizio ordinario
- Sedute aggiuntive per personale in extramoenia

SARDEGNA

ARNAS BROTTU DI CAGLIARI

Denuncia presentata dal Segretario Regionale Anaaao Assomed

ARGOMENTO

- Violazione Disciplina

LO STATO DELL'ARTE

- Condotta antisindacale. Richiesta di apertura confronto sindacale su graduazione delle funzioni e assegnazione incarichi. Dinego.
- Viene contestato l'inadempimento da parte dell'Azienda delle obbligazioni contrattuali in materia di incarichi con perdita di chance in capo agli iscritti (circa 80);
- Diffida sindacale e attività stragiudiziale in corso.

ESITO DELLA DENUNCIA

- In attesa di risposta

SICILIA

ASP PALERMO

Denuncia presentata dal Segretario Regionale e dal Segretario Aziendale

ARGOMENTO

- Incarichi. Violazione Disciplina

LO STATO DELL'ARTE

- Condotta antisindacale. Richiesta di apertura confronto sindacale su graduazione delle funzioni e assegnazione incarichi professionali
- Viene contestato l'inadempimento da parte dell'Azienda delle obbligazioni contrattuali in materia di incarichi con perdita di chance in capo agli iscritti.
- Diffida sindacale e attività stragiudiziale in corso.

ESITO DELLA DENUNCIA

- In attesa di risposta

Pierino Di Silverio
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

“Il ritardo del rinnovo contrattuale riduce significativamente il potere d’acquisto dei dirigenti medici e sanitari, che già ha registrato un calo del 6,2% nel periodo 2015-2022 e peggiora ulteriormente condizioni di lavoro proibitive che ne riducono l’attrattività”

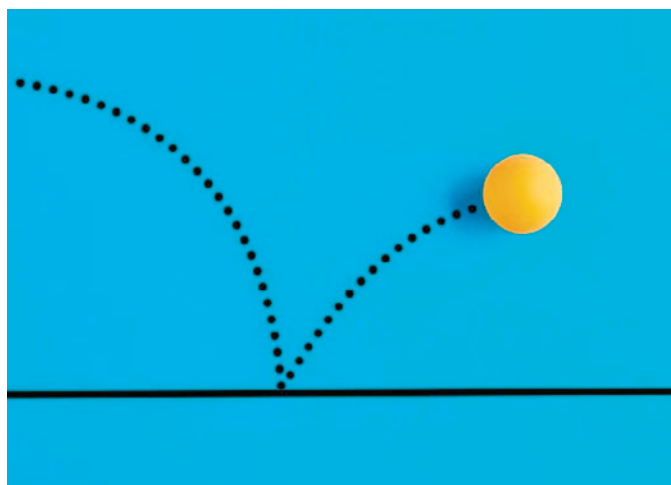
“Basta giocare a ping pong con il contratto. Politica e Regioni sbloccchino lo stallo”

Il contratto di lavoro dei dirigenti medici, sanitari e veterinari dipendenti del Ssn è scaduto da 4 anni e, ad oggi, non si vedono prospettive di rinnovo. Di fatto, appare bloccato dal fallimento della contrattazione riguardante il personale del comparto, malgrado nessuna normativa preveda che tale contrattazione sia necessariamente preliminare all’apertura della tornata contrattuale di 130mila dirigenti medici, sanitari e veterinari.

Ma la liturgia, e le indecisioni, della politica hanno determinato una situazione di stallo, di cui non si vede la fine, che aggrava la frustrazione dei professionisti del settore.

È vero che parte delle risorse economiche attese dal rinnovo contrattuale è stata anticipata, ma l’incremento stipendiale conseguente è stato in gran parte neutralizzato, sia dalla crescita della pressione fiscale che dall’aumento dell’addizionale IRPEF deciso da quasi tutte le Regioni, visto che il finanziamento del sistema sanitario rimane al di sotto delle necessità, per quanto etichettato come “storico”. Il ritardo del rinnovo contrattuale riduce significativamente il potere d’acquisto dei dirigenti medici e sanitari, che già ha registrato un calo del 6,2% nel periodo 2015-2022, consolidandone la collocazione agli ultimi posti in Europa, e peggiora ulteriormente condizioni di lavoro proibitive che ne riducono l’attrattività.

Il Ccnl non significa solo aumento delle retribuzioni. Esso è anche strumento cardine dell’azione sindacale, periferica e nazionale, per tutelare legittimi interessi, garantire aspettative, difendere diritti, esercitare un ruolo di interlocuzione all’interno della azienda sanitaria. Certo, da solo non è in grado di arrestare l’emorragia di colleghi dal Servizio Sanitario Nazionale che, tra pensionamenti e dimissioni, ha porta-



to via 8mila unità solo lo scorso anno. Un flusso in uscita che rischia di diventare un fiume in piena. Ma sicuramente potrebbe migliorare le condizioni di lavoro attraverso regole pattizie capaci di dare risposte a un disagio ormai insopportabile e agevolare il riconoscimento di valori professionali che non possono essere subalterni a un aziendalismo di maniera.

I fondi per il contratto 2022-2024 dovrebbero essere già accantonati, così come sono accantonati quelli, (seppur pochi), legati all’incremento dell’indennità di specificità che avranno il via solo con il contratto 2025-2027, con la necessaria integrazione per la dirigenza sanitaria. È triste vedere che inefficienza gestionale e ritardi colpevoli vanificano ogni sforzo economico, per quanto di portata limitata. Come è inaccettabile continuare a firmare contratti di lavoro dopo la loro scadenza.

A questo punto è d’obbligo che Ministro della Salute e Presidente della Conferenza delle Regioni battano un colpo con un intervento deciso che porti alla pubblicazione dell’atto di indirizzo, peraltro già pronto, e segni l’avvio delle trattative contrattuali, prescindendo da equilibri e giochi politici che non inte-

“
È triste vedere che inefficienza gestionale e ritardi colpevoli vanificano ogni sforzo economico, per quanto di portata limitata. Come è inaccettabile continuare a firmare contratti di lavoro dopo la loro scadenza

ressano i cittadini in attesa di cure né i professionisti del settore. È il minimo dovuto a chi, nonostante tutto, continua a erogare più di 2 milioni di prestazioni sanitarie ogni giorno per rendere esigibile un diritto costituzionale fondamentale che evapora ogni giorno che passa. E non solo per lo scandalo delle liste di attesa, che nessun provvedimento dall’alto riesce a ridurre, ma anche per la persistente carenza di professionisti (24mila medici e 60mila infermieri), figlia di un blocco ventennale, e la mancanza di posti letto che dilata i tempi di attesa nel Pronto Soccorso fino a ridurlo a un ring condiviso da cittadini, pazienti e operatori.

Il Ssn è malato e la riduzione dell’aspettativa di vita di un anno, che ci fa scivolare al nono posto nel mondo, è solo un primo segnale delle ripercussioni sullo stato di salute degli italiani. Continuare a giocare a ping pong, nell’incapacità di trovare soluzioni alternative, ad agitare tentativi continui di distrazione di competenze professionali, a preparare una nuova pletora medica, premessa di una massiccia ondata migratoria, non servirà a curare un maggior numero di persone, ma aumenterà semplicemente la sfiducia della popolazione nei confronti del nostro amato Ssn. E, soprattutto, contribuirà alla grande fuga già in atto nel nostro Paese.

