



# d!rigenza medica

**12 Donne e lavoro**  
Fateci sognare!

**14 Anaaio Giovani**  
DI Calabria: le mille insidie

**15 Dirigenza sanitaria**  
Antimicrobico resistenza.  
Pandemia silenziosa

Il mensile dell'Anaaio Assomed



Studio  
Anaaio Assomed  
**L'inarrestabile  
marcia verso la**

# PLETORA MEDICA

**12 MARZO**  
**GIORNATA CONTRO LA VIOLENZA  
SUGLI OPERATORI SANITARI**

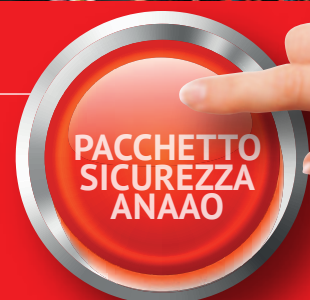
Il sondaggio  
Anaaio Assomed

ISCRIZIONI ANAAIO ASSOMED

## Fai la cosa giusta!

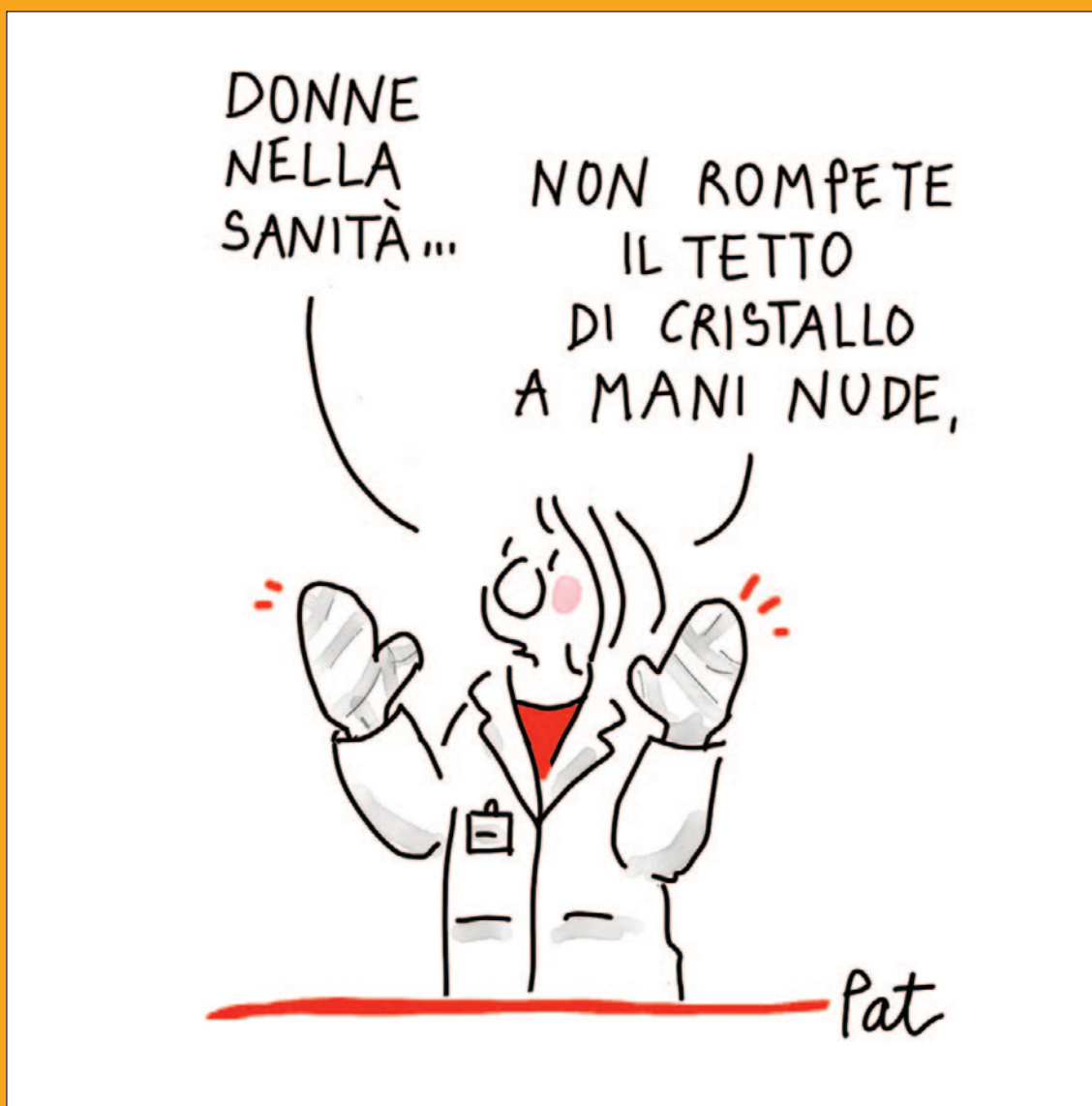
ISCRIVITI ALL'ANAAIO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI  
DEL PACCHETTO SICUREZZA  
ANAAIO ASSOMED





## Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza  
medica**

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

Sede di Milano:  
via D. Scarlatti, 27

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

**Direttore**  
Pierino Di Silverio

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

**Comitato di redazione:**

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

**Coordinamento redazionale**  
Ester Maragò

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

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

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

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

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

Finito di stampare  
nel mese di marzo 2024

Novità editoriale  
dell'Anaa  
Assomed

## L'Alfabeto del Ccnl 2019-2021

Uno strumento immediato e di facile consultazione per conoscere il contratto

**Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (Ccnl)** è strumento essenziale per l'attività di ogni organizzazione sindacale. Permette di tutelare legittimi interessi, di difendere diritti, di esercitare un ruolo di governo all'interno dell'azienda sanitaria. Non a caso in epoche in cui si voleva minare il ruolo del sindacato per puntare alla disintermediazione, sono stati attaccati il contratto di lavoro, con un blocco decennale, e il valore del lavoro stesso, con un processo di decapitalizzazione che subiamo ancora oggi.

**L'azione del sindacato** si è profondamente modificata con il passare degli anni, anche a causa di leggi che di fatto hanno dato il via a quel percorso di de-sindacalizzazione che ha trovato la sua massima espressione nel Dlgs 75/2017 con il quale è stata sottratta l'organizzazione del lavoro alla contrattazione integrativa. Tuttavia, nonostante il quadro politico ed economico negli anni non sia migliorato, il contratto di lavoro continua a rappresentare lo strumento cardine dell'azione sindacale, periferica e nazionale, attraverso il quale si declinano, alla ricerca di soluzioni, le diverse criticità di un lavoro, quello dei dirigenti medici, sanitari e veterinari, complesso nella sua essenza quanto nella sua prassi.

