

d!

d!rigenza medica

- 5 **Recovery fund**
Le proposte della Cosmed per la sanità e la pubblica amministrazione
- 8 **Donne e leadership**
Sandra Morano, responsabile Area Formazione Femminile Anaa-Assomed
- 12 **Dirigenza sanitaria**
Terapia con anticorpi neutralizzanti per il Covid-19

Il mensile dell'Anaa Assomed



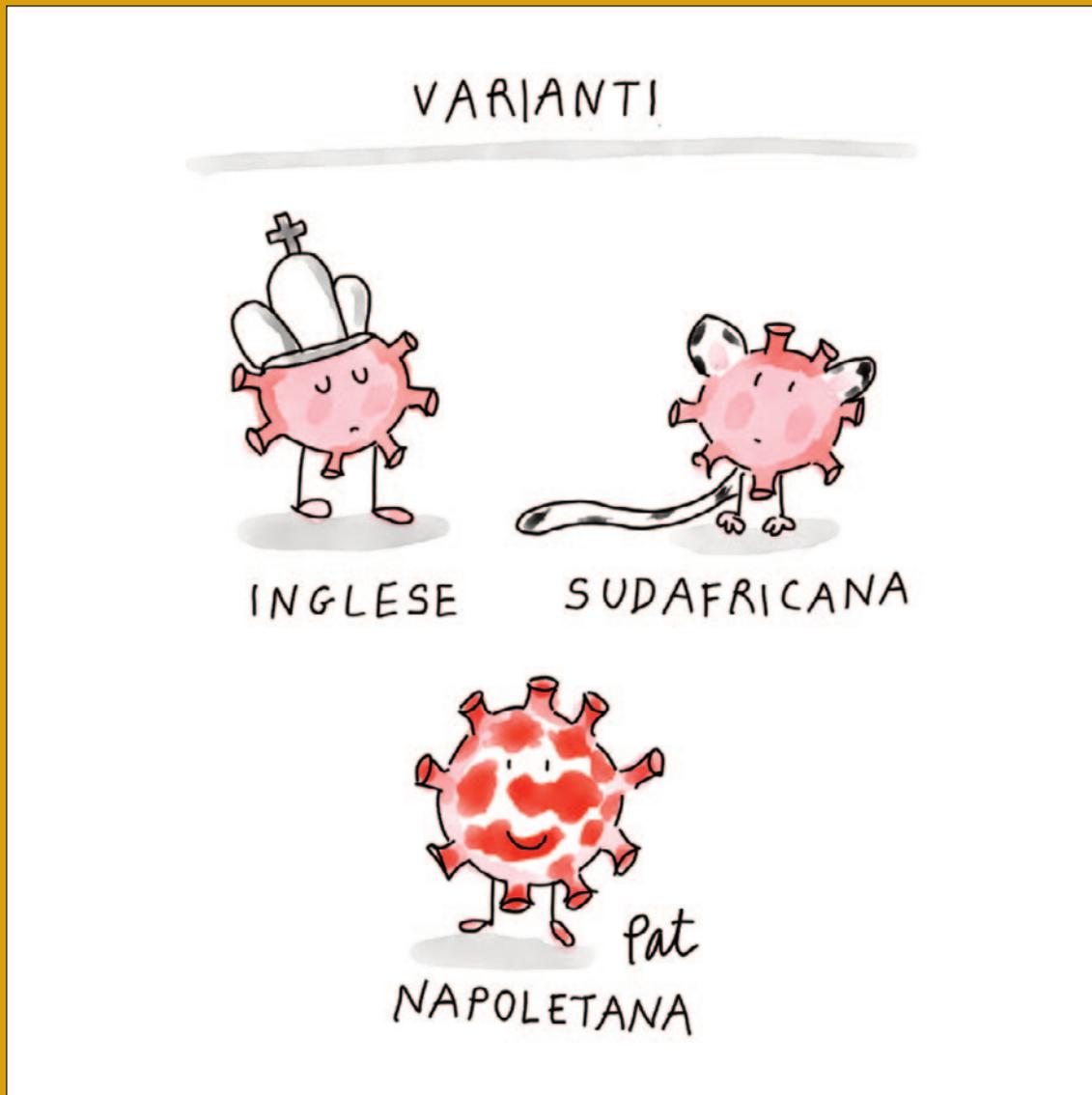
IL PROGRAMMA DRAGHI PER LA SANITÀ

Intervista al segretario nazionale
Anaa Assomed **Carlo Palermo**



Le nostre priorità

Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

**Progetto grafico
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

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

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2021

Il programma Draghi per la sanità

Intervista a Carlo Palermo



Per Palermo le priorità sono diverse: al primo posto rivedere il finanziamento corrente e quello per gli investimenti (i 18 miliardi del Recovery sono pochi); poi aumentare i posti letto ospedalieri; stroncare le liste d'attesa; nuove assunzioni e nuove retribuzioni

Le nostre priorità

Per il rilancio del Ssn e per la valorizzazione dei professionisti della salute

Il presidente del Consiglio Mario Draghi ha illustrato il suo programma in Parlamento dal quale ha ottenuto la fiducia.

Per la sanità le priorità indicate al momento sono due: accelerare sul piano vaccini Covid e riformare la sanità territoriale.

Ne abbiamo parlato con il segretario nazionale dell'Anaa Assomed Carlo Palermo che in questa intervista ha delineato anche le aspettative dei medici e dirigenti del Ssn rispetto al nuovo Esecutivo

Dottor Palermo quali dovrebbero essere a suo avviso le priorità dell'agenda sanità del futuro Governo?

Il programma è vasto ed è inevitabile procedere sinteticamente per punti:

Finanziamento del SSN

Tale finanziamento è largamente inferiore a quello dei Paesi con cui dovremmo confrontarci. Se effettuiamo un raffronto rispetto alla percentuale di PIL destinata alla sanità, l'Italia arriva all'8,7%, la Germania all'11,7%, la Francia all'11,2%, l'Austria al 10,4% e la Svizzera supera il 12% (OECD, Health at Glance 2020). Il cittadino italiano dispone di una quota pro-capite per la salute nettamente inferiore a quella dei nostri vicini. Solo nell'ultimo anno, grazie all'impegno del Ministro Speranza, il FSN è tornato ad aumentare in modo significativo.

Carenza di posti letto

Il numero di posti letto per mille abitanti (3,1), come evidenziano i dati OECD riferiti al 2018, è tra i più bassi in Europa e largamente insufficiente rispetto alle esigenze di ricovero. La carenza si manifesta non solo nei posti letto di Terapia intensiva ma anche in quelli di degenza ordinaria. Inaccettabile e insicuro il costante ricorso a posti letto provvisori (barelle nei corridoi e in strutture inadeguate) come abbiamo visto durante l'epidemia.

Liste d'attesa

La pandemia ha reso ancora più drammatico il problema delle liste di attesa e di accessibilità alle cure producendo un netto incremento della mortalità per le patologie non-Covid. È necessario un grande piano per ristabilire la certezza e il diritto alle cure indispensabili in tempi adeguati al problema clinico.

“
Rimane intera la necessità di un finanziamento adeguato finalizzato alla risoluzione di tutte le criticità del SSN presenti da anni e stressate dall'emergenza da Sars-CoV-2

Ripristino degli organici del servizio sanitario pubblico

Dal 2010 sono stati tagliati nel SSN circa 45.000 posti di lavoro di cui oltre 6.000 medici e 2.000 tra biologi, chimici, fisici etc. Le assunzioni effettuate durante l'emergenza epidemica, circa 37mila, sono prevalentemente con contratti precari. Urge un provvedimento di stabilizzazione di questa crescente sacca di precariato con forme contrattuali a tempo indeterminato più consone a garantire continuità assistenziale, sicurezza e qualità delle cure.

Adeguamento delle retribuzioni e valorizzazione del capitale umano

Il divario con le retribuzioni medie europee di medici e dirigenti sanitari dipendenti del SSN è così alto da favorire l'abbandono del servizio pubblico per sedi di lavoro meno gravoso nel privato o l'emigrazione verso l'estero. Questi fenomeni rendono urgente la con-

clusione del CCNL 2019/2021 per cercare di rendere più attrattivo il lavoro nel settore pubblico.

Pensa che i progetti attualmente inseriti nella Mission 6 del Recovery Plan con un finanziamento complessivo di circa 20 miliardi siano quelli giusti o servirebbe altro? E pensa che le risorse siano sufficienti?

I 20 miliardi della Mission 6 sono largamente insufficienti. Ricordo che il piano del Ministro Speranza per il "Rinascimento" del SSN prevede più opportunamente un investimento di 68 miliardi, di cui circa 30 destinati all'ammodernamento della rete ospedaliera. La vetustà delle strutture ospedaliere è nota: un'età media superiore ai 50 anni, con costi elevati di manutenzione e gestione, scarsa sicurezza sotto il profilo sismico e disagio dei pazienti. Tra l'altro, la scarsa flessibilità di questi vecchi edifici ha rappresentato un fattore critico nella possibilità di separare in sicurezza i percorsi infetto/non infetto nelle fasi di picco epidemico, favorendo il contagio degli operatori.

La discesa in campo di Draghi ha determinato un netto calo dello spread tra Bund tedeschi e Btp e reso meno conveniente l'accesso ai finanziamenti Mes. Rimane, comunque, intera la necessità di un finanziamento adeguato finalizzato alla risoluzione di tutte le criticità del SSN presenti da anni e stressate dall'emergenza da Sars-CoV-2.

Tra le riforme auspicate c'è in primis quella della medicina e dell'assistenza del territorio di cui si parla da anni ma senza molto costruito. Perché a suo avviso finora non si è riusciti a cambiare e innovare questo settore? Quali sono gli ostacoli che ne hanno impedito la riforma?

Il piano del Ministero della Salute punta decisamente a rafforzare la rete dell'assistenza territoriale. Lo fa attraverso sostanziosi finanziamenti in strutture come le Case di Comunità e lo sviluppo di una rete territoriale di ricovero (Ospedali di Comunità). Il Recovery plan prevede 7 mld di finanziamento per lo sviluppo del piano. Ne scaturisce un'idea di medicina di comunità gestita attraverso gruppi multiprofessionali e multidisciplinari e una organizzazione che inevitabilmente andrà modulata considerando le diverse aree di densità della popolazione. Il piano è molto ambizioso ed è la prima volta che ha gambe finanziarie per poter concretizzare indirizzi organizzativi già presenti nella legislazione italiana ma rimasti sostanzialmente sulla carta.

Un tema al centro di molte polemiche in quest'anno di pandemia ma anche prima, è senz'altro quello dell'autonomia regionale in materia sanitaria. Pensa che l'occasione di un Governo con una potenziale maggioranza parlamentare attorno all'80% possa prendere in mano la questione e riscrivere il Ti-

Le nostre
priorità



tolo V della Costituzione rivedendo l'attuale equilibrio dei poteri in materia di tutela della Salute? O, al contrario, ritiene che la "differenza" regionale nelle modalità di organizzazione e gestione della sanità vada salvaguardata?