Ha detto Papa Francesco che “i tagli alla sanità sono un oltraggio alla umanità” aggiungendo che “la missione dei sanitari va sostenuta e rispettata”.

Memori di questo insegnamento, sollecitiamo chi di dovere a rispettare quel capitale umano senza il quale sarà impossibile “garantire il futuro del Servizio Sanitario Nazionale”, obiettivo strategico annunciato delle Regioni e delle Province Autonome.

Non senza ricordare che chi semina vento raccoglierà tempesta.

È difficile ignorare il recente clamore sui giornali riguardante la libera professione intramuraria

Una libera scelta, non un sospetto

ALPI

PIERINO
DI SILVERIO
ALDO DI BLASI
UMBERTO
ANCESCHI
Anaao Assomed



“

Insomma se un'intera categoria si ritrova a doversi difendere da una condizione di sospetto, anche quando l'oggettività smentisce la narrazione, allora non è possibile tacere

L'ALPI, acronimo di un'attività contrattualmente e normativamente regolamentata, voluta dalla politica, non certo dai Medici, nasce con l'intento di trovare soluzioni condivise all'interno della sanità pubblica italiana, per tentare di risolvere problematiche divisive fra cittadino e categoria professionale, nel tempo trasformate in uno strumento di narrazione pubblica distorta, demotivante e moralmente avvilente. Non ci interessa difendere a tutti i costi uno strumento che, come ogni istituto complesso, può e deve essere migliorato. Ci interessa – profondamente – difenderne il principio etico per il quale è stata pensata e organizzata, per consentire la relazione diretta tra chi cura e chi si affida, ovvero per la salvaguardia del rapporto medico-paziente, attraverso la possibilità della scelta diretta del medico, non prevista né tutelata nelle due precedenti riforme. Tale principio, che deve soddisfare prin-

cipi costituzionali e deontologici, non può essere incrinato da una percezione sbagliata, o da comunicazioni distorte, ideologiche o strumentali. Quando l'ALPI, così come tutte le iniziative che cercano di migliorare il rapporto con il cittadino, diventa il bersaglio facile di ogni malessere, non è solo il medico a finire sotto accusa: è il rapporto fiduciario verso il sistema pubblico a indebolirsi.

Se passa l'idea che i camici bianchi siano lì solo per trarne vantaggio, anche quando ogni norma è rispettata, si genera uno scollamento pericoloso, che nessuna legge potrà più ricucire. Tale scollamento aumenta di fatto la diffidenza e la rivalsa alla base della medicina difensiva che fa lievitare i costi di gestione e mina le basi per la sostenibilità del sistema.

Siamo consapevoli che, fuori dai reparti, la fiducia verso la sanità pubblica stia cambiando forma.

Lo osserviamo. Lo ascoltiamo. Lo capiamo. E per questo non rispondiamo con toni poleмici, ma con una proposta di verità condivisa.

Se l'ALPI viene percepita come un privilegio, allora è il sistema che ha smesso di spiegarne il senso.

Se un paziente crede che il medico sia più presente nel privato che nel pubblico, cosa che i dati smentiscono, allora qualcosa si è rotto.

E a proposito di dati occorre sottolineare che l'ALPI infatti nel 2021 ha fruttato alle aziende

1,087 miliardi, cor-

rispondenti ad una spesa pro-capite, calcolata sulla popolazione residente, di 18,4 nel 2021. Qualcuno dovrebbe spiegare su quali dati poggia l'assunto secondo cui il prolungamento dei tempi di attesa, che attualmente si misurano in anni, favorisca l'incremento dell'attività libero professionale intramoenia. Inoltre il trend dei medici che esercitano la libera professione è in drammatica discesa infatti solo il 38% degli aventi diritto oggi pratica l'ALPI.

Insomma se un'intera categoria si ritrova a doversi difendere da una condizione di sospetto, anche quando l'oggettività smentisce la narrazione, allora non è possibile tacere. I medici non sono tutti Santi e Onesti, ma chiediamo che non venga fatto "di tutta un'erba un fascio" e venga valorizzata quella professionalità, che garantisce l'art. 32 della nostra costituzione e sostenibilità al Ssn, cardine del nostro welfare, in un'epoca nella quale è il mercato che crea e toglie le opportunità non i medici.

Non si tratta di difendere una sanità a pagamento: qui c'è una fiducia da ricostruire.

Non siamo ingenui. Sappiamo che la legge, da sola, non basta a garantire equità ed etica.

Ma sappiamo anche che se operiamo nella legalità non possiamo diventare il bersaglio morale di un disagio collettivo: perché quando un cittadino comincia a dubitare della buona fede del proprio medico, la ferita non è simbolica, ma ricade su tutto il sistema paese. Se oggi questo equilibrio si è alterato, o appare tale, allora servono riforme, coraggio e risorse, non colpevolizzazioni.

Per questo ci rivolgiamo ai cittadini, alle istituzioni, a chi scrive e a chi governa: non per ribadire una posizione, ma per aprire un confronto.

Una discussione matura, onesta, che metta al centro ciò che davvero rischiamo di perdere: la fiducia reciproca.

Indennità di Pronto Soccorso: inaccettabili ritardi e inerzie nell'erogazione

L'istituzione dell'indennità di Pronto Soccorso con la legge di bilancio 234 del 30.12.2021 – fortemente voluta e proposta da Anaa Assomed – recepita per la prima volta dal nuovo Ccnl 2019-21 (art. 79 e art. 75 comma 2), ha rappresentato una piccola rivoluzione nella retribuzione dei dirigenti medici di Pronto Soccorso. Con questa indennità i medici di Pronto Soccorso vengono formalmente considerati una categoria disagiata, a fianco di anestesisti e radiologi, che godevano già rispettivamente di otto e quindici giorni di riposo biologico annuali, oltre all'indennità di rischio radiologico.

Se, inizialmente, il Ccnl ha previsto un'indennità di 1 euro/ora lordo, va precisato che tale valore è puramente indicativo, potendo essere incrementato in contrattazione integrativa (art. 9 co. 5 lett. m) - fatto che sottolinea ulteriormente a livello contrattuale la ratio dell'indennità, quindi il disagio lavorativo stesso - adeguato secondo la tab. A colonna cinque del Ccnl, ovvero ripartito fra le aziende ai sensi del confronto regionale (art. 7 co. 1 lett. j) in base alle dotazioni organiche, quindi alle ore effettivamente lavorate e soprattutto alle risorse aggiuntive stanziare a livello nazionale.

Il Ccnl prevede infatti di accorpate tutte le risorse ("tenuto conto di quanto previsto...dalla legge 197/2022"), sia quelle introdotte dalla legge 234/2021 (27 milioni di euro su cui è stato pesato l'importo di 1 euro/ora), sia le successive integrazioni con la legge di bilancio 197/2022 e il "Decreto bollette" DL 34/2023 convertito nella legge 56/2023, con ulteriori 60 milioni di euro, per complessivi 87 milioni di euro annui dall'1.1.2024. Ne risulta che l'indennità complessiva effettivamente erogata in busta paga raggiunge un valore compreso tra 4 e 5 euro/ora lordi (in Puglia oltre 10 euro/ora), oltre alle eventuali rimanenze a consuntivo che andranno ridistribuite. Un valore maggiore di indennità significa maggiore carenza di medici.