Il Ccnl 2019-2021 firmato a gennaio al termine di un lungo braccio di ferro con Aran e, come al solito, dopo la sua scadenza fisiologica, contiene elementi di notevole rilievo, apparendo quasi rivoluzionario in alcuni aspetti, più esigibile e con maggiore certezza applicativa laddove riduce, attraverso l'eliminazione dei "di norma" e "di regola", la discrezionalità delle amministrazioni. Non solo il miglior contratto possibile, alla luce anche della grave crisi del Ssn, privato delle risorse necessarie per garantire il diritto alla

salute dei cittadini e livelli retributivi ai professionisti coerenti con la gravosità e rischiosità del loro lavoro, ma anche un ottimo contratto, al netto di condizioni economiche fissate uguali per tutto il pubblico impiego in anni precedenti.

**Alla contrattazione integrativa** aziendale spetta ora un ruolo da protagonista, e non di semplice notaio, quale unico momento negoziale chiamato a garantire l'applicazione di quanto sottoscritto attraverso la partecipazione costruttiva delle rappresentanze sindacali dei professionisti al governo delle condizioni di lavoro e dei percorsi di carriera, non solo professionale. Anche perché i contratti peggiori sono quelli male applicati, o

non applicati, un cattivo segnale per il prossimo Ccnl ormai alle porte.

**Per questi motivi**, appare imprescindibile la conoscenza accurata e puntuale non solo dei singoli articoli contrattuali, ma anche delle leggi cui fanno riferimento. L'obiettivo dell'Alfabeto del Ccnl 2019-2021 è proprio quello di fornire uno strumento immediato e di facile consultazione degli articolati contrattuali per aiutare i dirigenti medici e sanitari a districarsi nel ginepraio di argomenti di non facile lettura. Conoscere le regole del gioco è di primaria importanza per potersi misurare con competenza in un confronto periferico disponendo, al proprio arco, di armi efficaci e utili per il conseguimento dei risultati.

**Nasce così l'idea** di creare un vademecum in cui abbiamo preferito elencare gli argomenti contrattuali in ordine alfabetico, invece di seguire l'ordine numerico degli articoli del testo, con l'auspicio di essere di reale aiuto per tutti i protagonisti della contrattazione integrativa nella difesa dei dirigenti medici e sanitari e della sanità pubblica.



**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

# L'inarrestabile marcia verso la

# "PLETORA MEDICA"

Il dibattito che emerge periodicamente nei partiti politici e in Parlamento sulla questione del "numero chiuso" a Medicina è improntato, senza distinzione di fede, a forti note di populismo ed irrazionalità e sovente produce idee semplicistiche e stravaganti relativamente alla carenza di personale, come se i grossolani errori di programmazione nel settore della formazione medica in epoca *spending review* e le limitazioni alla assunzione del personale sanitario decise dal governo Berlusconi nel 2004 e 2005 (Legge 311/2004; Legge 266/2005) e poi confermate da tutti i successivi fino alle nuove norme fissate con il "Decreto Calabria" (Legge 60/2019), fossero superabili oggi allargando a dismisura le maglie del numero programmato per l'accesso al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, portato per il 2024 a 19.500 accessi. Senza contare la porta di servizio costituita dalle iscrizioni all'estero o la mina vagante dei ricorsi al Tar.

Peccato che ogni modifica al tempo zero in merito alla formazione medica, avrà le sue ricadute solo dopo 9/11 anni e cioè dopo i sei anni del corso di laurea e i 3/5 anni di formazione *post-lauream*. In pratica, i primi effetti di una modifica effettuata nel 2024 si vedrebbero solo tra il 2033 e il 2035, peraltro in un contesto del mercato del lavoro in sanità totalmente trasformato (vedi Figura 1).

A nostro parere le questioni andrebbero affrontate con meno dichiarazioni roboanti, maggiore considerazione dei dati disponibili e più proposte razionali, partendo da una valutazione di fondo: non si risolve la carenza attuale di personale medico specialistico negli Ospedali né si rallenta la fuga dei neolaureati verso l'estero e degli specialisti verso il settore privato mediante l'incremento delle iscrizioni al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

**Le questioni del "numero chiuso" a Medicina andrebbe affrontata con meno dichiarazioni roboanti, maggiore considerazione dei dati disponibili e più proposte razionali. Spesso invece la politica offre un dibattito caratterizzato da forti note populistiche, irrazionalità e produce idee semplicistiche e stravaganti relativamente alla carenza di personale**

## COSA RIVELANO I DATI A DISPOSIZIONE?

Se valutiamo i dati Ocse, riferiti al 2022, in Italia abbiamo un numero di medici "practising" di 250.813, corrispondenti a 4,25 per mille abitanti (vedi Figura 3), pressoché sovrapponibile alla media EU27, a dimostrazione del fatto che nel nostro Paese non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia abilitati alla professione, ma piuttosto di specialisti, particolarmente in alcune specialità (vedi Tabella 3). Al momento i dati del Ministero della Salute sono fermi al 31/12/2021 ed indicano un numero di medici attivi in Italia intorno a 237.392. La criticità che emerge, sempre dai dati Ocse (*Health at a Glance*, 2023), è l'età media di questa popolazione, la più alta tra tutti i

Paesi Ocse: ben il 55% ha 55 anni o più. Pertanto, in una prospettiva decennale (dal 2023 al 2032) si può stimare, analizzando i database a disposizione – Ocse, Conto Annuale dello Stato, Onaosi, Enpam –, che circa 109mila medici acquisiranno i criteri per il pensionamento (vedi Tabella 3 per la metodologia adottata nella stima) con un picco di pensionamenti atteso nel 2026/2027 e un successivo calo progressivo (Figura 1).

Infatti, se consideriamo i medici dipendenti del Ssn (vedi Figura 1), dopo il 2027 i pensionamenti scenderanno progressivamente, fino a raggiungere un nadir di circa 2mila nel 2037 a fronte dei 4/5mila professionisti ogni anno della fase attuale, al netto delle uscite per il cosiddetto fenomeno delle "dimissioni volontarie" (2.500/3mila ogni



anno; Figura 2). Negli anni accademici tra il 2017/18 e il 2026/27 (con lauree attese tra il 2023 e il 2032) i posti programmati per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, sono circa **141mila** (vedi Figura 4) mentre i contratti per la formazione specialistica, ad invarianza di programmazione, nello stesso periodo 2023/2032 saranno circa **150mila** (media contratti stanziati negli ultimi 5 anni proiettata a 10 anni), a cui aggiungere circa **25mila** borse per la formazione in Medicina Generale (media ultimi 5 anni proiettata a 10 anni). In sintesi, già ora si prospetta un differenziale di circa **32mila** posti tra stima delle uscite per quiescenza (**109mila** dei medici attivi nel 2022 e posti di iscrizione al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia tra il 2017 e il 2026 (**141mila**)). Ben oltre quelli necessari a colmare la attuale carenza di circa 20/25 mila medici, tra specialisti e Mmg.