L'epidemia ci ha messo di fronte alla necessità di riconsiderare il Titolo V della Costituzione. Le scelte necessarie per il controllo di una pandemia non possono essere effettuate ad un livello regionale. La vicenda dei vaccini, prima con la ricerca scientifica necessaria per svilupparli e poi con la loro produzione e distribuzione, ne rappresenta un esempio eclatante. Nemmeno possiamo pensare di continuare con le evidenti disuguaglianze nell'erogazione dei servizi che la regionalizzazione ha prodotto. Abbiamo bisogno di una revisione della "legislazione concorrente" puntando ad una "ricentralizzazione" delle politiche sanitarie attraverso la previsione di una "clausola di supremazia". Importante anche un nuovo ruolo per il Ministero della Salute in termini di indirizzi per una uniforme esigibilità dei Livelli Essenziali di Assistenza e di verifica degli obiettivi concordati, lasciando alle regioni l'autonomia organizzativa.

Ho qualche dubbio che questa revisione possa essere condotta dalla maggioranza politica che si sta costituendo intorno al tentativo del Professor Draghi.

Per la sanità, oltre all'accelerazione del piano di vaccinazioni, Draghi ha indicato come prioritaria la riforma della sanità territoriale: «È questa la strada per rendere realmente esigibili i Livelli essenziali di assistenza e affidare agli ospedali le esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. La casa come principale luogo di cura è oggi possibile con la telemedicina, con l'assistenza domiciliare integrata»

Il programma di Mario Draghi

“Primo dovere combattere con ogni mezzo la pandemia e poi riforma sanità territoriale. La ‘casa’ deve diventare principale luogo di cura”

Il presidente del Consiglio Mario Draghi ha presentato in Parlamento (il 17 febbraio al Senato e il 18 alla Camera) il suo programma di Governo. Un Governo che ha definito semplicemente come “il Governo del Paese” senza altri aggettivi.

Un Governo chiamato ad affrontare l'emergenza sanitaria ed economica scatenata dalla pandemia ma anche a fare le riforme necessarie per il Paese. Sul primo punto Draghi ha messo in evidenza tre priorità: l'accelerazione della campagna vaccinale, la riforma della sanità territoriale e la ripresa delle normali attività scolastiche.

“Abbiamo bisogno di mobilitare tutte le energie su cui possiamo contare – ha detto Draghi – ricorrendo alla protezione civile, alle forze armate, ai tanti volontari. Non dobbiamo limitare le vaccinazioni all'interno di luoghi specifici, spesso ancora non pronti: abbiamo il dovere di renderle possibili in tutte le strutture disponibili, pubbliche e private”. “La velocità è essenziale – ha detto Draghi – non solo per proteggere gli individui e le loro comunità sociali, ma ora anche per ridurre le possibilità che sorgano altre varianti del virus”.

segue



Tra le prime questioni sul tavolo del nuovo Governo ci sarà certamente il Piano vaccini anti Covid. Cosa servirebbe secondo lei per accelerare le vaccinazioni?

Il comportamento dell'Italia per quanto riguarda le vaccinazioni, tenuto conto delle dosi messe finora a disposizione, è stato adeguato e ci troviamo al momento in seconda posizione come numero di vaccinazioni completate in Europa, grazie soprattutto all'impegno delle strutture ospedaliere e dei Dipartimenti di prevenzione. Forse ci siamo persi in idee fantasiose come quelle dei padiglioni "petalosi" e in ridondanti frapposizioni burocratiche rispetto alle regioni e alle aziende sanitarie, come quella di delegare l'assunzione dei 15 mila operatori tra medici e infermieri destinati alla seconda fase vaccinale ad Agenzie interinali, che riceveranno 25 mln di € per esaminare i curricula. Qualcosa come 1.000€ per ogni valutazione di CV e per una telefonata ai circa 24 mila operatori che hanno manifestato l'interesse. I "colli di bottiglia" da superare per arrivare a vaccinare il 70% della popolazione prima del prossimo autunno sono rappresentati dall'approvvigionamento delle dosi di vaccino, ne necessitano più di 84 mln entro settembre, e dall'organizzazione logistica necessaria per avviare una massiva vaccinazione della popolazione che può essere ottenuta solo portando a 400 mila al giorno la capacità di inoculazione.

Altra questione, riguarda l'azione di contrasto all'epidemia. Secondo lei funziona il sistema a zone colorate o va cambiato?

La classificazione cromatica rappresenta lo sforzo di trovare un equilibrio tra le esigenze sanitarie e quelle economiche e sociali. Bisognerebbe considerare che in una fase di alta circolazione del virus come l'attuale con oltre 400 mila positivi, più di 10 mila casi giornalieri e strutture ospedaliere ancora sotto pressione con indici di occupazione dei posti letto che ballano intorno alla soglia di criticità, la zona gialla non impedisce la diffusione dei contagi la cui inevitabile risalita viene solo rallentata. Abbiamo, invece, la necessità di scendere rapidamente sotto i 5.000 contagi giornalieri per permettere la ripresa delle procedure di *contact tracing* e avviare la campagna vaccinale in condizioni di maggiore sicurezza. Una zona rossa di tre/quattro settimane forse sarebbe più utile allo scopo, almeno nelle regioni con indici in rapido peggioramento. Così come si potrebbero valutare delle zone rosse comunali o provinciali per bloccare la diffusione del virus.

segue

Il programma di Mario Draghi

E poi Draghi ha sottolineato come "Sulla base dell'esperienza dei mesi scorsi dobbiamo aprire un confronto a tutto campo sulla riforma della nostra sanità".

"Il punto centrale – per Draghi – è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria)".

"È questa la strada per rendere realmente esigibili i "Livelli essenziali di assistenza" e affidare agli ospedali le esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. La "casa come principale luogo di cura" è oggi possibile con la telemedicina, con l'assistenza domiciliare integrata", ha chiarito il Presidente del Consiglio.

Per la scuola, Draghi ha sottolineato che "non solo dobbiamo tornare rapidamente a un orario scolastico normale, anche distribuendolo su diverse fasce orarie, ma dobbiamo fare il possibile, con le modalità più adatte, per recuperare le ore di didattica in presenza perse lo scorso anno, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno in cui la didattica a distanza ha incontrato maggiori difficoltà".

Recovery Plan. Draghi ha chiarito che il Recovery Plan subirà possibili rimodulazioni e accorpamenti ma senza cambiarne gli obiettivi strategici: "Nelle prossime settimane rafforzeremo la dimensione strategica del Programma, in particolare con riguardo agli obiettivi riguardanti la produzione di energia da fonti rinnovabili, l'inquinamento dell'aria e delle acque, la rete ferroviaria veloce, le reti di distribuzione dell'energia per i veicoli a propulsione elettrica, la produzione e distribuzione di idrogeno, la digitalizzazione, la banda larga e le reti di comunicazione 5G".

Ma le riforme strutturali non riguarderanno solo la sanità. Nel suo programma Draghi ha individuato infatti il fisco, la pubblica amministrazione e la giustizia come riforme non procrastinabili. Il Governo Draghi ha ottenuto un'ampia maggioranza sia al Senato che alla Camera.



Le nostre
priorità



RECOVERY FUND

Le proposte della Cosmed per la sanità e la pubblica amministrazione

Tre gli assi portanti dell'analisi effettuata dalla Cosmed sul Piano nazionale di ripresa e resilienza per il capitolo della sanità e della PA: valorizzare e rendere effettivamente indipendente la dirigenza pubblica, rilanciare e ammodernare il Ssn senza rinunciare alle risorse del Mes Sanità, incentivare adeguatamente il pubblico impiego



A cura della Cosmed
(Confederazione sindacale medici e dirigenti)

Ripartire dai servizi pubblici

I servizi pubblici come garanzia dei diritti fondamentali indispensabili per la coesione sociale, l'equità e l'uguaglianza dei cittadini. L'Italia è uno dei Paesi con meno dipendenti pubblici. Invertire la tendenza alle privatizzazioni e alle esternalizzazioni contrastando improprie commistioni pubblico-privato. Occorre far proprie le raccomandazioni dell'unione europea (vedi le due note a pagina 7).

Valorizzare e rendere effettivamente indipendente la dirigenza pubblica

Inaccettabili ritardi e disfunzioni della macchina pubblica rendono inaccessibili diritti e servizi e spesso inapplicabili le stesse disposizioni legislative. In particolare i condizionamenti della Dirigenza pubblica non consentono una gestione efficace e tempestiva delle funzioni pubbliche. Solo l'indipendenza della pubblica amministrazione garantisce imparzialità e trasparenza. Superare le nomine discrezionali degli apparati politici pro tempore separando indirizzo politico e gestione della cosa pubblica. I margini per valutazioni di tipo discrezionale dei curricula dei di-

rigenti per l'attribuzione degli incarichi devono essere fortemente ridimensionati e data invece assoluta premienza alle esperienze professionali maturate sul campo nelle specifiche attività dell'incarico. Così come è giunto il momento di ridimensionare fortemente i contingenti di legge (addirittura il 30%) per il ricorso al personale esterno dell'Ente (il che comporta peraltro significative lievitazioni della spesa pubblica).

Investimenti indispensabili in sanità: incomprensibile il mancato utilizzo del Mes sanitario

Come evidenziato dall'Unione europea (vedi nota a pagina 7) la sanità italiana presenta gravi lacune strutturali che sono state clamorosamente evidenziate dalla pandemia. Solo "la mobilitazione straordinaria, in particolare del personale sanitario e dei servizi sociali locali, ha compensato i limiti dell'infrastruttura fisica, del numero di operatori sanitari e degli investimenti degli anni passati". I tagli trentennali della sanità pubblica nonché la sua frantumazione hanno portato il Paese ai primi posti per letalità per



numero di abitanti nel mondo dovuta alla pandemia. È evidente che la sanità pubblica ha un costo ma non averla costa di più sia in termini umani che economici.

Le principali carenze sono rappresentate:

Finanziamento del SSN

Tale finanziamento è inferiore alla media europea anche se raffrontato al PIL con cui dovremmo confrontarci. Se effettuiamo un raffronto rispetto alla percentuale di PIL destinata alla sanità, l'Italia arriva all'8,7%, la Germania all'11,7%, la Francia all'11,2%, l'Austria al 10,4% e la Svizzera supera il 12% (OECD, Health at Glance 2020). Il cittadino italiano dispone di una quota pro capite per la salute nettamente inferiore alla media europea.