Purtroppo, a oltre un anno dall'entrata in vigore del nuovo Ccnl, nella maggior parte delle Regioni la rivalutazione economica dell'indennità è ancora vergognosamente sospesa, con importi fer-

Le riflessioni della Commissione Nazionale Emergenza Urgenza Anaa Assomed sull'applicazione della rivalutazione economica voluta dal Ccnl che in molte regioni risulta ancora sospesa

mi a 1 euro/ora lordo. Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Piemonte e Puglia hanno provveduto ad adeguare quanto stanziato a livello nazionale, la Toscana si è appena allineata. Regioni come Liguria e Sicilia erogano ancora 1 euro/ora. A fronte della solidarietà di rito per i disagi vissuti dai medici di Pronto Soccorso e dalla sbandierata carenza di specialisti, molte Regioni sono bravissime e rapidissime nel reclutare medici da cooperative (42 milioni di euro spesi nel 2024, dati Anac), molto meno nel corrispondere ai propri medici dipendenti quanto dovuto per legge. Mentre lo Stato ha fatto la sua parte, il paradosso dell'Italia è la dimostrazione che a livello periferico il Pronto Soccorso non interessa: abbiamo le leggi e un contratto che fissano un'indennità, trattenuta illegittimamente dalle Regioni col silenzio connivente delle Direzioni Generali aziendali. Non si capisce poi perché in alcune Regioni, come in Emilia Romagna, non si voglia corrispondere l'indennità mensilmente ma annualmente, quasi fosse una premialità o una specie di quattordicesima, invece di saldare mensilmente quanto dovuto in base all'orario lavorato.

L'attuale legge finanziaria in vigore ha incrementato l'indennità di ulteriori 15 milioni di euro (quando li vedremo?) portandola a complessivi 102 milioni annui. La nostra Commissione aveva in effetti chiesto un aumento per una precisa ragione: con la modifica del sistema di erogazione dei compensi per le certificazioni obbligatorie Inail si era verificato un significativo decremento del loro valore economico di circa 11 milioni di Euro complessivi all'anno. Pertanto, tali valorizzazioni economiche, spettanti solo al personale incaricato e con dedica esclusiva nei Pronto Soccorso e nei 118 (non per attività monospecialistiche), comportano – considerando ad esempio un'indennità di 5 euro/ora come in Veneto – un incremento stipendiale medio fino a 7260

euro annui lordi, stante un orario ordinario su 6 giorni (per 1452 ore annue al netto delle ferie godute). Aggiungendo il già previsto aumento di 20 euro di indennità di guardia notturna e festiva rispetto alle altre discipline, le indennità per maggior numero di turni notturni e festivi comunque a carico dei medici di Pronto Soccorso e i compensi per certificazioni obbligatorie Inail, lo stipendio per un neoassunto in Pronto Soccorso supera di almeno 8 mila-10 mila euro annui lordi quello precedente (oltre 600 euro lordi mensili medi in più per tredici mensilità). È un dato rilevante ancora troppo poco considerato da Regioni, Enti e Organizzazioni e che non possiamo affatto nascondere se vogliamo più iscritti alle scuole di specializzazione in Medicina d'Urgenza, che aumentino le assunzioni e si riducano le dimissioni dai Pronto Soccorso. Eppure, un medico di una cooperativa costa meno di un dipendente a fronte di un grave calo nella qualità assistenziale come ribadito persino dall'Anac e dalle Corti dei Conti. Come recita la legge 234/2021, l'indennità di Pronto Soccorso rappresenta un ristoro economico destinato esclusivamente "ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni del lavoro", un concetto generale che dovrebbe assorbire non solo i disagi e i rischi intrinseci al lavoro in Pronto Soccorso, ma anche il suo ormai abusato ruolo di supplente nei riguardi delle gravi carenze nell'assistenza territoriale. Ciò non toglie che la questione non deve affatto chiudersi qui, poiché il ristoro così concepito (a ognuno la valutazione se sia adeguato) non consente di ridimensionare o appiattire il disagio sul fronte dell'abbassamento delle condizioni di lavoro nei Pronto Soccorso, che continuerà a esercitare il proprio insostenibile peso, non potendo ridursi tutto a un mero aspetto di mercato.

Certo è che se in questo scenario la maggior parte delle amministrazioni regionali continua in piena *deregulation* a remare contro nel disinteresse e nell'inerzia collettiva, è ovvio che con tali segnali negativi e preoccupanti un sistema emergenza-urgenza così gestito sarà destinato a crollare. Ne pagheranno le conseguenze i cittadini.