In conseguenza del consistente calo dei pensionamenti previsto dopo il 2027 (il 60% dei pensionamenti attesi nel decennio di riferimento avverranno nel primo quinquennio), si prospetta una accentuazione dell'eccedenza dei lau-

reati in Medicina risultante dalla attuale programmazione. L'importante incremento degli ingressi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia che abbiamo osservato negli ultimi anni (vedi Figura 4) - circa 10mila iscrizioni in più nel 2024/2025 rispetto al 2017/18 - potrebbe essere giustificato solo al fine di avviare un rafforzamento degli organici per far fronte ad eventuali nuove gravi emergenze sanitarie (personale specialista per terapie intensive, sub-intensive o Pronto Soccorso), alle esigenze derivanti dalla realizzazione del Pnrr (personale medico per Ospedali e Case di Comunità) o all'incremento delle richieste di prestazioni sanitarie legate alla pressione epidemiologica indotta dall'invecchiamento progressivo della popolazione, come dimostrato dalle lunghe liste di attesa che affliggono attualmente il nostro Ssn. In ogni caso, l'aumento di oltre il 100% delle iscrizioni a Medicina, senza un intervento economico finalizzato all'incremento delle dotazioni organiche, rischia di creare entro 10 anni, una significativa *plethora medica*, mentre il cosiddetto "imbuto formativo" con gli attuali numeri appare totalmente riassorbito. La

“  
**L'aumento di oltre il 100% delle iscrizioni a Medicina, senza un intervento economico finalizzato all'incremento delle dotazioni organiche, rischia di creare entro 10 anni, una significativa plethora medica**

prospettiva, persistendo le attuali limitazioni alle assunzioni del personale sanitario, è quella di passare da un "imbuto formativo", riassorbito grazie all'ampia disponibilità di contratti e borse di formazione *post-lauream*, ad un "imbuto lavorativo", per il considerevole aumento dei medici neolaureati e specialisti rispetto ad una curva pensionistica in netto decremento. E questo non farà altro, in mancanza di una nuova politica delle assunzioni, che incentivare ulteriormente i neo-laureati e i neo-specialisti a emigrare verso paesi europei o extraeuropei. Forse è a questa peculiare prospettiva che si riferiva la Ministra Bernini quando ha paradossalmente affermato sui *social* circa un anno fa che "La fuga di cervelli dall'Italia non va drenata ma implementata".

Eppure molti Paesi Europei adottano politiche di numero programmato per il personale sanitario, sia per i costi legati al percorso formativo, sia per la qualità della formazione che è necessario garantire, sia, infine, per i fenomeni di consumismo sanitario che un numero eccessivo di professionisti potrebbe ingenerare (Mario del Vecchio,



Cergas Bocconi).

Questi dati oramai sono ampiamenti noti e così eclatanti che è difficile pensare ad inesperienza o ignoranza nelle scelte politiche. La cosiddetta “pletora medica” è un obiettivo perseguito e voluto come strumento di svalorizzazione del “capitale umano”. Lo scopo finale è il basso costo del lavoro professionale nel Ssn. Sarebbe corretto avvisare gli iscritti al Corso di laurea in Medicina e le loro famiglie che nei prossimi 10 anni circa 30mila degli studenti attuali e futuri avranno notevoli difficoltà ad entrare nel mondo del lavoro in Italia e dovranno adattarsi, dopo 9/11 anni di studi impegnativi e onerosi, a lavori precari e sottopagati ovvero accettare di emigrare all'estero.

### **NEL DECENNIO 2023/2032, QUANTI MEDICI ANDRANNO IN PENSIONE NELLE SINGOLE CATEGORIE PROFESSIONALI?**

Una stima dei pensionamenti nel decennio 2023/2032 è inevitabilmente approssimativa in quanto molto legata a scelte personali e a ulteriori eventuali modifiche legislative in campo previdenziale. Una attenta valutazione dei database a disposizione ci può fornire comunque una stima realistica dei pensionandi nelle singole maggiori famiglie di medici nel decennio preso a riferimento – considerando il pensionamento di “vecchiaia” (67 anni per i dipendenti, 68 anni per i convenzionati, 70 per gli universitari). Si può, pertanto, stimare che i medici dipendenti del Ssn avviati verso la quiescenza saranno circa **40,5 mila** (dati Onaosi e Conto annuale dello Stato), i medici di Medicina generale che matureranno i criteri pensionistici saranno circa **21,3 mila** (dati Enpam, pensionandi a 68 anni dal 2023 al 2032), gli specialisti ambulatoriali circa **6,3 mila** (Enpam), i medici universitari circa **2,9 mila** (dati Onaosi), quelli di continuità assistenziale **6,5 mila** (dati Enpam), circa **4,4 mila** i pediatri di libera scelta (dati Enpam), infine **26,8 mila** medici matureranno i criteri per la quiescenza nel settore dell'ospedalità privata e della riabilitazione (vedi Tabella 3).

### **PERCHÉ I POSTI NELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE NON VENGO OCCUPATI?**

Il problema dell'imbuto nella formazione *post-laurea* e della conseguente carenza di specialisti è stato risolto, prima con un intervento della Ministra Giulia Grillo (2018/2019) e poi del Ministro Roberto Speranza, il quale per l'anno accademico 2020/2021 ha portato i contratti statali di formazione spe-



cialistica a 17,4mila per ridurli l'anno successivo a 13mila, al netto dei contratti (circa mille) a finanziamento regionale e privato. Al momento, insomma, abbiamo una offerta esorbitante di formazione specialistica considerando il numero massimo di possibili neolaureati nel decennio (circa **141 mila**) e i posti che ad invarianza di programmazione potrebbero essere disponibili per la formazione *post-laurea* (circa **175 mila** di cui 150mila specialistici + 25mila corso di formazione per la medicina generale). Il numero di neo specialisti crescerà in modo apprezzabile a partire dal 2024/2025, fino ad arrivare a circa 16mila ogni anno dal 2029/2030 compensando ampiamente le uscite dal sistema per quiescenza.

Come ha sottolineato la Ministra Bernini, attualmente molti posti nelle scuole di specializzazione rimangono vacanti: *“Non è una questione di posti ma di attrattività. Oggi registriamo una domanda eccessiva per alcune specializzazioni, mentre altre sono quasi deserte. Così rischiamo di avere alcune qualifiche del tutto inflazionate e, ad esempio, non avere personale per la medicina d'urgenza”*. Da recenti studi Anaaio Giovani/Als (vedi Tabella 2 e 3), sui circa 49mila-contratti finanziati negli ultimi tre concorsi di specializzazione (2021, 2022 e 2023), ben 10.200 (20%) risultano non assegnati. Questo ovviamente è legato in gran parte ad una offerta di posti di formazione specialistica eccessiva (secondo Istat incremento del 73,7% negli ultimi 6 anni) rispetto al numero di laureati attuali (16mila contratti vs circa 10mila laureati). Ma analizzando i dati emergono altri aspetti. Le discipline che più manifestano una scarsa attrattività (tutte con assegnazioni inferiori al 50% dei posti) sono la medicina d'emergenza-urgenza, la microbiologia e virologia, la patologia clinica e biochimica clinica, l'anatomia patolo-

gica, la radioterapia e la medicina di comunità e delle cure primarie. Quasi tutte a forti caratteristiche ospedaliere. Al contrario, le discipline che hanno notevoli sbocchi lavorativi nel settore privato e in ambito libero-professionale non presentano perdite significative rispetto ai contratti finanziati, come ad esempio la dermatologia, l'oftalmologia, la cardiologia, la chirurgia plastica, la gastroenterologia, l'endocrinologia e la radiodiagnostica. Tutte con percentuali di assegnazione superiori al 95%. Un caso a parte riguarda la Pediatria, che risente del dualismo tra medicina ospedaliera e medicina territoriale, con insufficienza degli organici in entrambi i settori (vedi Tabella 2).