Obsolescenza delle strutture ospedaliere

La vetustà delle strutture ospedaliere è nota con un'età media superiore ai 50 anni, con costi elevati di manutenzione e gestione, scarsa sicurezza e disagio dei pazienti.

Carenza di posti letto

Il numero di posti letto per mille abitanti (3,1), come evidenziano i dati OECD riferiti al 2018, è tra i più bassi in Europa e largamente insufficiente rispetto alle esigenze di ricovero. La carenza si manifesta non solo nei posti letto di Terapia intensiva ma anche in quelli di degenza ordinaria. Inaccettabile e insicuro il costante ricorso a posti letto provvisori (barelle nei corridoi e in strutture inadeguate) come abbiamo visto durante l'epidemia.

Liste d'attesa

La pandemia ha reso ancora più drammatico il problema delle liste di attesa e di accessibilità alle cure producendo un netto incremento della mortalità per altre patologie non-Covid. Necessario un piano per ristabilire la certezza e il diritto alle cure indispensabili in tempi adeguati al problema clinico.

Assistenza alla terza età e alla cronicità

L'inadeguatezza delle cosiddette RSA (che spesso non hanno nulla di sanitario) lasciate all'improvvisazione e prive di requisiti e controlli ha prodotto una mortalità inaccettabile che richiede un'urgente azione riformatrice.



“
La casa come primo luogo di cura e come modello alternativo al ricovero ospedaliero che consente la permanenza a domicilio di persone fragili e con patologie croniche

Assistenza domiciliare

La casa come primo luogo di cura e come modello alternativo al ricovero ospedaliero che consente la permanenza a domicilio di persone fragili e con patologie croniche. Superare il grave divario con i Paesi europei in materia di assistenza domiciliare. Indispensabile un'effettiva integrazione socio-sanitaria.

Strutture intermedie

Il progetto di ospedali di comunità in numero contenuto se viene potenziata la dotazione dei posti letto ospedalieri e le cure domiciliari può rappresentare una struttura intermedia utile purché con un organico dedicato. In particolare l'effettivo isolamento dei contagi di patologie infettive richiederanno strutture adeguate anche in futuro.

Prevenzione

Indispensabile potenziare i servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro particolarmente tagliati negli ultimi anni facendo propria la lezione della pandemia, integrando SSN e INAIL, rinnovando e potenziando i dipartimenti di prevenzione.

Ripristino degli organici del servizio sanitario pubblico

Dal 2009 sono stati tagliati nel SSN circa 45.000 posti di lavoro di cui oltre 7.000 medici e oltre 2.500 tra la dirigenza sanitaria e tecnica professionale e amministrativa. Le assunzioni effettuate durante l'emergenza epidemica, circa 37 mila, sono prevalentemente con contratti precari. Urge un provvedimento di stabilizzazione di questa crescente sacca di precariato con forme

contrattuali a tempo indeterminato più consone a garantire continuità assistenziale, sicurezza e qualità delle cure. L'età media nel SSN è di 50 anni (il 37% ha più di 57 anni di cui il 16% più di 62 anni) tra i medici l'età media è di 53 anni (il 49% ha più di 57 anni di cui il 29% più di 62 anni).

Adeguamento delle retribuzioni e valorizzazione del patrimonio umano

Il divario con le retribuzioni medie europee di medici, dirigenti sanitari e dipendenti del SSN è così alto da favorire l'abbandono del servizio pubblico per sedi di lavoro meno gravoso nel privato o l'emigrazione verso l'estero. Questi fenomeni rendono urgente la conclusione del CCNL 2019/2021 per cercare di rendere più attrattivo il lavoro nel settore pubblico.

Rivisitazione del titolo V

Inadeguata la cosiddetta "legislazione concorrente" e la frantumazione del SSN occorrono norme certe e uniformi su tutto territorio nazionale e una politica sanitaria unitaria.

Sanità e ambiente

L'evidenza di stretti rapporti tra ambiente e salute impone il ritorno delle Arpa nel SSN da cui dipendono peraltro finanziariamente.

Sanità delle funzioni centrali

Gli enti con funzioni sanitarie (Ministero della Salute, INAIL, INPS, AIFA) devono far parte a tutti gli effetti e pienamente integrati nel SSN.

Digitalizzazione

Inaccettabile la frantumazione dei servizi informatici tra aziende sanitarie,



“

Lesinare ora risorse al servizio sanitario pubblico per favorire definitivamente la sanità privata o privatistica significherebbe non essere all'altezza del sistema di protezione sociale e non aver compreso le effettive necessità evidenziate dalla pandemia



enti e regioni che comportano duplicazioni e sprechi e mancanza di riferimenti e documentazione utile ai pazienti.

Ricerca biomedica

Finanziare la ricerca e valorizzare il personale della ricerca delle Istituzioni pubbliche sottraendolo all'esodo di questi anni.

Per questi motivi appare incomprensibile il mancato ricorso al MES sanitario che libererebbe risorse per altri settori. Insoddisfacenti e inadeguati ancorché incrementati nell'ultima stesura del PNRR destinati alla sanità. Cresce tra la popolazione il bisogno di una sanità pubblica accessibile. Lesinare ora risorse al servizio sanitario pubblico per favorire definitivamente la sanità privata o privatistica significherebbe non essere all'altezza del sistema di protezione sociale e non aver compreso le effettive necessità evidenziate dalla pandemia. Facciamo nostre le affermazioni del Presidente del Consiglio: "dovremmo spendere molto di più per la salute".

Incentivi per la produttività del pubblico impiego

Lo sforzo cui dovranno far fronte i servizi pubblici non può prescindere dall'adozione di incentivi alla produttività già operativi per il sistema privato, per recuperare l'enorme quantità di lavoro arretrato accumulato. Detassazione dei salari collegati alla produttività aggiuntiva sono uno strumento indispensabili di cui il servizio pubblico non può rinunciare.

Note

Le Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea

20 maggio 2020

Sanità

(16) La pandemia di Covid-19 ha sottoposto il sistema sanitario nazionale a una pressione senza precedenti, facendo emergere debolezze strutturali e la necessità di incrementare la preparazione in risposta agli eventi di crisi. Nonostante la spesa sanitaria sia inferiore alla media dell'UE, il sistema sanitario italiano è caratterizzato da servizi universali altamente specializzati e di buona qualità e in generale è riuscito a fornire un'assistenza accessibile. Tuttavia, soprattutto all'inizio della pandemia, la frammentazione nella governance del sistema sanitario e nel coordinamento tra autorità centrali e regionali ha rallentato l'attuazione di alcune misure di contenimento. La risposta dei sistemi sanitari regionali alla crisi si è basata principalmente su una mobilitazione straordinaria, in particolare del personale sanitario e dei servizi sociali IT 5 IT locali, che ha compensato i limiti dell'infrastruttura fisica, del numero di operatori sanitari e degli investimenti degli anni passati volti a migliorare le strutture e i servizi. Il governo italiano ha compiuto sforzi notevoli per contenere la diffusione del virus, alleviare la pressione sugli ospedali e generare ulteriore capacità di assistenza. È attualmente in fase di elaborazione una strategia di contenimento a più lungo termine per garantire un ritorno in sicurezza alle attività produttive. Oltre a migliorare i processi di governance e i piani di preparazione alle crisi, le politiche post Covid-19 dovrebbero puntare a colmare la carenza di investimenti pubblici nell'assistenza

sanitaria. Nel medio-lungo termine lo sviluppo di un piano strategico di investimenti sarà fondamentale per migliorare la resilienza del sistema sanitario italiano e garantire continuità nella prestazione di servizi di assistenza accessibili. A fronte delle attuali proiezioni relative alla forza lavoro nel settore sanitario, dovrebbe essere data priorità all'elaborazione di politiche volte a rimuovere gli impedimenti alla formazione, all'assunzione e al mantenimento in servizio del personale sanitario.

Pubblica amministrazione

(24) Un'amministrazione pubblica efficace è cruciale per garantire che le misure adottate per affrontare l'emergenza e sostenere la ripresa economica non siano rallentate nella loro attuazione. L'erogazione delle prestazioni sociali, le misure a sostegno della liquidità, l'anticipazione degli investimenti, ecc. potrebbero non essere efficaci se ostacolate da impedimenti nel settore pubblico. Tra le carenze figurano la lunghezza delle procedure, tra cui quelle della giustizia civile, il basso livello di digitalizzazione e la scarsa capacità amministrativa. Le procedure e i controlli devono essere attuati rapidamente, in un contesto in cui vengono significativamente incrementate le risorse pubbliche a sostegno dell'attività economica. Prima della crisi la digitalizzazione nelle amministrazioni pubbliche era disomogenea. L'interazione online tra le autorità e la popolazione era modesta e rimane bassa la percentuale di procedure amministrative gestite dalle regioni e dai comuni che possono essere avviate e portate a termine interamente in modo elettronico. La crisi ha inoltre messo in luce la mancanza di interoperabilità dei servizi pubblici digitali. Per aumentare la capacità della pubblica amministrazione di rispondere alle esigenze delle imprese occorre migliorare e semplificare le normative settoriali, rimuovendo nel contempo gli ostacoli alla concorrenza. Infine, un sistema giudiziario efficiente è fondamentale per un'economia attraente e propizia agli investimenti e all'imprenditoria e sarà fondamentale nel processo di ripresa, anche mediante l'attivazione di quadri efficienti per il salvataggio e il rilancio.

DONNE E LEADERSHIP



“Presto *domineranno* in sanità e saranno pronte”

Una chiacchierata sulla leadership femminile in sanità con Sandra Morano, responsabile dell'area formazione femminile Anaao-Assomed. Tra qualche anno ci saranno più donne medico che uomini, ma l'organizzazione del lavoro dovrà cambiare dagli standard “maschili” a cui è stata orientata

Hanno lavorato senza sosta in questi mesi difficili, con mascherine troppo strette e turni senza fine. Non hanno rivisto le famiglie per molti giorni, sacrificando tutto per il loro lavoro. Hanno dimostrato qualità straordinarie anche con poveri mezzi e stanno aiutando il paese ad uscire dalla pandemia. Sono le **donne in sanità**, forza lavoro insostituibile in Italia presto destinata a diventare “dominante”.

Diciamo destinata perché, a guardare i numeri delle iscritte alla facoltà di Medicina e delle specializzande, «tra tre o

quattro anni saranno loro a guidare la sanità». Ce lo ha detto **Sandra Morano**, ginecologa, professoressa a contratto all'Università di Genova e responsabile dell'area **formazione femminile Anaao Assomed**. Morano ha assicurato che anche la percentuale di donne leader in sanità, che per ora si assesta al 16%, andrà rapidamente ad alzarsi nei prossimi anni con i pensionamenti.