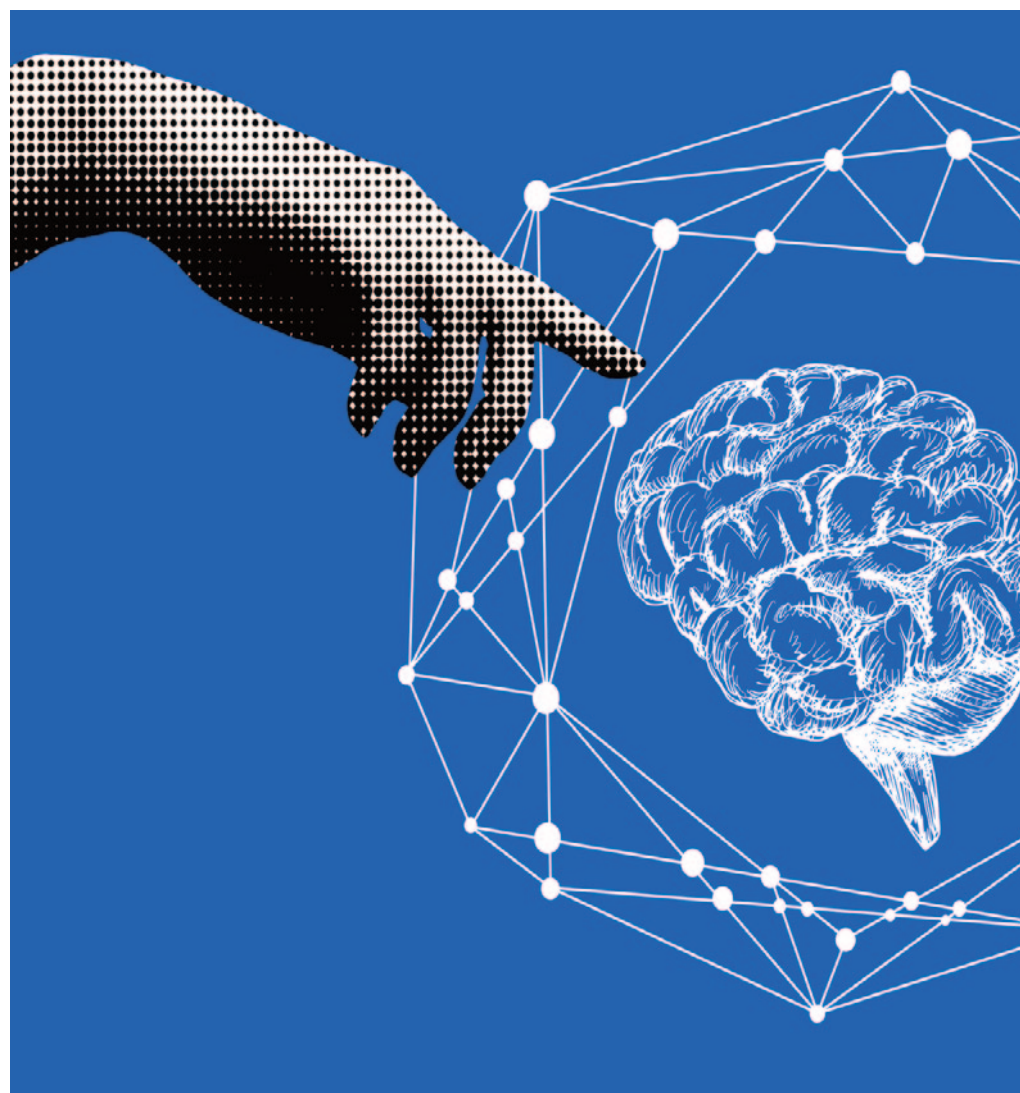
“

L'attuale legge finanziaria in vigore ha incrementato l'indennità di ulteriori 15 milioni di euro.

Quando li vedremo?

La programmazione sanitaria in salute mentale è diventato negli ultimi anni un argomento di importanza centrale sia per le aziende sanitarie che per le missioni dei dipartimenti di salute mentale. Le variabili più sfidanti sono sostanzialmente le seguenti tre:

- 1 **la restrizione** di risorse finanziarie ovvero il mancato incremento fisiologico necessario a coprire i costi che le aziende sanitarie e quindi i servizi di salute mentale devono sostenere per garantire quello che garantivano l'anno precedente;
- 2 **leggi, decreti**, delibere regionali ovvero inattese situazioni sociali o sociosanitarie contingenti a cui dover adempiere in maniera inaspettata e ad invarianza di risorse;
- 3 **la terza sfida** riguarda la pianificazione regionale o nazionale a cui deve conseguire una programmazione di dettaglio necessaria alla realizzazione degli obiettivi.



La programmazione sanitaria in salute mentale: **metodologia, criticità, indicatori e misure**

Parte prima

VITTORIO DI MICHELE*,
FRANCESCO DI MICHELE
*Consiglio Regionale Anaa
Abruzzo

Pianificazione e programmazione sono due costrutti logici ben diversi e sotto alcune angolazioni logicamente antitetici. La pianificazione è gerarchicamente sovraordinata, mentre la programmazione è la implementazione di dettaglio che serve a realizzare quanto pianificato (Fraire e Terranova, 1983). La pianificazione è il processo strategico di ampio respiro che definisce gli obiettivi generali di un sistema sanitario, le priorità e gli strumenti, definendo l'orizzonte temporale e le risorse necessarie. Queste ultime possono derivare da nuovi investimenti o dalla parziale/totale riallocazione delle risorse a disposizione nella spesa corrente regionale/aziendale. La pianificazione per sua natura intrinseca ha caratteristiche temporali prospettiche in una dialettica progettuale continua e dinamica. La *programmazione sanitaria* è il processo di messa a terra degli obietti-

vi pianificati, ha una funzione specifica e operativa che si esprime attraverso azioni concrete misurabili e di dettaglio.

Da quanto espresso si evidenzia che la differenza cruciale fra pianificazione e programmazione consiste nell'orizzonte temporale e nel livello di dettaglio. La pianificazione è un processo a lungo termine con una cornice concettuale di ampio respiro su istanze di tipo governativo, politico, ideologico o anche squisitamente sociali laddove la programmazione è un processo a breve termine e misurabile, che entra nel dettaglio delle operazioni necessarie al conseguimento degli obiettivi di salute che ci si è ripromessi. La programmazione che viene demandata alle regioni e provincie autonome si occupa del "come fare", attraverso quali azioni specifiche conseguire gli obiettivi di salute. In salute mentale un esempio di piani-

ficazione strategica è stato declinato dal Piano di azione nazionale Salute Mentale 2013-2020 approvato in Conferenza Unificata con accordo n. 4 del 24/1/2023 nel quale venivano definiti degli obiettivi di salute nelle età della vita con speciale riguardo per infanzia adolescenza ed età adulta, le azioni e i criteri ed indicatori di verifica e di valutazione.

La Conferenza Unificata ha un ruolo istituzionale molto importante per la sua posizione di garanzia sullo snodo istituzionale dal macrolivello nazionale e governativo al livello della sanità locale. Inoltre, svolge funzioni consultive, di raccordo, di scambio di dati ed informazioni in tutti i casi in cui Regioni, Province, Comuni e Comunità montane debbano esprimersi su un medesimo oggetto. Viene anche consultata sulle linee generali delle politiche del personale pubblico e sui processi di rior-



TABELLA
Indicatori di
assistenza
distrettuale del
Nuovo sistema di
garanzia per il
monitoraggio
dell'assistenza
sanitaria DM
19/3/2019,
Allegato 1.n. 138
del 14 giugno
2019)

Indicatore di salute mentale

Tasso di ospedalizzazione psichiatrica in rapporto alla popolazione residente maggiorenne.

Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni. In psichiatria.

Numero di Trattamenti Sanitari Obbligatorii a residenti maggiorenni. In rapporto alla popolazione residente.

Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti.

Significato

Indicatori proxy dell'efficacia. Degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.

ganizzazione e mobilità del personale connessi al conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed agli enti locali. Non ultimo, esprime gli indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

Le Conferenze regionali permanenti per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria rappresentano gli organi attraverso i quali gli enti locali partecipano alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in ambito sociosanitario concorrendo a costruire gli obiettivi di salute in un arco temporale definito.

Programmazione sanitaria reattiva vs programmazione proattiva.

Perché cambiare le basi metodologiche e gli indicatori di monitoraggio in salute mentale.

Programmazione reattiva. In sanità una criticità è tale se a parità di risorse non riesce a compensare o a rispondere adeguatamente ad un problema assistenziale. Il "problema" assistenziale emerge se si modifica l'omeostasi sociodemografica, socio-sanitaria e/o ambientale realizzando uno stress test del sistema sanitario competente per quell'area. Come primo caso di stress test si può immaginare un evento pandemico o anche una influenza stagionale par-

“

Il "Sistema di garanzia" è lo strumento attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini che l'erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità

ticularmente virulenta, oppure mutuando dalla cronaca giornalistica una riorganizzazione inaspettata di un erogatore privato di servizi (Rsa, centri diagnostici o razionalizzazione di case di cura). In sintesi, un evento con impatto sanitario che richiede un maggiore fabbisogno di prestazioni nel breve termine. Altri stress test possono discendere da promulgazione di norme di legge a carattere nazionale inattese e/o che non consente deroghe e che esercitano una "pressione" programmatica come è avvenuto con la legge 81/2014 che chiudeva in un lasso di tempo brevissimo gli ospedali psichiatrici giudiziari e che ha creato scompiglio nelle aziende sanitarie e nei dipartimenti di salute mentale di tutta la penisola. In questo caso la norma a carattere inderogabile, perché promulgata sulla spinta emotiva dei lavori della Commissione Marino, fu così repentina che mise alla prova governi regionali e aziende sanitarie che dovettero dotarsi di immobili idonei in brevissimo tempo assumendo del personale sanitario non adeguatamente formato da far lavorare nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza. In questo caso ci fu una programmazione reattiva emergenziale, i cui esiti nefasti si vedono tutt'oggi, al punto che svariati Disegni di Legge sono in itinere per la modifica della norma. Inoltre come noto la Corte Costituzionale con sentenza 22/2022 sollevava la illegittimità costituzionale della legge 81, censurando la mancata previsione in capo al Ministero della Giustizia di poteri relativi all'organizzazione e il funzionamento delle Residenze Esterne per le Misure di Sicurezza (Rems).