### **PROGRAMMAZIONE A DUE VELOCITÀ**

Tale “programmazione a due velocità” porterà già nel 2025/2026 ad una carenza significativa in certe discipline specialistiche, per lo più ospedaliere, ed un embrione di pletora specialistica per altre che hanno maggiore possibilità nelle attività private. Per le prime, l'Anaaio Assomed ritiene opportuno predisporre una serie di iniziative ministeriali e legislative: allargamento delle equipollenze ed affinità, accorpamento (come già avvenuto per audiologia e foniatría con otorinolaringoiatria), aumento della retribuzione rispetto a quelle più inflazionate per incentivare la loro attrattività. Mentre per quelle non carenti appare opportuno programmare una riduzione degli accessi. Senza dimenticare la necessità di introdurre il contratto di formazione/lavoro per tutti gli specializzandi, come già fatto per gli iscritti ai corsi per Mmg, per anticipare la loro età di ingresso nel mondo del lavoro, con il guadagno di 4/5 anni di contributi previdenziali, prevedendo la costituzione di

“**Registriamo una domanda eccessiva per alcune specializzazioni, mentre altre sono quasi deserte. Così rischiamo di avere alcune qualifiche del tutto inflazionate**”

FIGURA 1

Suddivisione per età dei medici dipendenti del SSN, contribuenti Onaosi per 12 mesi continuativi al 31 dicembre 2022. Le frecce indicano le età con pensionamenti più numerosi, zenit previsto intorno al 2026/2027 (in rosso) e il calo progressivo che si osserverà successivamente, con un nadir intorno al 2037/2038 (in viola)

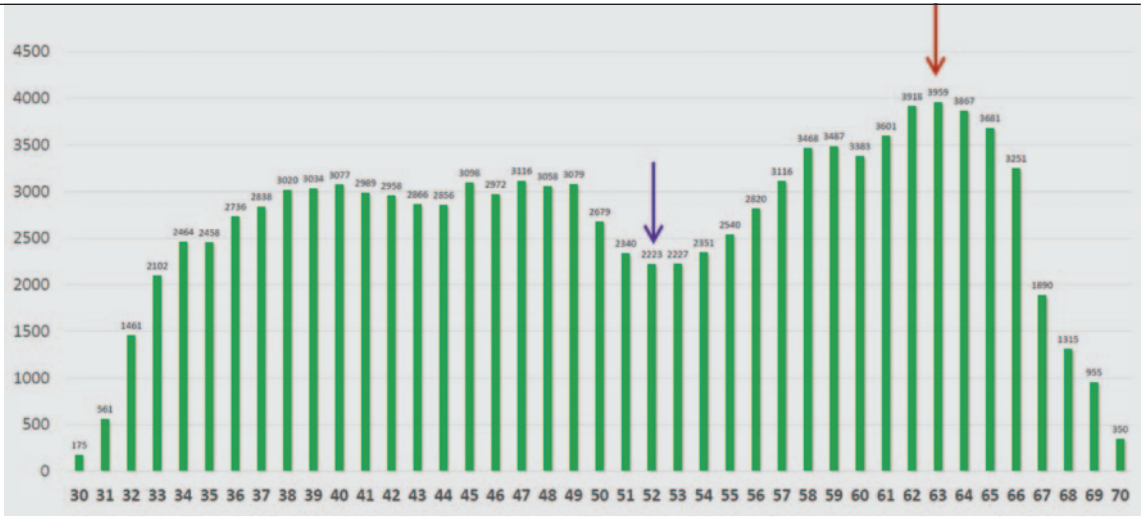


FIGURA 2

Andamento dei pensionamenti e delle dimissioni volontarie dei medici dipendenti del SSN dal 2019 al 2023 (database Onaosi e Conto annuale dello Stato).

Pensionamenti= uscite per quiescenza, decessi, invalidità civile 100% o inabilità assoluta e permanente Dimissioni= dimissioni volontarie, termine contratto a T.D.

\*I dati riferiti al 2023 rappresentano una stima basata sul primo semestre. È altamente probabile che i dati finali, sia per i pensionamenti che per le dimissioni, siano molto più elevati per le ricadute sulle uscite dei medici delle nuove regole pensionistiche contenute nella Legge di Bilancio 2024.