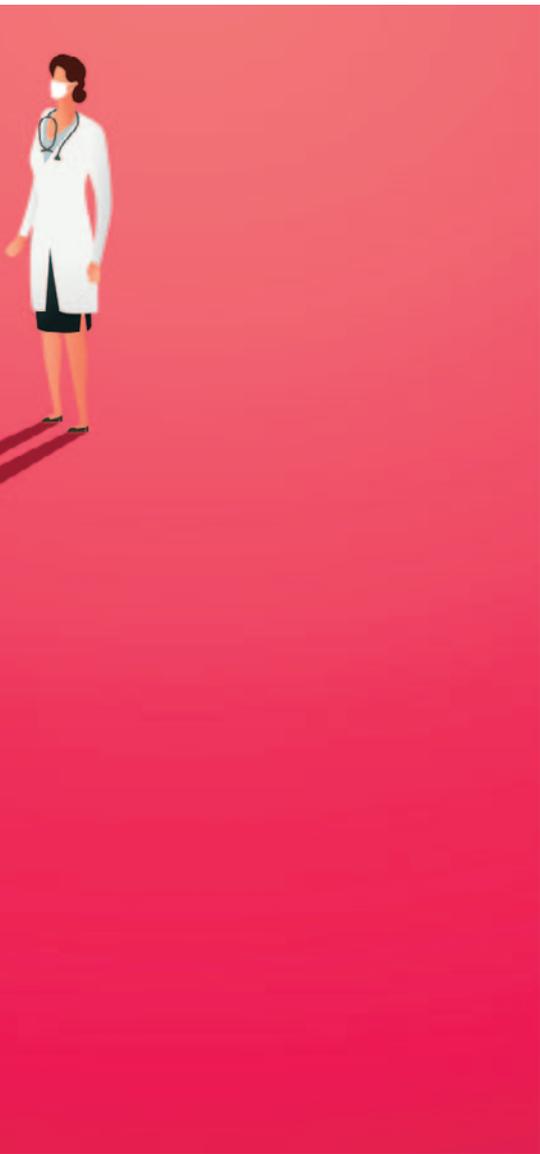
«La nostra preoccupazione – spiega – è quella di fare in modo che le donne arrivino preparate a questo momento, non tecnicamente dato che lo sono già,

ma preparate ad avere uno sguardo complessivo di governo della sanità». Hanno già dimostrato una visione d'insieme e le capacità organizzative: «Sono riuscite con meno tempo e meno mezzi ad avere tutto sotto controllo più rapidamente. Invece noi le stiamo preparando sui contenuti per rinforzare questa preparazione e questa consapevolezza».

Nelle classifiche europee, l'Italia al 23esimo posto per soddisfazione delle lavoratrici

È di qualche giorno fa uno studio firmato *Lenstore* che classifica i paesi migliori in cui esercitare la professione sanitaria. L'Italia è lontana dai primi posti – in cui troviamo Francia, Olanda e Finlandia – arrivando solo al 23esimo. Fare carriera per le italiane non è ancora semplice, nonostante sia donna il 71% del personale sanitario e il 42% dei medici. Perché?

«La professione medica diverge dalle altre quando si parla di posizioni di leadership», analizza Morano. Ci spiega che le **qualità che si ricercano nei dirigenti**, per cui nei gradi più alti interviene sempre una parte soggettiva del



“

L'intenzione primaria è sempre quella di “fare bene il proprio lavoro”. Seguono il paziente dall'inizio alla dimissione, mentre gli uomini se possono preferiscono scrivere articoli e lavori, per poi avere più titoli di carriera

Ma nel senso migliore del termine: più coscienziose, commettono meno errori e si portano a casa il lavoro. Governare non è un trampolino ma un modo per far funzionare meglio una catena che conoscono già molto bene».

Italiane insoddisfatte, perché?

In una survey portata avanti da Fems, European Federation of Salaried Doctors, su 11 paesi europei per misurare il livello di soddisfazione delle dottoresse nel rapporto con il posto di lavoro, i colleghi e il **work-life balance**, le **italiane sono risultate le più insoddisfatte**. Il 68% delle partecipanti ha dichiarato di sentirsi insoddisfatta da tutti i punti di vista «nonostante abbiamo la migliore legge sulla maternità d'Europa».

«Alla base del disagio delle italiane ci sono necessità che il lavoro vuole quasi sopprimere: come quelle familiari e personali. Quello che serve in questo momento sono delle **vere pari opportunità** che valorizzino i punti di forza delle lavoratrici». Per esempio, guardiamo alla **differenza salariale**. In Italia il contratto in sanità è uguale per donne e uomini, ma finisce per differire perché le donne fanno più ferie, più assenze e permessi perché sono sempre loro a occuparsi di un qualsiasi problema a casa. Dalla malattia dei figli, alle visite dei genitori o alle necessità di vita. «È evidente che è la visione della società che va cambiata», aggiunge Morano.

Il rovesciamento dei tavoli

«Noi siamo per il rovesciamento dei tavoli – dice la coordinatrice de “Le Mediche” -, cambiare le regole verso nuove direzioni. Le donne hanno tante limitazioni ancora oltre a quella di non poter fare carriera: non possono scegliere quando fare un figlio, come e quanto seguirlo. Così come gli uomini, ma loro non denunciano queste scelte. Le donne non riescono a sublimare con la carriera perché per loro ritagliarsi degli spazi di vita è essenziale. **Non si può considerare tutti allo stesso modo**: questi orari così fissi che non possono essere flessibili o spostarsi ci rendono tutti uguali».

La pandemia in qualche senso ha aiu-



SANDRA MORANO
responsabile
dell'Area
Formazione
Femminile
Anaao-Assomed

tato a capire che non c'è un solo modo di lavorare. L'elasticità degli orari, il part-time, un sistema più agile hanno dimostrato di poter essere gli esempi per la sanità del futuro. «Se si pensa – aggiunge Morano – cosa sono state in grado di fare persone che non potevano staccare o tornare a casa, che non hanno fatto ferie per salvare più pazienti possibile e proteggere i propri colleghi. Questo a causa del fatto che la sanità è stata considerata il nulla per troppi anni».

Cambiare cominciando da formazione e contratti

I sindacati si stanno già occupando di pretendere dei **correttivi da inserire nei prossimi contratti**: tra cui il non considerare più la maternità come un “periodo perso” ma come un servizio alla società, di cui nessuna lavoratrice debba più sentirsi in colpa, nonché l'inserimento di nuovi e più moderni orari. L'area formazione Anaao-Assomed ha inoltre ha lavorato a un libro in uscita, **“La sanità che vogliamo”**, in cui si analizzano i possibili utilizzi dei nuovi investimenti in arrivo in sanità, con necessità imprescindibili dell'organizzazione del lavoro.

«In questi anni – conclude Morano – la cura è diventata quasi una cosa di cui vergognarsi, per cui le donne volevano invece avere l'atteggiamento contrario. Mentre la società deve aspirare a diventare questo. Se le donne hanno un valore in più grazie a questa attitudine sono proprio destinate a dominare in un campo che a questo mira per eccellenza». L'Italia ha ora il dovere di gettare il cuore oltre l'ostacolo, perché «una donna che cura è la massima aspirazione della sanità».

(da Sanità Informazione)

“

L'area formazione Anaao-Assomed ha lavorato a un libro in uscita, “La sanità che vogliamo”, in cui si analizzano i possibili utilizzi dei nuovi investimenti in arrivo in sanità

processo decisionale, **sono ancora “maschili”** nel significato più stereotipato del termine. Dedicare del tempo all'amministrazione, infatti, significa spesso tralasciare i pazienti e l'attività di cura, che è sempre l'aspetto più importante della professione per le donne. «Le donne – specifica Morano – più sono brave più **amano stare con i pazienti** e non amano andare in giro a cercare di capire come possono far carriera. L'intenzione primaria è sempre quella di “fare bene il proprio lavoro”. Seguono il paziente dall'inizio alla dimissione, mentre gli uomini se possono preferiscono scrivere articoli e lavori, per poi avere più titoli di carriera».

Una leadership circolare

La formazione della leadership femminile lavora proprio su questo, facendo capire alle donne che accedere a ruoli di responsabilità non significa rinunciare al loro modo di intendere il lavoro. Che si può effettivamente attuare una leadership circolare, come loro la vorrebbero, e non verticale come è sempre stata presentata. «Da donne siamo portate da un punto di vista storico e mentale alla cura – insiste l'esperta -



EUROPA E COVID-19

Quale impatto sugli operatori sanitari?

A fine gennaio scorso, i Delegati dei Paesi membri della FEMS - European Federation of Salaried Doctors - si sono incontrati online per confrontarsi sulla situazione pandemica e sulle misure adottate, nei diversi Sistemi Sanitari, a tutela di medici e professionisti sanitari

Nel corso dell'incontro sono stati presentati i risultati di un questionario, visionabile sul sito FEMS¹ che, se confrontato con quanto emerso da un altro documento di giugno 2020², apre numerosi punti di domanda su quello che è stato ed è ancora l'impatto dell'infezione da Sars-Cov-2 su sistemi sanitari e suoi operatori.

Il trait d'union dell'incontro è stato soprattutto la difficoltà a reperire dati certi e di univoca interpretazione da utilizzare per formulare ipotesi, commenti e comparazioni. La definizione di morte per Covid può essere un esempio.

La tabella n. 1 riporta le morti per Covid al 31 dicembre 2020 e al mese di giugno dello stesso anno. Rapportando questi numeri con la popolazione generale si osservano tassi di mortalità differenti nei diversi paesi (spicca agli occhi il triste record dell'Italia) di diffi-



ALESSANDRA SPEDICATO
Capo Delegazione Anaa Assomed in FEMS

cile giustificazione; scartando l'ipotesi della prolungata e paneuropea impreparazione alla gestione pandemica (ma vogliamo proprio escluderla?), è probabile che questi numeri, al netto di suscettibilità genetica, densità di popolazione, elevata età media, possano essere giustificati anche dalla modalità in cui le morti per Sars-Cov-2 vengano considerate tali e dalla quota di popolazione infetta che viene gestita in ambiente domiciliare rispetto alla percentuale di pazienti ospedalizzati.

Elemento positivo che emerge dal questionario è l'importante incremento nel sistema di testing e tracing in tutti paesi europei anche se l'Italia non si classifica in una posizione virtuosa rispetto agli altri, considerando il numero di test molecolari rispetto alla popolazione. In proporzione solo la Germania ha fatto peggio.