Nettamente più favorevole e ponderata è la *programmazione proattiva*. In questo caso gli elementi alla base della pianificazione e programmazione vengono attentamente ed oculatamente ponderati nel corso degli anni, sulla base di modelli previsionali derivanti da dati epidemiologici precisi, coerenti ed informativi. Questo tipo di program-

mazione ovviamente consente un maggior dettaglio ed una maggiore precisione normativa per quanto attiene la scelta degli obiettivi e degli indicatori di monitoraggio.

Metodologia della programmazione: Monitoraggio e indicatori.

Sia che ci troviamo in situazioni di programmazione reattiva che proattiva gli indicatori ovvero il criterio di misura di ciò che si è fatto, è un processo cruciale. Il monitoraggio e la valutazione sono elementi decisivi per misurare la validità o meno di quanto programmato e si basano sull'utilizzo di indicatori specifici.

Questi indicatori devono essere informativi sull'efficacia degli interventi e sul loro costo (efficienza), sull'andamento dei servizi, sull'impatto sulla salute mentale della popolazione e sul gradimento da parte degli stakeholders e quindi in sintesi, sulla corrispondenza fra programmazione ed esiti. Devono essere inoltre applicati anche all'erogatore privato e monitorati in tal senso sia per rispettare il diritto alla scelta del cittadino, ma anche per contenere l'interesse pubblico alla qualità appropriatezza e contenimento della spesa pubblica (Conticelli, 2012). Possibilmente la rincorsa al soddisfacimento di nuovi obiettivi non dovrebbe determinare "cadute" in altre aree assistenziali non coperte dagli indicatori di risultato, perché in assenza di risorse fresche, si è costretti a spostare risorse umane, finanziarie e gestionali da un capitolo del bilancio aziendale ad un altro. Questo processo purtroppo sfugge agli organi di programmazione, ma non al middle management che è chiamato da ultimo, ad aumentare la platea di prestazioni, a rendicontarle con maggiore dettaglio operando delle decisioni gestionali e assistenziali (spesso sgradevoli) che ricadono sull'utente

Segue a pagina 16

Sicurezza dei professionisti sanitari e dei cittadini

La proposta dell'Anaao Campania

Riconoscimento del valore del lavoro sanitario

MAURIZIO CAPIELLO
Anaao Assomed Campania -
Onseps (Ministero della Salute)

PINO ROSATO Anaao Assomed -
Centro Studi Campania

ANNAMARIA MAZZELLA
Anaao Assomed Campania

FEDERICA ROSATI
Infermiera Azienda
dei Colli - Napoli

GAETANO ARTIOLA
Consigliere Ordine degli
Infermieri di Napoli

INES PATIERNO
Responsabile Formazione
Associazione "La Nuova Terra
e Vita"

La tutela dei professionisti non può più essere affidata a misure isolate o alla buona volontà delle singole strutture. Occorre un intervento legislativo organico per dare una risposta concreta, sistemica e duratura al fenomeno delle aggressioni in sanità.

La sicurezza in ambito sanitario è una condizione imprescindibile per garantire la qualità dell'assistenza e la tutela della salute pubblica. I professionisti sanitari e socio-sanitari svolgono un ruolo centrale all'interno del sistema di cura e devono poter operare in ambienti sicuri, liberi da minacce, violenze e pressioni. Negli ultimi anni si è registrato un crescente numero di aggressioni, con relativo stress lavoro correlato e rischi clinici, che impongono un ripensamento delle misure di prevenzione e protezione attualmente in vigore.

Analisi del problema

Le aggressioni al personale sanitario non sono più episodi isolati, ma un fenomeno diffuso che assume sempre più i contorni di una vera emergenza sociale. Accanto a un clima di crescente tensione nelle strutture sanitarie, si evidenziano anche le difficoltà delle forze dell'ordine nel garantire la sicurezza dei cittadini e degli operatori sanitari, segnali di una deriva sociale che necessi-

ta di un intervento normativo, ulteriormente strutturato rispetto a quanto già fatto in passato. È fondamentale assicurare ambienti di lavoro sicuri attraverso protocolli efficaci, che garantiscano l'identificazione e la punizione dei responsabili con il minimo coinvolgimento delle vittime. Inoltre, tali protocolli devono prevedere strumenti di segnalazione semplici e accessibili, come la compilazione di schede digitali tramite QR code, misura già adottata da alcune Aziende Sanitarie, come l'Ospedale A. Cardarelli di Napoli.

Epidemiologia del fenomeno

Secondo i dati raccolti dall'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-Sanitarie (Onseps), le aggressioni segnalate e/o denunciate nel 2024 hanno superato quota 14mila, coinvolgendo 6.926 professionisti. Le aggressioni verbali rappresentano la forma più frequente (quasi 12mila casi), seguite da episodi fisici e danni al-



la proprietà. In circa 9.900 episodi, gli aggressori sono pazienti, familiari o caregiver.

Significative sono le differenze tra categorie professionali: ad esempio farmacisti e veterinari sono spesso coinvolti in aggressioni legate alla mancata disponibilità di farmaci o a dinamiche della libera professione; i fisioterapisti risultano esposti in modo uniforme tra strutture sanitarie e contesti domiciliari, i dirigenti biologi soprattutto in realtà ospedaliere per presunto ritardo nei referti diagnostici.

Il fattore di genere è un elemento critico: **l'81% delle vittime sono donne**, un dato che si riflette in particolare tra assistenti sociali e medici. Anche l'età rappresenta un indicatore di rischio, con le fasce 30-39 e 40-49 anni maggiormente esposte, in parte per motivi di at-



tività lavorativa e in parte per la maggiore partecipazione a strumenti di rilevazione online.

Quadro normativo vigente

Il Decreto-Legge n. 137 del 1° ottobre 2024 ha rappresentato un primo passo importante.

Il provvedimento, entrato in vigore il 2 ottobre 2024, ha introdotto:

- l'inasprimento delle pene per atti di violenza e minaccia in strutture sanitarie (fino a 5 anni di reclusione e multe fino a 10.000 euro),
- l'aggravante per danneggiamento commesso da più persone (art. 635 del Codice Penale),
- l'istituzione dell'arresto in flagranza differita di reato basato su prove video/fotografiche (art. 382-bis

c.p.p.). Tuttavia, tali misure risultano ancora parziali e necessitano di un'integrazione normativa più ampia e strutturata.