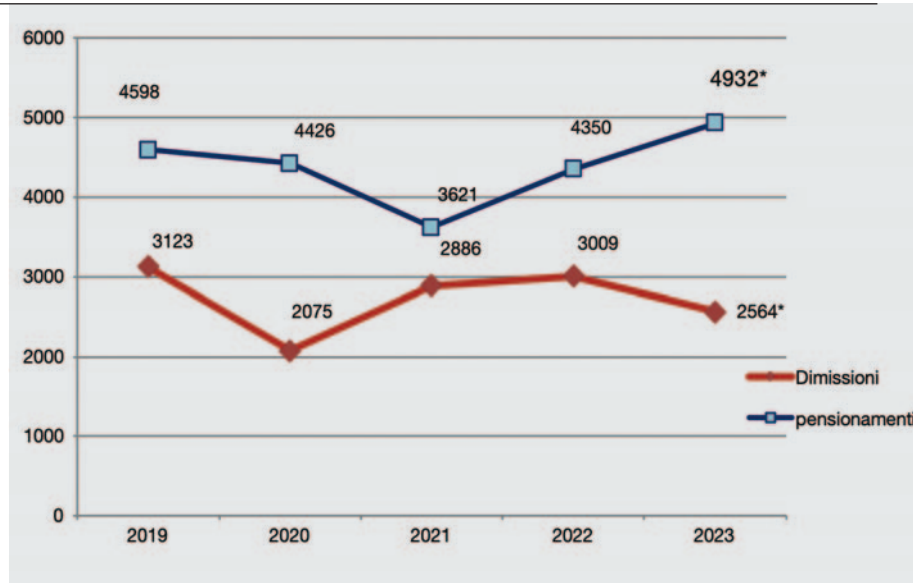
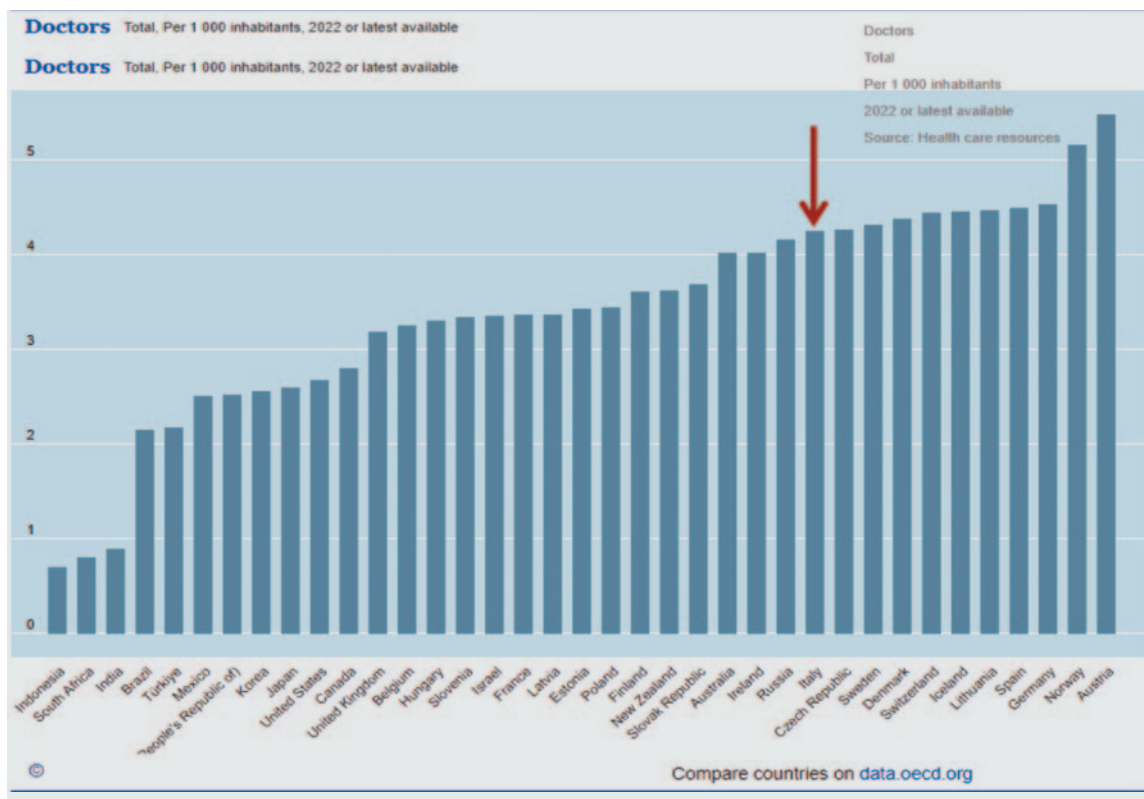


FIGURA 3

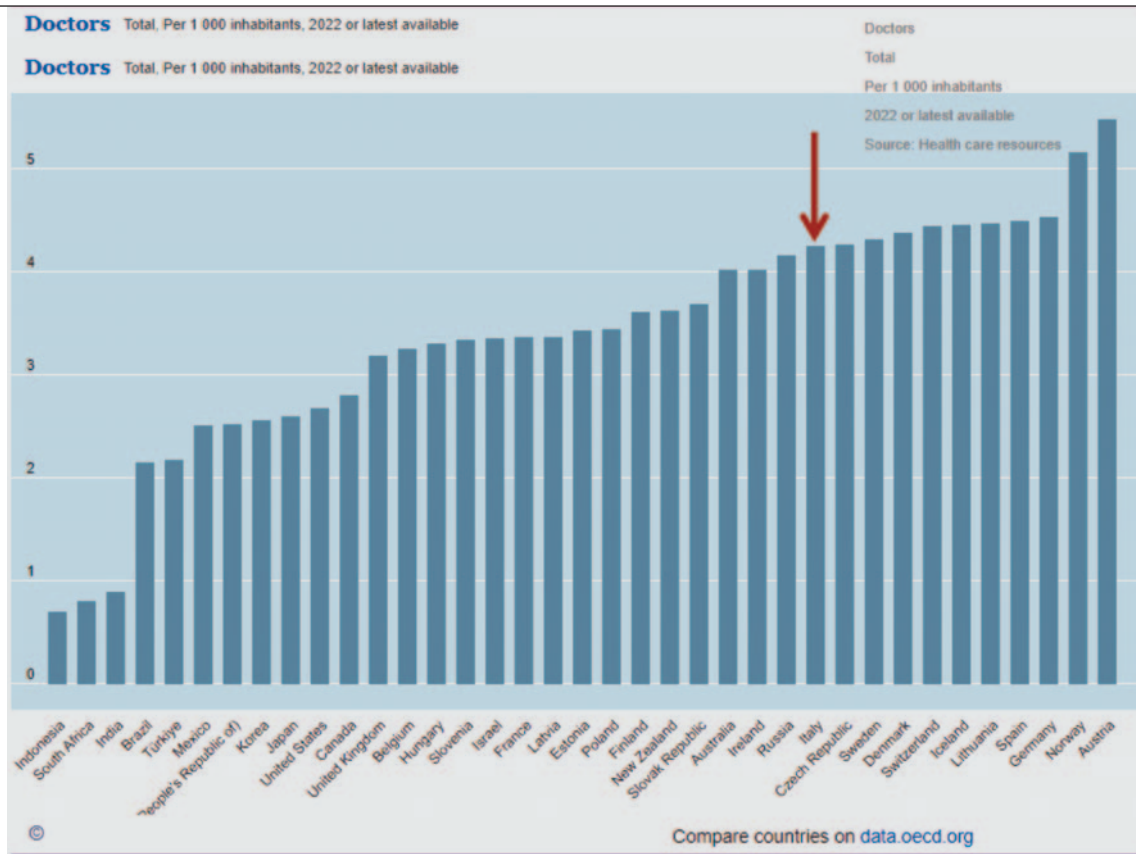
Numero di medici "practising" per mille abitanti presenti nei Paesi Ocse. I dati si riferiscono al 2022 o comunque all'ultimo dato disponibile. L'Italia, freccia rossa, si colloca in undicesima posizione con il 4,25% (Data Oecd.org, febbraio 2024). Il database indica in 250.813 i medici "practising" in Italia nel 2022.



una rete formativa radicata ed estesa sul territorio e non più strettamente connessa all'ateneo di riferimento. L'altro elemento da tenere in considerazione, quando si parla di carenza del personale, è la fuga verso l'estero dei medici laureati, la cui formazione comporta un costo per l'erario pubblico di circa 100mila euro, che salgono, con l'acquisizione del titolo di specialista, fino a circa 200mila euro pro-capite. Il fenomeno è molto rilevante nel suo complesso, tanto da impattare notevolmente sulla attuale carenza ed è destinato ad allargarsi. Secondo dati elaborati dalla Corte dei Conti su dati Ocse 2019, il numero dei medici che hanno lasciato stabilmente l'Italia dal 2008 al 2018 ammonta a circa 11 mila. I Paesi di maggiore destinazione risultano essere Regno Unito, Svizzera, Francia, Germania, Belgio. Secondo gli ultimi dati riferiti al periodo 2019/2021 (Nisi, Quotidiano Sanità 2023) il fenomeno appare in netto incremento spinto anche dalle generose offerte di impiego da parte dei Paesi arabi. Considerati i costi della formazione di un medico specialista è come regalare da 1000 a 1500 Ferrari ogni anno a questi Paesi. Il Ministro della Salute ha, giustamen-