Anche i dati che possono rappresentare possibili campi di azione sindacale, nazionale o comunitaria sono lacunosi, non di univoca interpretazione e di difficile reperimento. Non esiste, al momento, un database che identifichi se un operatore infetto o deceduto abbia operato sul territorio o nel sistema ospedaliero, quale ruolo abbia ricoperto e il livello di esposizione. Questi elementi potrebbero risultare utili per definire standard ottimali di organizzazione e sicurezza sul posto di lavoro. Se è vero che durante la prima ondata numerosi paesi, incluso il nostro, hanno affrontato, nelle prime settimane, una grave carenza di DPI, che cosa giustifica, oggi, la diversa percentuale di medici ed operatori infetti tra i vari paesi? Nei Paesi Bassi, da giugno a oggi vi è stato un aumento esponenziale di operatori infetti; nelle ultime quattro settimane, in

1. https://www.fems.net/images/Fems_documents/Documents/2021/F21-003_COVID-19_FEMS_Report_31_12_2020.pdf

2. https://www.fems.net/images/Fems_documents/Documents/2020/F20-047_COVID-19_FEMS_Report_12_06_2020_REV_Sept_2020.pdf



DECESSI PER SARS-COV-2

	SLOVENIA	AUSTRIA	BELGIO	FRANCIA	ITALIA	OLANDA	PORTOGALLO	ROMANIA
Popolazione	2.096.000	8.902.600	11.467.923	67.098.824	60.359.546	17.407.585	10.123.420	19.401.658
Giugno 2020	109	687	9.696	29.734	34.345	6.053	1.505	1.992
Dicembre 2020	2.074	6.826	19.441	64.992	74.159	12.512	9.920	16.654

Italia la percentuale di operatori infetti rappresenta circa il 5% del numero di soggetti infetti mentre in Germania questa percentuale scende al 4%. Se le misure di protezione individuali sono considerate come acquisite e standardizzate nei diversi contesti, che cosa può giustificare queste differenze? Un'ipotesi è il contesto organizzativo che, almeno in Italia, ancora vede, negli ospedali una commistione tra realtà Covid e "reparti puliti" con l'inevitabile diffusione del virus tra gli operatori.

I vari governi hanno cercato di riconoscere ai professionisti della sanità un bonus per lo sforzo 'eroico' che è stato messo in campo e per il notevole esubero orario cui i medici sono andati incontro. È ironico osservare come gli incentivi erogati riflettano la politica nazionale di valorizzazione del lavoro medico: nei paesi dove i medici ricevono uno scatto di carriera ogni due anni (Francia) il lavoro straordinario è stato ben remunerato, anche con incre-

menti stipendiali, altre realtà hanno avuto bonus occasionali (Italia) mentre paesi più poveri dell'est Europa non hanno percepito alcuna forma di premialità.

Dalle diapositive, emerge la fotografia al 31 dicembre 2020 della percentuale di posti letto ordinari e di Terapia Intensiva occupati per il Covid. Questa percentuale non ci dice l'andamento nelle settimane precedenti e quanto questo abbia influito sull'interruzione delle attività ordinarie ambulatoriali, di ricovero e di chirurgia dei vari ospedali. È necessario mettere in atto un'analisi dei fabbisogni di personale, delle necessità organizzative e strutturali per poter nel medio e breve termine recuperare le mancate prestazioni effettuate così da non avere ulteriori ripercussioni sulla salute dei cittadini e sul carico di lavoro dei professionisti della Sanità.

L'incontro ha lasciato aperti molti più interrogativi di quanti ne abbia soddisfatti: quanti soldi sono stati investiti

nella fase di emergenza? C'è un rapporto tra la mortalità e la quota di fondi che le diverse nazioni hanno, negli anni precedenti la pandemia, stanziato per la sanità? Nonostante in Europa siano presenti diversi sistemi organizzativi nell'assistenza sanitaria, nessuno di loro ha risposto in modo efficace ad una pandemia. È possibile allora ridisegnare il sistema di cure, diviso tra ospedale e territorio, per rispondere all'inevitabile comparsa di nuove malattie? È possibile farlo mantenendo il dogma di una sanità pubblica, garante di un accesso libero, equo e universalistico alle cure?

Qualunque sia la risposta a queste domande, è sicuramente doveroso che, nel dogma di una sanità pubblica, sia inclusa la tutela e il riconoscimento della professionalità di chi vi lavora senza sosta e a rischio della propria incolumità.

Gli anticorpi monoclonali

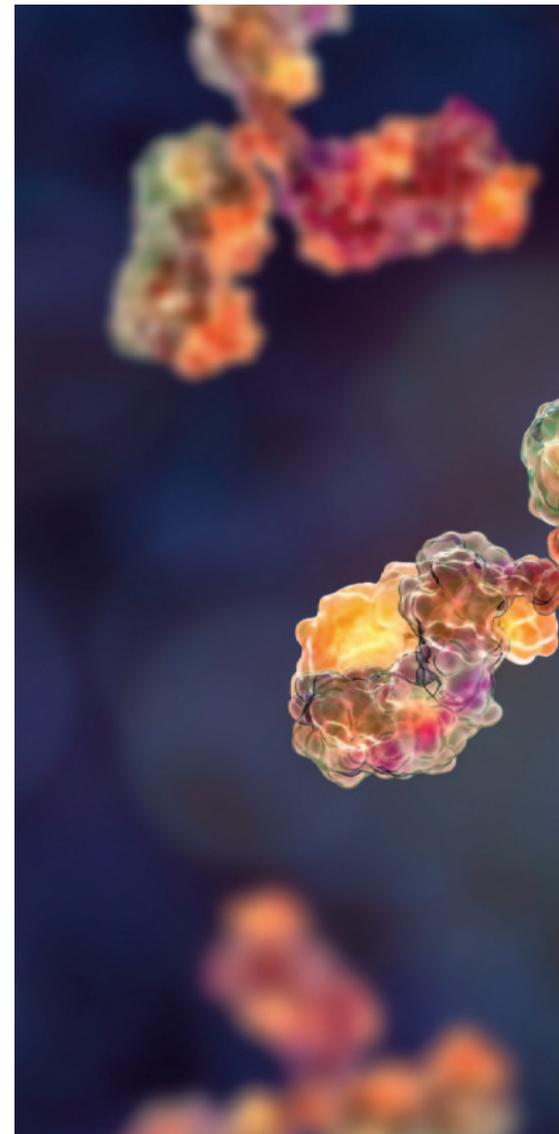
Terapia con anticorpi neutralizzanti per il covid-19

L'utilizzo degli anticorpi monoclonali come arma terapeutica risale ormai ad una trentina di anni fa quando, nel 1986, la Food and Drug Administration (FDA) approvò l'utilizzo del primo monoclonale (un anti-CD3), per il trattamento dei pazienti trapiantati. Da allora, abbiamo assistito ad una rivoluzione tecnologica che ha permesso di accelerare enormemente lo sviluppo di queste molecole ed allargare così il loro possibile utilizzo tanto che, negli ultimi anni, risultano essere la principale classe di nuovi farmaci in sviluppo (1).

Ad oggi sono più di 50 i monoclonali approvati per il trattamento di diversi tipi di tumori, malattie infiammatorie e malattie autoimmuni e hanno dimostrato un buon profilo di sicurezza. L'esperienza fatta nel corso della pandemia da SARS-CoV-2 ha dimostrato che il tempo necessario tra la definizione delle molecole, la produzione e la loro valutazione negli studi clinici si è ridotta a circa 5-6 mesi (2).

Il primo passo nella definizione e nel disegno di strategie terapeutiche monoclonali è l'identificazione della proteina bersaglio verso cui si vuole dirigere l'an-

ticorpo stesso. Nel caso del SARS-CoV2, il bersaglio molecolare è rappresentato dalla proteina Spike (S) che, riconoscendo e legando il suo recettore ACE2 (human angiotensin converting enzyme 2) espresso su diversi tipi cellulari (tratto respiratorio, cardiovascolare, digestivo e urinario) media l'attacco e l'ingresso del virus nelle cellule (3-6). La molecola S è una proteina trimerica espressa sulla superficie del SARS-CoV2. Ciascun monomero è composto da 2 regioni distinte, la porzione S1, in cui è presente il sito di legame ad ACE2 (receptor binding domain, RBD), e la porzione S2. Il

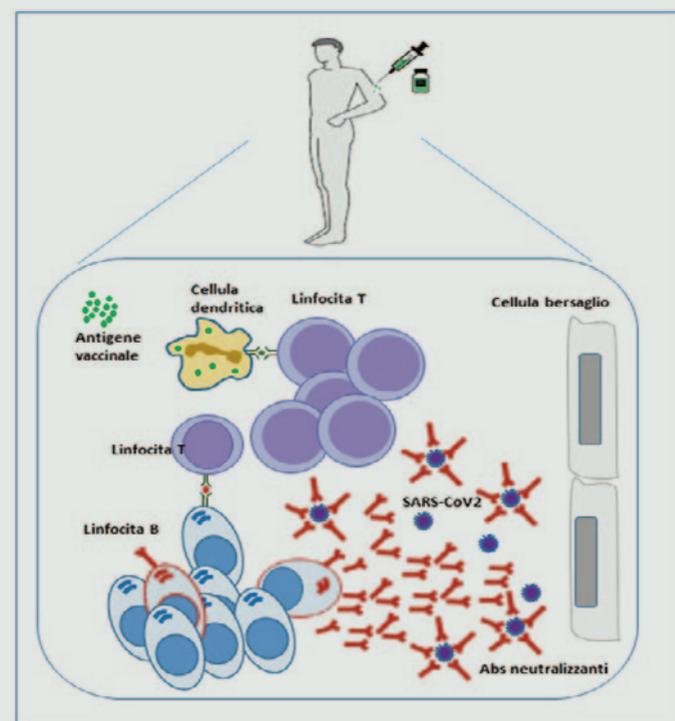


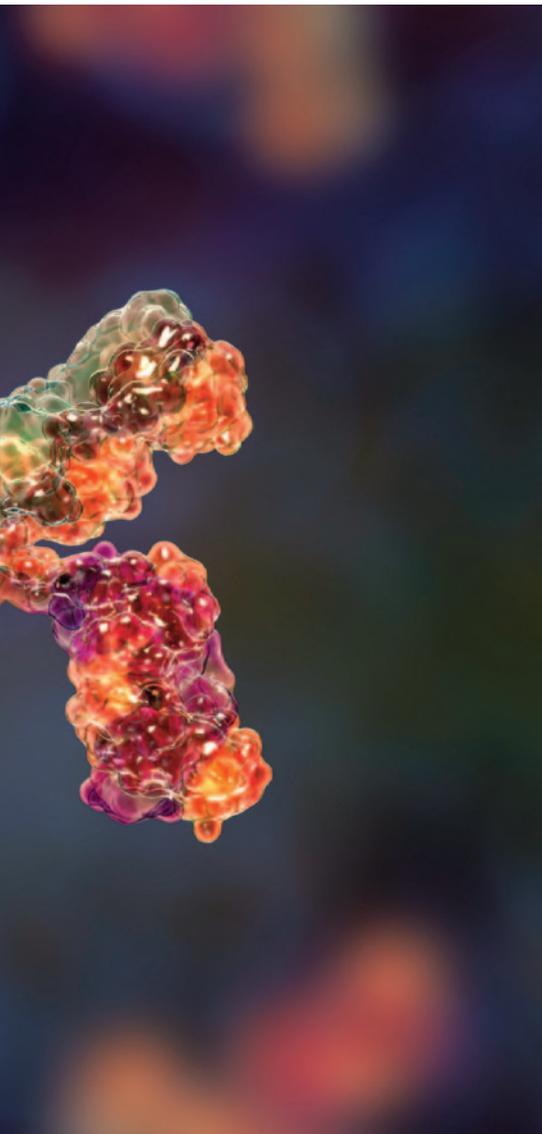
CHIARA AGRATI
Responsabile del
Laboratorio di
Immunologia
Cellulare e
Farmacologia,
INMI Lazzaro
Spallanzani

La vaccinazione rappresenta una strategia di immunizzazione attiva. L'antigene vaccinale viene inoculato nel muscolo del soggetto e induce una risposta immunitaria. In particolare esso viene presentato dalle cellule dendritiche ai linfociti T specifici per quell'antigene che si attivano e vanno incontro ad espansione clonale. Essi coadiuveranno i linfociti B specifici a produrre in maniera ottimale gli anticorpi diretti verso l'antigene vaccinale (anticorpi neutralizzanti). L'effetto finale della vaccinazione sarà dunque di avere in circolo cloni T pronti a riconoscere cellule infette e anticorpi pronti a neutralizzare l'eventuale esplosione al virus.