Proposta normativa

Alla luce del quadro esposto, si propone l'elaborazione di una legge organica per la tutela dei professionisti sanitari e socio-sanitari, articolata nei seguenti punti:

- 1 **Elevazione a "rango di legge" della Raccomandazione n. 8/2007**, oggi priva di efficacia giuridica, al fine di rendere vincolanti le indicazioni in materia di prevenzione delle aggressioni al personale sanitario.
- 2 **Obbligo per le aziende sanitarie e le organizzazioni sindacali di costituirsi parte civile** nei processi penali per aggressioni contro il personale, riconoscendo la responsabilità della struttura nella protezione dei propri lavoratori.
- 3 **Introduzione di una figura sanitaria specializzata nella gestione di conflitti e tensioni**, soprattutto nei reparti di emergenza, con il compito di facilitare il dialogo tra pazienti, familiari e operatori sanitari, fornendo informazioni di primo livello sul percorso diagnostico/terapeutico del paziente.
- 4 **Adozione uniforme di strumenti digitali di segnalazione delle aggressioni**, come piattaforme online o QR code, integrati con i Servizi di Prevenzione e Protezione aziendali.
- 5 **Finanziamenti dedicati alla formazione del personale** sulla gestione del rischio, la comunicazione in situazioni critiche e la tutela legale.

Conclusione

La tutela dei professionisti sanitari e socio-sanitari non può più essere affidata a misure isolate o alla buona volontà delle singole strutture. Occorre un intervento legislativo organico, capace di garantire una risposta concreta, sistemica e duratura al fenomeno delle aggressioni in sanità. La proposta di legge qui delineata rappresenta un passo fondamentale per il riconoscimento del valore del lavoro sanitario e per la difesa di un servizio pubblico efficiente, sicuro e rispettoso della dignità di tutti gli attori coinvolti.

Bibliografia

- Dagnaw E, Bayabil A, Yimer T, Nigussie T. *Working in labor and delivery unit increases the odds of workplace violence in Amhara region referral hospitals: cross-sectional study*. PLoS One. 2021;16(10): e0254962.
- Dyrbye L, West C, Sinsky C, et al. *Physicians' experiences with mistreatment and discrimination by patients, families, and visitors and association with burnout*. JAMA Netw Open. 2022;5(5): e2213080.
- Guo Y, Lu H, Wei L. *A systematic review on the effects of workplace violence in healthcare settings: Costs, consequences, and interventions*. J Healthc Manag. 2022;67(2):112-126. doi:10.1097/JHM-D-21-00009.
- Havaei F, Astivia O, MacPhee M. *The impact of workplace violence on medical-surgical nurses' health outcomes: A moderated mediation model of work environment conditions and burnout using secondary data*. Int J Nurs Stud. 2020;109:103666.
- O'Brien CJ, van Zundert AAJ, Barach PR. *The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention – a narrative review*. eClinicalMedicine. 2024;72:102641.
- Viottini EA, Bravi AD, Mancini P. *The impact of violence on healthcare workers: A retrospective study of Italian hospital staff*. J Occup Health. 2017;59(1):62-69. doi:10.1539/joh.16-0176-OA.

Sitografia

- <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/relazione-sulle-attivita-dellosservatorio-nazionale-sulla-sicurezza-degli-esercenti-1/?tema=Professioni+sanitarie>
- https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=721
- <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente/monitoraggio-delle-raccomandazioni>

Nuovi Lea: eppur si muove



Seppur lentamente, molto lentamente, il Dpcm sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) si sta concretizzando.

Le aspettative erano molte e il Decreto, o almeno la bozza, che sta circolando in queste settimane mostra da un lato la buona volontà di recepire da parte della Commissione nazionale Lea, supportata da Aifa, Agenas e Iss, le indicazioni giunte dalle Associazioni dei Pazienti, dai Professionisti e dalle Società Scientifiche ma, dall'altra, mostra come l'attesa perdurante renda privo delle ultime e più recenti indicazioni tecnico-scientifiche il documento stesso.



PIERANGELO CLERICI
Presidente
Federazione
Italiana Società
Scientifiche di
Medicina di
Laboratorio
(FISMeLab)

Dopo l'approvazione del Nomenclatore-Tariffario Entrato in vigore a Gennaio 2025 (a quasi vent'anni dal precedente) che ha lasciato l'amaro in bocca per la numerosità delle cospicue riduzioni di rimborsi era attesa la revisione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza e, quanto proposto nel Dpcm, risulta recepire in parte quanto negli ultimi anni era stato sollecitato e sottoposto al Ministero della Salute. L'aggiornamento dei Lea è previsto dall'art. 1, comma 556, della legge n. 208/2015 al fine di garantire appropriatezza clinica e organizzativa, in coerenza con l'evoluzione scientifica e tecnologica in campo sanitario. Tale aggiornamento ha inoltre l'obiettivo di assicurare maggiore appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Ssn, prestazioni spesso non prescritte secondo queste indicazioni. Il percorso è lungo e speriamo non accidentato perché la bozza del Dpcm per l'approvazione deve transitare dal Mef per la verifica della sostenibilità economica (stimata in 200mln/anno), poi alla Conferenza Stato-Regioni per l'intesa e infine alle Commissioni parlamentari competenti, che esprimeranno un parere obbligatorio ma non vincolante.

Apprezzabile, e non più rinviabile, l'inserimento dei test genetici per la prevenzione e la terapia dei tumori (screening per Brca1/2 come programma di sorveglianza attiva delle donne a rischio genetico ereditario di tumori alla mammella e all'ovaio; importante altresì la possibilità della esecuzione del Nipt (Screening genetico non invasivo per aneuploidie fetali: trisomie 13, 18, 21, X e Y mediante analisi del Dna fetale nel sangue materno) durante la gravidanza. Ottimo tra le prestazioni in esenzione l'inserimento dei test per rilevare l'infezione da Cytomegalovirus, eseguibili nel primo trimestre. Si tratta di un esame molto richiesto e spesso già effettuato a pagamento, che ora viene esplicitamente incluso tra quelli garantiti dal Ssn in gravidanza fisiologica, secondo quanto indicato anche nelle più recenti linee guida dell'Iss. Sicuramente l'ampliamento del programma di screening neonatale e l'accesso alla Procreazione Medicalmente Assistita (Pma) con l'aggiunta di otto nuove patologie genetiche e metaboliche (Sma, Scid, Ada-Scid, Mps1, Malattia di Fabry, Malattia di Gaucher, ecc.) indica la volontà di perseguire azioni per una maternità sempre più consapevole e sicura.

Oltre ai nuovi test genetici oncologici vengono introdotte nuove diagnostiche per la medicina di precisione come il dosaggio dell'enzima Adams13 necessario per la diagnosi della porpora trombotica trombocitopenica (Ptt) L'esame è già erogato in alcune Regioni, ma finora non previsto nei Lea, viene ora ufficialmente incluso, con note che ne circoscrivono l'uso a centri autorizzati e nell'ambito di protocolli per malattie rare; allo stesso modo la pos-

sibilità di richiedere test immunofenotipici per la diagnosi di citopenie autoimmuni e altre condizioni ematologiche, compresi pannelli estesi per il linfoma e le linfocitopenie emofagocitiche, mostrano la volontà di migliorare l'equità di accesso a diagnostiche già presenti in laboratori di riferimento ospedalieri.