**FIGURA 3**

Posti programmati di accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dall'anno accademico 2017/18 all'anno accademico 2024/2025 (lauree attese tra il 2023 e il 2032).  
Per gli anni accademici 2025/26 e 2026/27 è stata confermata la programmazione relativa 2024/2025



**TABELLA 1**

Sono riportati i numeri dei contratti banditi (49.390), statali e non, negli ultimi tre concorsi di specializzazione (2021,2022 e 2023). Per "contratti non assegnati" si intende un contratto che in sede concorsuale non è stato assegnato a nessun medico perché nessuno l'ha scelto. Comprendono anche i cosiddetti "contratti abbandonati", cioè un contratto che è stato assegnato ma il medico assegnatario ha riprovato il concorso l'anno successivo ed ha cambiato specializzazione tramite una nuova assegnazione.

	Contratti stanziati	Contratti assegnati	Contratti non assegnati	%
2021	18.847	15.454	3.393	18,0%
2022	14.378	12.047	2.331	16,2%
2023	16.165	11.688	4.477	27,7%

Mediamente negli ultimi tre anni solo il 20% dei contratti stanziati risulta assegnato

**TABELLA 2**

Specialità con tassi di assegnazione superiori al 95% e inferiori al 50% nei concorsi per i contratti di specializzazione degli anni 2021 e 2022

Assegnazione superiore al 95%	Assegnazione inferiore al 50%
Dermatologia	Medicina termale
Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	Microbiologia e Virologia
Oftalmologia	Patologia clinica e Biochimica clinica
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	Radioterapia
Malattie dell'apparato digerente	Farmacologia e Tossicologia clinica
Pediatria	Medicina e Cure Palliative
Neurologia	Medicina d'emergenza urgenza
Psichiatria	Medicina di Comunità e delle Cure Primarie
Radiodiagnostica	Medicina Nucleare
Endocrinologia e Malattie del metabolismo	Statistica sanitaria e Biometria
Neuropsichiatria infantile	Anatomia Patologica



TABELLA 3

Stima dei pensionamenti nel decennio 2023/2032 nelle categorie di Medici dipendenti, convenzionati e privati. I dati relativi ai medici in attività al 31/12/2021 (237.392) sono tratti dalla pubblicazione del Ministero della Salute "Il personale del Ssn, 2021". Per quanto attiene medici dipendenti del Ssn, medici universitari, Mmg, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali e pediatri di libera scelta, i pensionamenti rappresentano una stima basata su dati Conto Annuale dello Stato (CAT), Onaosi ed Enpam che forniscono una distribuzione per età dei contribuenti, calcolando come limite quello di "vecchiaia" (67 anni per i dipendenti e 68 per i convenzionati, 70 per gli universitari). Per le altre categorie si è tenuto conto della distribuzione per fasce di età indicata dall'Ocse (Database consultato nel febbraio 2024) riferita ai medici attivi nel 2022, considerandoli in pensione di vecchiaia a 68 anni entro il 2032.

N° medici in attività al 31/dicembre/2021	Pnsionamenti entro il 2032
Medici dipendenti del SSN* 114.115	40.500
Medici di Medicina Generale 39.366	21.300
Specialisti ambulatoriali 14.424	6.300
Pediatri Libera Scelta 6.962	4.400
Medici Universitari 5.833	2.900
Medici Ospedalità privata 29.186	17.000
Medici Strutture equiparate al pubblico 12.189	7.000
Titolari guardia medica 10.344	6.500
Medici Riabilitazione ex art.26 4.973	2.800

\*Tempo indeterminato: 107.657;  
Tempo determinato: 6.458  
Medici dipendenti del SSN: ASL, AO, AOU, IRRCS, ARES.

te, mostrato preoccupazione per l'emigrazione dei medici italiani verso l'estero: "un esodo di capitale umano che non possiamo più permetterci", senza però avanzare proposte per portare a soluzione il problema se non una generica volontà di migliorare le retribuzioni economiche priva, al momento, di indicazioni sul *quantum* e sul quando.

## IL FENOMENO DELLE DIMISSIONI VOLONTARIE

Il fenomeno rappresenta una ulteriore criticità che ha un impatto, ovviamente, solo sulle strutture del SSN. Gli ultimi dati riferiti al 2023 (Figura 2) mostrano solo una modesta riduzione delle dimissioni nel 2023 rispetto alla nostra precedente rilevazione.

Aumentare i posti a Medicina, in un tale contesto, rischia di tradursi in uno sperpero di risorse pubbliche, soprattutto in mancanza di prospettive occupazionali in Italia. E' per questo che noi riteniamo indispensabile intervenire prioritariamente su due questioni critiche per rendere attrattivo il lavoro nel settore pubblico della sanità: 1) la riduzione del carico di lavoro nelle strutture ospedaliere, per permettere ai medici di dedicarsi anche alla propria vita familiare e sociale eliminando ogni anacronistico blocco delle assunzioni del personale sanitario; 2) l'incremento progressivo degli stipendi, che per arrivare al livello medio europeo dovrebbero aumentare del 40-50%.

Solo una nuova stagione di concorsi può rimediare al depauperamento del personale medico e infermieristico nelle strutture pubbliche, una vera e propria desertificazione degli Ospedali, che costringe il personale rimasto in servizio a lavorare anche per coloro che se ne vanno, sopportando turni massacranti e carichi di lavoro incrementali, per gravosità e complessità clinica. Anche da qui origina il fenomeno delle "grandi dimissioni" e quello dei medi-

ci "gettonisti". Solo ripristinando adeguate dotazioni organiche possiamo migliorare la qualità del lavoro, soprattutto in presenza di bisogni assistenziali crescenti.

La criticità economica è influenzata anche dalle vicende contrattuali italiane, che vedono, dopo quasi un decennio di blocco (2010/2019), non ancora completamente applicato il Ccnl 2016/2018 (firmato definitivamente nel dicembre 2019) mentre quello relativo al triennio 2019-2021, scaduto da oltre due anni, ha visto la pre-intesa firmata il 19 settembre 2023 e l'accordo definitivo siglato lo scorso 23 gennaio 2024. Il Ccnl 2022/2024, prossimo anch'esso alla scadenza, è rimandato ad un incerto futuro non essendo nemmeno adeguatamente finanziato: -10% tra indice inflattivo Ipc (16,1% nel triennio di riferimento) e finanziamento previsto in Legge di Bilancio 2024 (appena il 5,78%). I nostri stipendi si impoveriscono progressivamente non stando dietro al ritmo dell'inflazione e ciò rappresenta, come evidenziato nella nostra recente *survey*, uno dei motivi di fuga, anche se non il maggiore, dei medici dal Ssn insieme alla scarsa conciliazione vita/lavoro e alla sostanziale marginalizzazione di un ruolo che li vuole costretti in matrici organizzative che trascurano le competenze e mortificano il merito.