La terapia con anticorpi monoclonali neutralizzanti è, al contrario, una strategia di immunizzazione passiva. Dagli individui guariti dall'infezione vengono isolati i linfociti B specifici per l'antigene S e vengono screenati in vitro per individuare i cloni che producono anticorpi anti-S con elevata attività neutralizzante. Essi verranno poi ingegnerizzati e prodotti in grandi quantità e utilizzati in individui sani (approccio profilattico) o in individui infetti (approccio terapeutico).

Vaccinazione: immunizzazione attiva





legame di RBD ad ACE2 determina una modifica conformazionale dell'intera proteina S che facilita la fusione della membrana virale con quella cellulare e determina l'ingresso del virus all'interno della cellula ospite (7). La proteina S rappresenta dunque la chiave che usa il virus per entrare nelle cellule umane: bloccare l'interazione tra essa e il suo recettore tramite anticorpi monoclonali anti-RBD equivale di fatto ad impedire l'infezione stessa. Tali anticorpi vengono detti neutralizzanti proprio perché sono in grado di neutralizzare l'infettività virale e il loro titolo plasmatico rappresenta un buon surrogato per valutare la protezione da successive re-infezioni. Le tecnologie che permettono la produzione di anticorpi con una data specificità si sono evolute nel tempo, dalla tradizionale tecnica di ibridoma di topo, al phage display fino ad arrivare all'utilizzo di cellule B umane isolate direttamente da pazienti guariti o vaccinati. Dal totale dei linfociti B si selezionano quelli in grado di produrre anticorpi diretti verso l'antigene di interesse che vengono caratterizzati, selezionati e successivamente prodotti in grandi quantità.

Monoclonali e COVID-19

Nell'ambito del COVID-19, le molecole più avanti negli studi clinici sono prodotte dalle aziende Eli Lilly e Regeneron. La prima produce il bamlanivimab (LY-CoV555) e l'etesevimab (LY-CoV016), mentre la seconda produce casirivimab

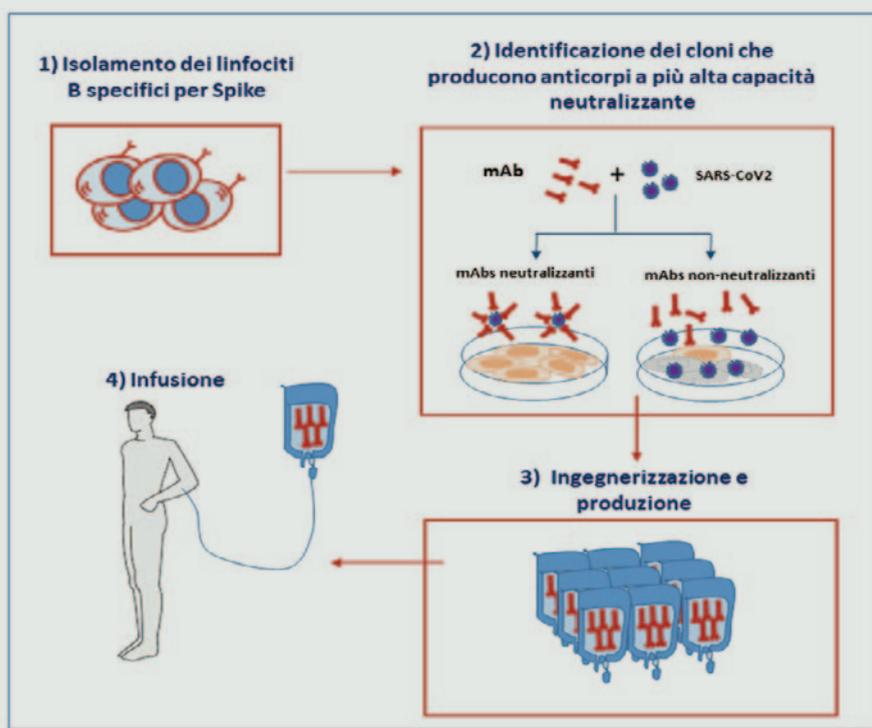
Modello 3D di anticorpo che partecipa alla difesa immunitaria. Molecola di immunoglobulina

“**Le tecnologie che permettono la produzione di anticorpi con una data specificità si sono evolute nel tempo fino ad arrivare all'utilizzo di cellule B umane isolate direttamente da pazienti guariti o vaccinati**

(REGN10933) e imdevimab (REGN10987). Accanto a questi, ci sono poi almeno un'altra dozzina di farmaci in via di sviluppo o di sperimentazione tra cui uno di AstraZeneca arrivato ai trial clinici di fase 3 e tre molecole promettenti isolate dal Monoclonal Antibody Discovery Lab della Fondazione Toscana Life Science, a Siena. Ad oggi, gli studi clinici pubblicati sull'efficacia di questi trattamenti sono ancora limitati. Un primo studio, pubblicato su *New England Journal of Medicine* a fine ottobre 2020 ha presentato i dati “ad interim” dello studio randomizzato che prevedeva una singola somministrazione di tre diverse dosi di bamlanivimab (LY-CoV555) contro il placebo (8).

I risultati hanno mostrato che il trattamento non aveva effetto sulla carica virale ma era in grado di ridurre la percentuale di pazienti che riportavano accesso al pronto soccorso/ricovero dal 6% nel gruppo placebo all'1.6% nei gruppi trattati. Un secondo lavoro è stato poi pubblicato a gennaio di quest'anno sulla prestigiosa rivista *JAMA* dove sono stati presentati i risultati dell'utilizzo di bamlanivimab in monoterapia e in combinazione con etesevimab (9). Questo studio ha confermato che la monoterapia con bamlanivimab non riesce a ridurre la carica virale a nessuna delle tre dosi testate ma, al contrario, la combinazione bamlanivimab/etesevimab si è mostrata in grado di ridurre significativamente la carica virale al giorno 11 rispetto al placebo e di ridurre il numero di pazienti che riportavano accesso al pronto soccorso/ricovero dal 5.8% per il placebo allo 0.9% nel gruppo con trattamento di combinazione. Recentemente, attraverso un comunicato stampa del 26 gennaio, la multinazionale Eli Lilly ha dichiarato che nuovi dati sull'efficacia della combinazione bamlanivimab/etesevimab dimostrano una riduzione del rischio ospedalizzazione/decesso da COVID-19 del 70% in un gruppo di circa un migliaio di persone (11 eventi nel gruppo trattato contro 36 eventi nel gruppo placebo). Tali dati però non sono ancora stati pubblicati e avrebbero comunque bisogno di essere estesi a gruppi di pazienti più ampi. I dati sperimentali ottenuti nel trial clinico di Regeneron, in cui veniva utilizzata una combinazione di due diversi anticorpi monoclonali (casirivimab e imdevimab), ha dato sostanzialmente risultati simili, riducendo la carica virale e il numero di accessi al pronto soccorso (10). Il trattamento si è mostrato più efficace nei soggetti sieronegativi (che non avevano ancora montato una propria ri-

Terapia con monoclonali: immunizzazione passiva



sposta immunitaria al virus) che presentavano un'alta carica virale e avevano altre comorbidità. Questo dato suggerisce che per ottimizzarne l'efficacia, il trattamento deve essere fatto molto precocemente dopo l'infezione in soggetti che presentano fattori di rischio per un'evoluzione severa/fatale dell'infezione. La minore efficacia osservata in individui più avanti nella loro storia di infezione (pazienti già sieropositivi) conferma come nelle fasi più tardive il danno e la severità del COVID-19 non siano tanto legati alla replicazione virale quanto piuttosto alla risposta immunitaria sbilanciata dell'ospite.

Sulla base dei dati scientifici prodotti e del contesto emergenziale della pandemia, i monoclonali di Eli Lilly e Regeneron sono stati approvati dall'FDA a novembre 2020 per il loro utilizzo precoce (entro una settimana dall'inizio dei sintomi lievi/moderati) in pazienti che presentino fattori di rischio quali l'età e/o altre comorbidità (diabete, ipertensione, bronchite cronica, obesità). Il 6 febbraio 2021 sulla base delle indicazioni dell'Agenzia italiana del farmaco e del parere del Consiglio superiore di sanità, il Ministro della Salute italiano ha firmato il decreto che autorizza la distribuzione degli anticorpi monoclonali delle aziende Eli Lilly e Regeneron per la prevenzione delle forme gravi di COVID-19 in pazienti con malattia lieve, ma considerati a rischio. L'AIFA ha ribadito il loro utilizzo unicamente in soggetti di età > 12 anni, positivi per SARS-CoV2, non ospedalizzati per COVID-19, non in ossigenoterapia per COVID-19, con sintomi di grado lieve-moderato di recente insorgenza (e comunque da non oltre 10 giorni) e presenza di almeno uno dei fattori di rischio (o almeno 2 se uno di essi è l'età > 65 anni).