Tra le prestazioni diagnostiche nuove e appropriate di rilievo l'elastografia epatica (Fibroscan), per evitare biopsie invasive in caso di epatopatie croniche. Anche la possibilità di prescrivere alcuni dispositivi protesici per non vedenti, oltre la possibilità dell'inserimento sottocute di microinfusore per insulina disgiunto da visita diabetologica come altri ausili protesici rappresentano delle novità che purtroppo hanno atteso troppo per essere, forse, approvate.

Finalmente si è provveduto anche all'estensione delle esenzioni a nuove patologie croniche e invalidanti, come le forme gravi della sindrome fibromialgica, la idrosadenite suppurativa (al III stadio di Hurley), la malattia polmonare da micobatteri non tubercolari. Come è giusto che sia il Dpcm prevede anche l'esclusione di alcune prestazioni come ad es.: la spirometria separata dei due polmoni, l'ecografia monolaterale della mammella, la ricerca dell'AgHDV, il dosaggio dell'alfa-1 glicoproteina acida, la densitometria ossea ad ultrasuoni, essendo queste indagini sostituite da altre più appropriate, complete e clinicamente rilevanti.

L'impegno di tutti coloro che hanno contribuito all'estensione del documento, lavoro durato tre anni, meriterebbe una conclusione rapida considerando che una volta firmato il Dpcm dovrà essere recepito a livello periferico dove la traslazione ai Cup, e i relativi aggiornamenti, non presenterà tempi rapidi rendendo vane le aspettative degli operatori ma soprattutto dei pazienti e, non da ultimo, sarebbe auspicabile che il Ministero della Salute avviasse nuovi incontri per elaborare da subito un aggiornamento ad un Dpcm che quando vedrà la luce risulterà già superato.

RASSEGNA DELLE SENTENZE IN SANITÀ

Proponiamo alcune recenti sentenze selezionate tra quelle di maggiore interesse per la categoria

A cura dell'Ufficio Legale Anaao Assomed

Corte Costituzionale

Sentenza n. 65 del 2025

Le regioni possono derogare al limite di età statale per i dirigenti medici quanto alla funzione di responsabile sanitario delle strutture private accreditate

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 65 del 2025 ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale della Legge Pugliese (art. 8, co. 1, legge Regione Puglia 24/2024), che stabilisce che, alle strutture private accreditate con il Servizio sanitario regionale e a quelle autorizzate, non si applica il limite di età massimo per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario previsto per le strutture pubbliche dal D.lgs. 502/1992 (art. 15-nonies, co. 1)

Come noto, quest'ultima disposizione prevede che i dirigenti medici e del ruolo sanitario del SSN siano collocati a riposo al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ma consente loro di rimanere in servizio al fine di maturare quaranta anni di servizio effettivo, purché ciò non determini il superamento del limite massimo di settanta anni di età e non dia luogo a un aumento del numero dei dirigenti.

La Regione Puglia sostiene di aver dovuto superare il vincolo del limite di età, in precedenza da essa stessa recepito, sia in ragione delle «difficoltà specifiche di settore che si incontrano nel reperire medici» cui affidare l'incarico di responsabile sanitario, sia per garantire la libertà di iniziativa economica a tutte le strutture sanitarie private e, dunque, anche a quelle accreditate, essendo a ciò stata sollecitata dall'AGCM con la segnalazione 1680 del 2020 che aveva stigmatizzato l'assetto normativo della Regione, antecedente alla rimozione del vincolo di età per la «ingiustificata limitazione alla prestazione dei servizi professionali da parte dei medici, restringendo così l'offerta di servizi».

La Corte Costituzionale in linea con quanto già pronunciato in precedenza (sentenza n. 195 del 2021), sostiene che l'art. 15-nonies, co. 1, del d.lgs. n.

502 del 1992 «si inserisce nel quadro normativo della disciplina del lavoro pubblico», per cui i limiti in esso previsti non possono essere estesi «alle strutture che operano nel settore privato, cui deve essere riconosciuta una spiccata autonomia gestionale». Peraltro non esiste nella normativa nazionale un principio in forza del quale il responsabile sanitario di struttura privata oltre a possedere i requisiti di professionalità, debba avere età inferiore ai settanta anni.

La Corte prosegue affermando che la disciplina normativa del SSN prevede che, per esercitare attività sanitarie «per conto» del Servizio medesimo, le strutture già autorizzate debbano essere accreditate dalle regioni, che stabiliscono, «requisiti ulteriori di qualificazione», in base a «criteri generali uniformi», definiti a livello statale con apposito atto di indirizzo e coordinamento, a sua volta emanato nel rispetto dei «criteri e principi direttivi». Tra tutti questi criteri e principi non figurano previsioni statali che attengono al limite di età del responsabile sanitario di struttura privata.

Peraltro lo stesso art. 15-nonies, menziona specificamente i «dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale», con riguardo al solo personale pubblico, mentre il rapporto di lavoro intercorrente con le strutture private accreditate rientra nelle «tipologie di rapporto di impiego privato», prevedendo solo per gli enti equiparati nonché per gli IRCCS di diritto privato, l'adeguamento degli «ordinamenti del personale alle disposizioni del d.lgs. 502/1992.

È doveroso sottolineare che attraverso l'accREDITAMENTO istituzionale, le strutture private «entrano a far parte del sistema sanitario pubblico, erogando prestazioni per conto del servizio sa-

“

Non appare, irragionevole che al vertice delle strutture autorizzate si collochi un direttore sanitario che abbia superato il settantesimo anno di età.

nitario»; tuttavia, deve essere esclusa una loro equiparazione a quelle pubbliche, poiché non sussiste «omologia», stante la «evidente diversità delle situazioni delle strutture private che erogano prestazioni per conto del Ssn». L'accREDITAMENTO, infatti, pur attribuendo lo status di soggetto idoneo a erogare prestazioni per conto del Ssn, che quindi giustifica la presenza di un potere pubblicistico particolarmente intenso, non è tuttavia in grado di determinare una mutazione «ontologica» della natura delle strutture private accreditate e dei relativi rapporti di lavoro.

Pertanto, poiché l'accREDITAMENTO assume i caratteri tipici di un atto attributivo di compiti pubblici, si è al cospetto di soggetti che erogano un servizio pubblico e al pubblico, «ma non quali organi delle aziende sanitarie, bensì mantenendo la loro identità»: per le strutture private accreditate, quindi, «non si evidenzia quella prevalenza della funzione pubblicistica tale da far «scolorare il carattere imprenditoriale dell'attività» svolta. Da tale presupposto deriva che le strutture private accreditate «non possono ritenersi tout court equiparate a quelle pubbliche». Al «legislatore regionale non è precluso, nell'esercizio della propria autonomia legislativa nella materia concorrente «tutela della salute», discostarsi dalle previsioni previste dal dlgs 502 e dalla legge di bilancio per il 2024 anche in considerazione che «l'età non costituisce un requisito essenziale nell'esercizio della funzione disciplinata dal legislatore regionale e non appare, pertanto, irragionevole che al vertice [delle strutture autorizzate] si collochi un direttore sanitario che abbia superato il settantesimo anno di età».