## Conclusioni

Le politiche del personale sono, purtroppo, in mano al Ministero dell'Università e Ricerca e quindi a medici universitari che agiscono in condizioni di palese conflitto di interesse senza tenere in considerazione modelli razionali di previsioni demografiche e della domanda di laureati e specialisti. Forse il Ministero della Salute sarebbe una sede più idonea per una programmazione saldamente ancorata ai reali fabbisogni, presenti e futuri, del Ssn.

Gli interventi limitati all'incremento dell'offerta formativa appaiono sostanzialmente inefficaci, lo dimostra l'esperienza maturata in altri Paesi europei, nel fermare l'esodo dal sistema sanitario pubblico. È cruciale, a nostro parere, rendere attrattivo il lavoro nell'ospedale e nei servizi territoriali per cercare di accrescere l'opzione in favore del SSN da parte dei neo specialisti. È, pertanto, necessario abbinare all'attuale offerta formativa, che in tutta evidenza richiede un miglioramento sia in termini qualitativi che quantitativi, un sistema di incentivi e di valorizzazione del lavoro medico nel Ssn in termini di riconoscimento sociale ed economico, oltre che di ruolo all'interno delle aziende. Con una riforma della *governance* secondo modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato, ribaltando un processo di aziendalizzazione che protegge l'autoritarismo della catena gerarchica essendo incardinato su un modello *top-down* presidiato dalla politica.

Anche perché solo attraverso un incremento della disponibilità ad essere assunti con una conseguente crescita delle dotazioni organiche, si potranno migliorare quei carichi di lavoro oramai divenuti insopportabili per molti operatori del Ssn come evidenziato dalla recente *survey* dell'Anao (2024). Il medico oggi abbandona il Ssn perché male retribuito, aggredito, esposto a rischi di contenzioso medico-legale e perché le condizioni di lavoro sottraggono quel tempo che dovrebbe appartenere ad ogni essere umano per dedicarsi senza ostacoli ad una vita sociale e familiare fonte di realizzazione delle aspirazioni personali e di felicità. La politica e i gestori della sanità a tutti i livelli dovrebbero capire che senza il "capitale umano" gli ospedali diventano cattedrali nel deserto, i presidi territoriali arredi del paesaggio urbano, i Livelli Essenziali di Assistenza una chimera.

# #12 MARZO

## Giornata contro la violenza sugli operatori sanitari

**L'escalation non si ferma: l'81% ha subito aggressioni fisiche o verbali, ma il 69% non denuncia. Pronto Soccorso e Psichiatria i reparti dove si registra il maggior numero di aggressioni da parte dei pazienti e dei loro parenti**

**Sono quotidiane** ormai le aggressioni verbali e fisiche ai danni dei colleghi medici e dirigenti sanitari. Le notizie che emergono all'onore delle cronache sono solo quelle più gravi e drammatiche, e rappresentano appena la punta dell'iceberg di una **situazione preoccupante, diffusa e costante di aggressioni**, che crea un clima di paura sul posto di lavoro per molti colleghi, e colleghe soprattutto.

Siamo ormai in un vero e proprio stato di emergenza e l'escalation non sembra fermarsi.

Per tenere alta l'attenzione, è importante anche il supporto di dati che forniscano al Governo, alle istituzioni e all'opinione pubblica le reali dimensioni di questo fenomeno: per questo **Anao Assomed** ha sottoposto ai propri iscritti e ha diffuso sui canali social a tutti i dirigenti sanitari, un **sondaggio** nel mese di Marzo 2024, su un campione rappresentativo di professionisti.

I responders sono proporzionalmente rappresentativi di tutte le fasce di età e tra loro è prevalente il genere femminile (60% dei responders), indicatore di come il problema sia maggiormente sentito dalle donne.

I medici **di tutte le discipline, nessuna esclusa**, hanno risposto al sondaggio. Ma va sottolineato come **ben il 13% dei responders lavori in Psichiatria e l'11% in Pronto Soccorso / Medicina d'emergenza-urgenza**.

Queste le due discipline a maggior rischio di aggressione, per dinamiche differenti che tuttavia hanno come causa comune la carenza di personale e il definanziamento del SSN.

Nei **dipartimenti di emergenza**, sono soprattutto i parenti ad aggredire il personale, dove le ben note attese spesso slatentizzano violenza e frustrazioni represses. Quindi

il sovraffollamento, la carenza di posti letto e di personale contribuiscono a istigare comportamenti aggressivi, dove il medico **non viene più visto come colui che si prende cura ma colui che colpevolmente trascura**.

Nei **reparti di psichiatria** è il paziente ad aggredire, in condizioni di acuzie psicopatologica, quando non è ancora compensato dalla terapia farmacologica, o di una condizione di intossicazione da sostanze. Negli ultimi anni le diagnosi psichiatriche sono significativamente aumentate mentre in parallelo i medici psichiatri sono diminuiti e sono stati chiusi servizi territoriali, con gravi carenze in tutte le regioni e frequenti dimissioni spontanee dei colleghi.

Non c'è da stupirsi che le aggressioni siano in aumento: **l'81% dei responders** riferisce di essere stato vittima di aggressioni fisiche o verbali.

**Di questi, ben il 23% riferisce aggressioni fisiche, il 77% verbali e ben il 75% ha assistito personalmente ad aggressioni ai colleghi.**

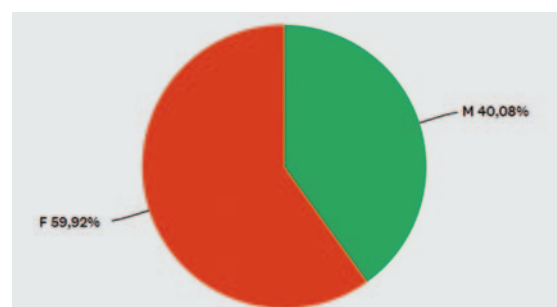
Il dato è preoccupante e impone immediate iniziative per la tutela dei lavoratori.

Le aggressioni sono **compiute dal paziente** solo nella metà dei casi (51,3%) mentre i **parenti** sono responsabili del 42,3% degli eventi, soprattutto in Pronto Soccorso come esposto sopra.

Ma il dato ancor più allarmante è che **ben il 69% dei sanitari non denuncia l'aggressore**.

La mancata denuncia è indicativa purtroppo di una diffusa sfiducia, per esempio che l'azione legale possa alla fine condurre a concreti risultati.