Le terapie con monoclonali rappresentano dunque certamente un'opzione terapeutica interessante che è stata resa disponibile in tempi incredibilmente rapidi ma la comunità scientifica ha più volte ribadito la necessità di fare studi più ampi per valutarne al meglio le potenzialità. Infatti, questo tipo di trattamento non può essere considerato uno "standard di trattamento" per tutti i pazienti ma una possibile arma in alcune categorie di persone particolarmente a rischio. Alcuni punti rimangono aperti e chiedono risposte agli studi scientifici in corso:

- L'identificazione più precisa dei pazienti a rischio che potrebbero realmente beneficiare di questo trattamento per ottimizzarne l'efficacia, i costi e la disponibilità delle dosi.
- La modalità di somministrazione ri-

chiede un ambiente ospedaliero in quanto tali farmaci ad oggi debbono essere somministrati mediante un'infusione endovenosa della durata di 1 ora seguita da un'altra ora di osservazione. Inoltre, i pazienti devono essere trattati entro pochi giorni dal tampone positivo, periodo nel quale sono molto infettivi. In questo contesto, la possibilità di avere trattamenti utilizzabili con altre vie somministrazione (ad esempio l'intramuscolo) potrebbero essere di enorme utilità.

- L'eventuale impatto sull'insorgenza di mutazioni virali indotte dalla pressione selettiva degli anticorpi va monitorato attentamente. Dati solidi su questo aspetto sarebbero di enorme utilità, ma ad oggi non ci sono. In uno studio in cui è stato sequenziato il virus presente nei pazienti prima e dopo la terapia con bamlanivimab da solo o in combinazione con etesevimab (9), è stata osservata la comparsa di mutazioni nella proteina S nel 7.1% dei pazienti (nel caso della monoterapia) e nell'1% dei pazienti (nel caso della combinazione dei due farmaci) che potrebbero giocare un ruolo nello sfuggire all'efficacia del trattamento stesso. Per ridurre il rischio di varianti virali resistenti si possono ipotizzare terapie combinate.
- I costi di produzione e distribuzione di anticorpi monoclonali sono molto elevati e, se ne venisse confermata l'efficacia in particolare popolazioni ad elevato rischio, l'intero pianeta avrebbe bisogno di milioni di dosi con costi enormi.

Diverse armi per combattere il COVID-19: Vaccino, anticorpi monoclonali o terapie combinate

La battaglia contro il COVID-19 è complessa e sta impegnando ricercatori e medici in tutto il pianeta. Diverse sono le strategie terapeutiche attualmente in studio: alcune sono dirette contro il virus (antivirali), altre tendono a spegnere l'eccesso di infiammazione (steroidi, monoclonali anti-citochine), altre ancora sono volte a potenziare la risposta immunitaria dell'ospite (vaccinazione e anticorpi neutralizzanti). Queste ultime (la strategia vaccinale e quella terapeutica con utilizzo di anticorpi monoclonali) sono diverse tra loro, ma concorrono allo stesso fine, quello di avere anticorpi neutralizzanti in grado di impedire l'infezione delle cellule bersaglio (nel caso della vaccinazione profilattica) o quella di limitare la replicazione virale e ridurre la severità della malattia (nel caso dei trattamenti terapeutici). Hanno però delle caratteristiche diverse (Vedi figura alla pagina precedente). La vaccinazione è un approccio di immunizzazione attiva che rende l'individuo vaccinato in grado di produrre anticorpi e linfociti T contro l'anti-

gene vaccinale; quest'immunità si manterrà nel tempo e sarà in grado di proteggerlo per una finestra temporale che può durare anche per anni. Al contrario, gli anticorpi monoclonali rappresentano una strategia di immunizzazione passiva in cui il farmaco biologico (anticorpi neutralizzanti) viene fornito dall'esterno mediante somministrazione endovenosa e potrà agire per un tempo limitato che dipenderà dalla sua emivita in circolo.

La vaccinazione rappresenta certamente la strategia di riferimento ma, in alcuni pazienti che presentano particolari condizioni immunosoppressive (ad esempio pazienti in corso di terapie con anticorpi anti-CD20), essa potrebbe risultare non efficace ad indurre una risposta immunitaria robusta. In questi pazienti, la possibilità di avere un'arma di immunizzazione passiva potrebbe realmente essere di estrema utilità. Infine, si possono ipotizzare terapie biologiche combinate tra anticorpi neutralizzanti e antiinfiammatori che potrebbero agire in maniera sinergica combattendo da una parte il virus e dall'altra la tempesta citochinica che ha un grosso impatto sulla gravità della malattia. C'è ancora tanto da capire in questa malattia. Solo la ricerca scientifica potrà fornirci i dati necessari per valutare, strada facendo, la miglior rotta da tenere.

Bibliografia essenziale

1. Rwei-Min Lu, Yu-Chyi Hwang, I-Ju Liu et al., Development of therapeutic antibodies for the treatment of diseases *Journal of Biomedical Science* 2020;27(1)
2. B. Kelley, Developing therapeutic monoclonal antibodies at pandemic pace. *Nature biotechnology*, 540 (2020).
3. A. C. Walls, Y. J. Park, M. A. Tortorici, A. et al., Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell* 2020;181:281-292
4. Q. Wang, Y. Zhang, L. Wu, et al., Structural and Functional Basis of SARS-CoV-2 Entry by Using Human ACE2. *Cell* 2020;549
5. X. Zou, K. Chen, J. Zou, et al., Single-cell RNA-seq data analysis on the receptor 554 ACE2 expression reveals the potential risk of different human organs vulnerable to 2019-nCoV 555 infection. *Frontiers of medicine* 2020;14(2):185-192.
6. M. Z. Tay, C. M. Poh, L. Renia, P. et al., The trinity of COVID-19: immunity; inflammation and intervention. *Nature reviews. Immunology*, 2020;20:363-374
7. D. Wrapp, N. Wang, K. S. Corbett, et al., ryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science (New York, N.Y.)* 2020;367:1260-1263
8. Chen P, Nirula A, Heller B et al. SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody LY-CoV555 in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med* 2021;384:229-237
9. Gottlieb RL, Nirula A, Chen P, et al. Effect of bamlanivimab as monotherapy or in combination with etesevimab on viral load in patients with mild to moderate COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2021;25(7):632-644
10. Weinreich DM, Sivapalasingam S, Norton T et al., REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med* 2021; 384:238-251

Correva l'anno 2017

Anno storico, a suo modo, per la dirigenza medica e sanitaria



Nel 2017 viene emanato, il dgl.75, un decreto legge che sembra poter assestare un colpo mortale al precariato medico, per anni disquisito, ma mai realmente affrontato come vero problema.



PIERINO DI SILVERIO
Responsabile Nazionale Anaaio Giovani

Seppur inizialmente avesse escluso i dirigenti in toto, recuperati poi con una circolare del Ministro Madia, tale decreto rappresenta la pietra miliare dell'esaurimento del precariato medico in Italia.

Secondo tale decreto infatti i dirigenti medici e sanitari che abbiano maturato, inizialmente al dicembre 2017, poi al 2019, infine al 2020, almeno tre anni di servizio con contratti di tipo subordinato, possono essere stabilizzati direttamente dalle amministrazioni. E i dirigenti medici e sanitari che invece i tre anni li hanno maturati con contratti atipici, hanno il diritto di partecipare a concorsi indetti dalle Aziende in cui il 50% dei posti è riservato. Tale decreto non risente di eventuali piani di rientro. Ma il dato forse di maggiore importanza è che le Aziende non possono liberamente scegliere di non stabilizzare ma, come esplicitano sentenze del Consiglio di Stato, del TAR e circolari ministeriali, devono motivare adeguatamente la scelta di preferire un concorso ex novo alla stabilizzazione del personale precario avente diritto (Consiglio di Stato n. 14 del 28 luglio 2011; T.A.R. Abruzzo l'Aquila, Sez. I, n. 272 del 24 maggio 2019; Circolare n. 3/2017 del Ministero della Semplificazione).

Ma era davvero necessaria una legge del genere? A rispondere ci sono i dati.

Basti pensare che fino al 2017, secondo la Corte dei Conti, il lavoro precario in sanità forniva numeri preoccupanti. Un aumento, dal 2012 al 2017, di medici assunti a tempo determinato fino a sfiorare quota 10000, (9265).

Un aumento del 37,6% delle assunzioni attraverso tipologie di lavoro flessibile, con parallela riduzione delle assunzioni a tempo indeterminato di 26000 unità in tutto il settore sanitario (-3000 per i soli medici).

A tale quadro ha sicuramente contribuito quel pasticciaccio brutto dei piani di rientro per le Regioni 'canaglia', volti ad acuire invece che stemperare le differenze tra regioni, e di cui paghiamo ancora oggi le conseguenze drammatiche in termini di equa offerta sanitaria ospedaliera e territoriale.

In tal senso, quella conosciuta oggi come legge Madia accende una flebile speranza lucina in fondo al tunnel del precariato in cui hanno vissuto migliaia di colleghi per anni, ed in cui ahimè vivono ancora oggi troppi colleghi.

E alla fine...arriva la pandemia Covid-19. Emergono le difficoltà ed i limiti del nostro sistema sanitario depauperato per anni in termini economici e professionali, ed il Governo si rende conto che occorre un'iniezione di benzina, ovvero occorre assumere personale oltre che aumentare i posti letto.

Il Governo sembra però dimenticare d'improvviso la fatica decennale sostenuta per combattere il precariato e inizia a foraggiare, attraverso decreti d'urgenza, nuove assunzioni, (più di 23000 in sanità), prevalentemente però con forme di lavoro precario e flessibile e a termine.

Nel frattempo la legge Madia, viene derogata nella sua applicazione.

E così oggi osserviamo due diverse realtà che convivono a fatica nei nostri nosocomi.

Da un lato del tornello migliaia di giovani e meno giovani colleghi, assunti in epoca Covid, che non hanno ad oggi (e non avranno domani) prospettive lavorative in quanto godono di contratti a tempo determinato (nella migliore delle ipotesi) non rinnovabili o di contratti di tipo co.co.co. (nella peggiore); dall'altra parte del tornello le sacche di precariato storico ancora non stabilizzato, che vengono definiti 'vecchi', ma in fondo sono poco più che quarantenni, da anni impelagati nel complesso macchinoso e poco comprensibile sistema burocratico e legislativo italiano, che oggi non riesce a comprendere fino in fondo che il precariato in sanità è una pia-

ga reale, una palla al piede, un pesante ormeggio da tirar su per poter iniziare a navigare.

Tale piaga rischia di diventare cronica ed allargarsi oltremodo anche alla luce dei nuovi decreti (14/2020), che, in epoca pandemica, consentono alle Regioni di aumentare i posti letto.

Tale piaga rischia di cronicizzare ed infettarsi irreparabilmente alla luce della pandemia che ha messo in evidenza tutte le carenze normative e organizzative di un sistema sanitario nazionale che, mai come oggi, ha dimostrato di reggersi sulle spalle degli operatori più che su quelle dello Stato.

Sono ancora più di 2000 i precari nella sanità italiana, cui dobbiamo inevitabilmente aggiungere le nuove forme di precariato.

Più di 2000 colleghi che assicurano le cure quotidianamente, ma al contempo si vedono negata una stabilizzazione magari solo per qualche mese.