Gli altri tirano i dadi e a noi tocca indovinare i numeri

Sono una Psichiatra in servizio in una Casa Circondariale. In un giorno ho fatto venti visite compreso un intervento in urgenza al Pronto Soccorso, un detenuto che spero non si sia tolto la vita. Un uomo di nazionalità algerina che aveva tentato di impiccarsi con una stringa, nonostante io lo abbia visto, accolto, tranquillizzato e trattato anche farmacologicamente per gli esiti neuro-psichici di una lunga storia di massiccio poliabuso e di vita condotta ai margini della società tra tossicodipendenza e reati connessi ad essa.

Poco dopo ho saputo che si era tagliato ai lati del collo e sul braccio. Si tratta di un uomo con lunga storia di utilizzo di varie sostanze stupefacenti, ha il corpo tutto scarificato, perché autolesionista. Purtroppo uno di quei troppi casi ai quali il SerD non riconosce la tossicodipendenza, perché non rientra nei criteri (d'altronde basta non dichiararsi tossicodipendente all'ingresso).

Pertanto con la detenzione in carcere è stato, tra le varie, anche costretto a interrompere bruscamente e forzatamente le sostanze d'abuso, senza ottenere una "medicazione assistita" dal SerD, con inevitabile passaggio di testimone allo psichiatra del DSM "obbligato" a prescrivergli psicofarmaci, in sostituzione di tutto quello che si faceva in libertà, senza un'indicazione diagnostica, solo su base sintomatica e per contenere l'imponderabilità comportamentale, a fronte di situazioni recettoriali disastrose - "recettori bruciati", quindi farmacoresistenza, ma soprattutto in soggetti incapaci di reggere le frustrazioni e di stare al mondo in condizioni ordinarie di libertà, senza ricorrere a qualche "eccitante" o "calmante", a secondo dell'emozione emergente; abituati a modulare in autonomia gli stati emotivi con la chimica, fino a ricorrere all'autolesionismo per liberare endorfine e ridurre la tensione. Insomma delle vere e proprie "bombe a orologeria" che possono esplodere da

un momento all'altro. Ho chiesto anche al medico del Pronto Soccorso di sensibilizzare l'ispettore del reparto, che si è impegnato a metterlo in contatto con la casa famiglia dove si troverebbero le sue due figlie, di cui voleva avere notizie, questa è stata la motivazione che ha addotto al suo primo agito di autonocumento-autosoppressivo.

Alla fine, si fa tutto per cercare di sottrarre alla morte chi non riesce a venire a patti con la vita, sopravvivendo costantemente in bilico tra la vita e la morte e noi con il fiato sospeso, a rischiare continuamente il nostro benessere psicofisico, perché anche noi costretti dal sistema a vivere nella frustrazione di dover esercitare quel controllo sugli altri che ormai non abbiamo neanche su noi stessi.

Così l'unica strada percorribile sembra quella dell'accanimento terapeutico, anche per poter dimostrare di aver fatto tutto.

Intanto ogni giorno gli altri tirano i dadi e a noi tocca indovinare i numeri che escono per poter vincere la partita, il che spesso si riduce nel guadagnare giorni di sopravvivenza per i nostri assistiti e per noi stessi.

SG



La programmazione sanitaria in salute mentale: metodologia, criticità indicatori e misure

Parte prima

Segue da pagina 11

finale. La costruzione di indicatori è un processo molto delicato e va attentamente ponderato per evitare fallacie dei processi decisionali delle aziende sanitarie. Questo è il caso di un recente esempio della salute mentale correlato al Sistema di garanzia dei nuovi LEA (tabella 1). Il "Sistema di garanzia" è lo strumento attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini che l'erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. Il nuovo sistema di garanzia (NRG) del DM 19/3/2019, include 22 indicatori CORE per la prevenzione nella medicina distrettuale ed ospedaliera alcuni dei quali specificamente orientati alla salute mentale. Ebbene per la medicina distrettuale l'indicatore di misurazione assistenziale di salute mentale è il ricovero ripetuto in reparti di psichiatria. Questo indicatore presenta una scarsa validità intrinseca e ha il solo vantaggio di essere facilmente derivabile attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), ma poco o nulla attiene sulla concreta qualità assistenziale dei dipartimenti di salute mentale e della salute mentale territoriale/distrettuale, in quanto non incorpora una misura della completezza della dotazione del personale dei dipartimenti di salute mentale. Come noto infatti in salute mentale il numero di prestazione è correlato in modo univoco alla dotazione di personale che le deve erogare. L'uso della SDO per le esigenze del governo clinico e della appropriatezza delle prestazioni ospedaliere è in uso da molti anni (Manzoli, Villari, Boccia 2015), ma poche evidenze esistono sulla affidabilità di queste al di fuori della medicina ospedaliera.

Bibliografia

- Fraire M, Terranova F (1983). Manuale di statistica e programmazione sanitaria. La Nuova Italia Scientifica, Roma
- Conticelli M (2012). Privato e pubblico nel servizio sanitario. Giuffrè Editore, Milano
- Manzoli L, Villari P, Boccia A (2015) Epidemiologia e management in sanità. Edi.Ermes s.r.l. Milano. Seconda Edizione.
- Verma A, Pandey AC, Zhang J (2025). Business Intelligence and Data Analytics. Proceedings of BIDA 2024. Springer Nature Singapore



Io scelgo



L'ANAAO

**Per difendere la sanità pubblica.
Per tutelare il mio lavoro.**

**I SERVIZI
RISERVATI
AGLI
ISCRITTI**



**Gratis per
i nuovi iscritti**

POLIZZA RC COLPA GRAVE

Valida per tutti i **Dirigenti Medici, Dirigenti sanitari**
e assunti con **Decreto Calabria**

**Gratis per
gli iscritti**

ASSILEGAL

Network di assistenza legale
per la malpractice medica

**Gratis per
gli iscritti**

POLIZZA TUTELA LEGALE

Scegli il legale per difenderti in
ambito penale, civile e contrattuale

**Tariffe promo
per gli iscritti**

CYBERSECURITY

Per proteggere i dati personali
dagli attacchi informatici

**Gratis per
gli iscritti**

UFFICIO LEGALE

Esperti qualificati per risolvere
le controversie legali o contrattuali

**Gratis per
gli iscritti**

AGGRESSIONI

Polizza AmTrust
per difendersi dalle aggressioni

**Gratis per
gli iscritti**

ECM/FAD

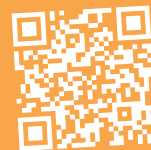
Con la Fondazione Pietro Paci
un provider di qualità per la formazione

**Tariffe promo
per gli iscritti**

SPECIALIZZANDI E NEOLAUREATI

Polizze Responsabilità Civile Professionale
e Tutela Legale

**Qui tutti i nostri contatti
per trovare la risposta
sindacale di cui hai bisogno!**



ANAAO  **ASSOMED**

www.anaao.it





myAnaao

Connessi per Assisterti.

Polizze assicurative, busta paga,
ufficio legale, previdenza.

**Tutte le tue domande
con noi trovano risposta.**



Inquadra il QR CODE
per prenotare
la tua consulenza.
Il servizio è attivo
l'ultimo mercoledì
del mese a partire
da gennaio 2025.

**L'ultimo mercoledì di ogni mese
dalle 15 alle 18 consulenti esperti
offriranno assistenza personalizzata
e gratuita per le tue esigenze.**

#ioscelgoAnaao



www.anaao.it