Occorre un cambiamento sostanziale di marcia e di paradigma.

In prima istanza la Legge Madia ha bisogno di diventare il mantra della lotta al precariato, eliminando di fatto limiti temporali al raggiungimento dei requisiti utili alla stabilizzazione.

In un mondo sanitario che oggi in preda al panico, per ragioni tempistiche, di opportunità, preferisce forme di assunzione a tempo anziché assicurare una prospettiva al sistema, occorre trovare soluzioni alternative.

Non è immaginabile, a fronte di un'esigenza di specialisti quanto mai chiara e vitale, continuare ad investire parzialmente negli stessi.

Non è oggi ammissibile pretendere dai professionisti che vivano per anni in un limbo che diventa oltre che lavorativo, professionale, con il rischio costante di essere sbattuti fuori dal sistema da un giorno all'altro.

Non vogliamo più assistere alle pietose questue in prossimità dei rinnovi, vissuti come un dono invece che come un sacrosanto diritto.

Questa ci appare una mistificazione di una realtà ben diversa.

Il rischio concreto è che, come nel mito della caverna di platoniana memoria, a furia di vedere una realtà distorta, o ombre della stessa, ci allontaniamo ogni giorno di più da quella che invece è la reale situazione del nostro sistema sanitario e lavorativo. Un giorno ci risveglieremo e tutto questo ci apparirà normale, perché sola possibilità.

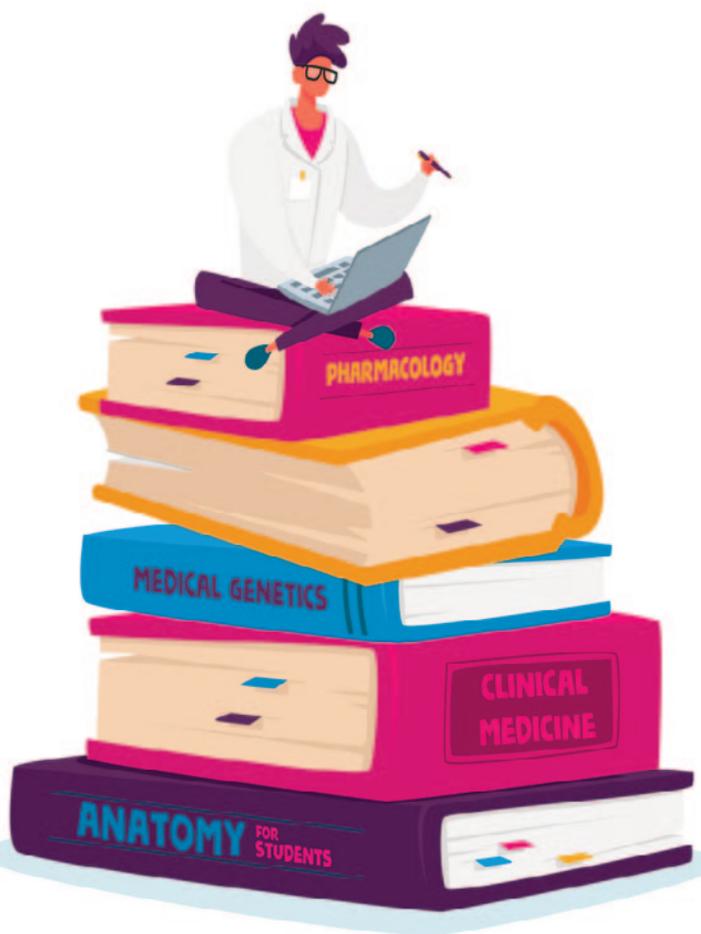
A quel punto non riusciremo più a distinguere ciò che è realtà da ciò che è solo un ologramma della stessa alterato e modificato.

I testi integrali delle sentenze sono pubblicati su www.anaao.it

A cura Servizi Anaao Assomed

Il medico che ottiene la specializzazione dalla regione deve rimanerci per tre anni. La Consulta promuove la legge della Regione Veneto

Con sentenza n. 20 depositata il 12 febbraio scorso, la Corte Costituzionale ha dichiarato *inammissibili e non fondate*, le questioni di legittimità costituzionale sollevate dal Governo nell'impugnazione della legge della Regione Veneto 25 novembre 2019, n. 44. In particolare la misura obbliga il medico che ottenga la specializzazione finanziata dalla regione Veneto a partecipare ai concorsi banditi nella stessa regione nei cinque anni successivi e, se superati, a prestarvi servizio almeno tre anni. La disposizione prevede altresì che in caso di prestazione di attività lavorativa per un periodo inferiore al triennio nei cinque anni successivi al conseguimento del diploma di specializzazione, la legge regionale prevede che il medico assegnatario del contratto aggiuntivo regionale "dovrà restituire alla Regione un importo pari al 15 per cento dell'importo complessivo percepito per ogni anno, o frazione superiore a sei mesi, di servizio non prestato rispetto ai tre anni minimi previsti"; mentre il medico dovrà restituire un importo pari al 50 per cento dell'importo complessivo percepito in caso di inosservanza totale dell'obbligo di prestare attività lavorativa presso le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale. Tale norma riguardante il contratto di formazione specialistica dei medici contrasta, secondo il Governo, "con i principi fondamentali dettati dal legislatore statale in materia di tutela della salute, violando l'articolo 117 della Costituzione ed il principio costituzionale di uguaglianza sancito dall'articolo 3 della Costituzione". Inoltre il Consiglio dei Ministri aveva deciso l'impugnativa anche per un'altra norma riguardante il "trattamento economico accessorio del personale sanitario", misura che prevedeva che venissero "portati al livello di quelli delle altre aziende del servizio sanitario regionale gli stipendi dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera di Padova, autorizzando quest'ultima a rideterminare i



fondi per il personale, previa delibera della Giunta e rispetto dei limiti di spesa".

La Corte Costituzionale ha promosso la legge della Regione Veneto, in quanto il Governo, ricorrente, non ha ottemperato all'onere di "individuare le disposizioni impugnate e i parametri costituzionali di cui lamenta la violazione e di svolgere una argomentazione non meramente assertiva in merito alle ragioni del contrasto con i parametri evocati". Il Governo infatti nell'impugnare la legge ha ommesso di enucleare in maniera univoca i principi fondamentali che assume siano stati violati e che toccano ambiti materiali diversi, inerenti, per un verso, alle "professioni" e, per altro verso, alla "Tutela della salute". Proprio la diversità soprammenzionata avrebbe "imposto una puntuale individuazione, per ciascuna delle materie richiamate, dei principi fondamentali che la legge impugnata avrebbe disatteso". La Corte ha altresì aggiunto che le Regioni possono attivare contratti aggiuntivi, al fine di colmare il divario tra fabbisogno effettivo e numero dei contratti statali, e delineare la disciplina dei contratti che intervengono a finanziare.

“
Il diritto allo studio, garantito, comprende anche la libertà di mutare il campo dell'esercizio professionale

Accesso alle scuole di specializzazione universitarie

Il medico iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale può partecipare, senza interrompere lo stesso, ai concorsi per l'accesso alle scuole di specializzazione universitarie

Il Tar del Lazio interviene sull'accesso alle scuole di specializzazione universitarie affermando che il medico iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale può partecipare, senza interrompere lo stesso, ai concorsi per l'accesso alle scuole di specializzazione universitarie. In caso contrario, infatti si verrebbe a determinare uno sproporzionato ed illogico sacrificio delle aspirazioni del candidato, costretto ad abbandonare un corso cui si è legittimamente iscritto all'esito di una procedura selettiva, soltanto per poter partecipare al concorso di specializzazione con perdita irreversibile di uno o più anni di formazione e contemporanea assunzione del rischio, insito nell'alea concorsuale, di non ottenere poi alcuna posizione utile ai fini dell'accesso ad una delle scuole.

Il diritto allo studio, costituzionalmente garantito, comprende anche la libertà di mutare il campo dell'esercizio professionale, di conseguenza il forte condizionamento della scelta del settore formativo-professionale che le disposizioni impugnate (regolamentare e del bando SSM) arrecano nei confronti degli iscritti a Medicina Generale, va a ledere un valore costituzionale, dovendosi anche considerare che sono notoriamente assai limitate, per un medico laureato ed abilitato, le possibilità d'inserirsi (come dipendente o come libero professionista) in un qualsiasi ambito professionale, senza avere conseguito il titolo di specializzazione.



F O N D A Z I O N E
ONAOSI

ELEZIONI COMITATO DI INDIRIZZO

FONDAZIONE ONAOSI 2021-2026

IL CRONOPROGRAMMA DELLE OPERAZIONI ELETTORALI

DATA	ADEMPIMENTO
sabato 13 febbraio	Indizione elezioni da parte CDA e approvazione procedure collegate
mercoledì 24 marzo	Attivazione procedure elettorali (90 gg prima di 21/06/2021) e insediamento Commissione Elettorale (Reg. elettorale artt. 4 e 5)
venerdì 23 aprile	Termine presentazione Liste (60 gg prima di 21/06/2021) (Reg. elettorale art. 6, c. 9)
giovedì 13 maggio	Termine ultimo per invio materiale elettorale (40 gg prima di 21/06/2021) (Reg. elettorale art. 7 c. 4)
martedì 1 giugno	Termine ultimo richiesta duplicati elettorali (20 gg prima di 21/06/2021) (Reg. elettorale art. 7 c. 9)
lunedì 21 giugno	TERMINE DI VOTO (Data entro la quale devono pervenire le schede elettorali)
22 giugno – 11 luglio	Operazioni di scrutinio (da concludere entro i 20 gg successivi al termine di cui sopra) (Reg. elettorale art. 9 c. 2)
domenica 11 luglio	Conclusione operazioni di scrutinio, proclamazione provvisoria degli eletti e pubblicazione nominativi sul sito (Reg. elettorale art. 9 c. 3)
mercoledì 21 luglio	Termine ultimo per eventuali ricorsi (10 gg da pubblicazione) (Reg. elettorale art. 9 c. 3)
venerdì 23 luglio	Insediamento CDI ed elezione Organi



E DITE, CHI SI PRENDE CURA?

Affidati all'Anaaao Assomed

Servizi di tutela e assistenza legale
per sentirti sempre al sicuro.

Ci sono priorità
che non possono
più attendere: le tue.
Hai dedicato massimo
impegno e professionalità
a curare gli altri,
ora è arrivato il momento
di prenderti cura di te.

Anaaao Assomed è il punto
di riferimento per medici
e dirigenti sanitari,
oggi più che mai.
Affidati a noi e ai nostri
servizi di tutela e assistenza
legale per sentirti
sempre al sicuro.

ANAAO  **ASSOMED**
ASSOCIAZIONE **MEDICI DIRIGENTI**



www.anaao.it