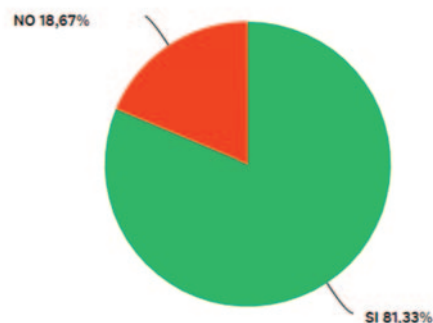
**FASCE DI ETÀ DEL CAMPIONE DI "RESPONDERS"**



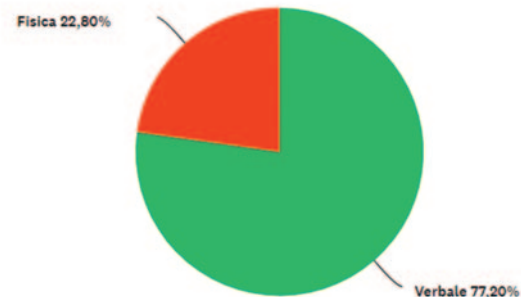


# Il sondaggio Anaa Assomed

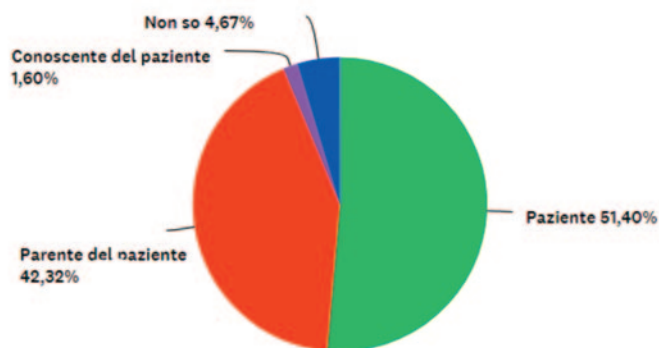
**1** SEI MAI STATO VITTIMA DI AGGRESSIONI FISICHE O VERBALI?



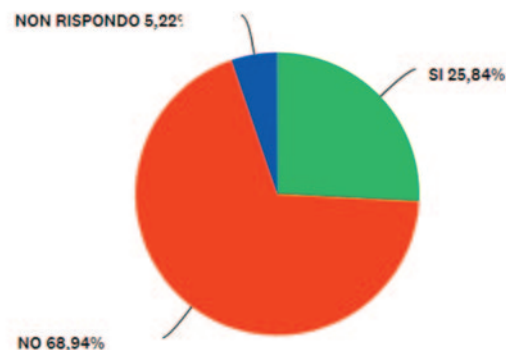
**2** SPECIFICA DI QUALE NATURA



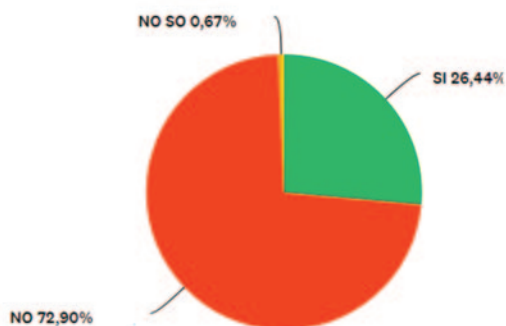
**3** L'AGGRESSIONE È STATA COMPIUTA DA:



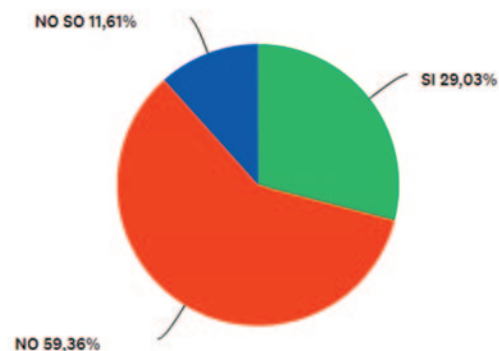
**4** HAI DENUNCIATO L'AGGRESSIONE?



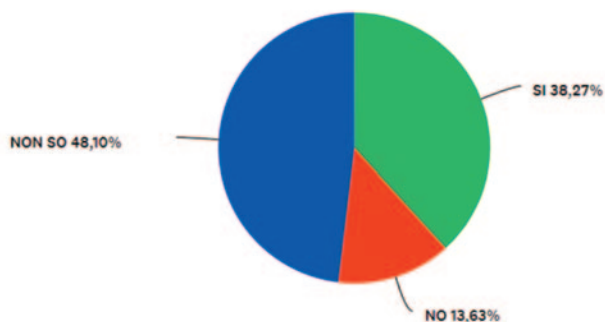
**5** C'È STATO L'INTERVENTO DELLE FORZE DELL'ORDINE?



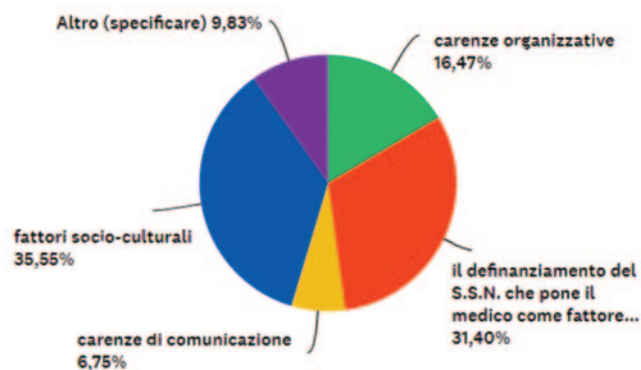
**6** SEI A CONOSCENZA DI CASI DI AGGRESSIONE A SANITARI DA CUI NE È SCATURITA INVALIDITÀ PERMANENTE O DECESSO?



**7** LE AGGRESSIONI VENGONO IDENTIFICATE COME EVENTO SENTINELLA DALLA TUA AMMINISTRAZIONE COME PREVISTO DALLARACCOMANDAZIONE N. 8 DEL 2007 DEL MINISTERO DELLA SALUTE?



**8** RIGUARDO LA CAUSA DELLE AGGRESSIONI PENSI CHE ALLA BASE VI SIANO:



# #12 MARZO

## Giornata contro la violenza sugli operatori sanitari

Ma soprattutto, gli aggrediti si arrendono per il carico emotivo e di tempo di una denuncia, che li esporrebbe a spese legali, udienze in tribunale magari ulteriori minacce da parte dell'aggressore.

Quasi tutte le aggressioni denunciate, hanno richiesto l'intervento delle **forze dell'Ordine**, che sono **state attivate nel 26%** dei casi. Quindi, solo nei casi più gravi, che poi evolvono in un esposto all'autorità giudiziaria. Il 73% dei sanitari, gestisce da solo o con l'aiuto di colleghi, le violenze verbali o fisiche.

Solo il 10% ha risposto alla domanda in cui si chiedeva di precisare i giorni di

prognosi o ne ha riportato un numero. Di questo 10%, **un terzo ha riportato 10 giorni di prognosi**, ma non mancano risposte preoccupati, come il collega che ne riferisce 90 e **altri che dettano:**

*“Sono stata aggredita al collo, un paziente mi ha difeso riportando fratture costali e finendo ricoverato”. “Sono viva per miracolo”. “Subito 10 giorni di prognosi, poi ridotti a soli 3 giorni perché eravamo sotto di organico”. “Nessuna prognosi - non voluto accedere al pronto soccorso in quanto l'aggressore era un minore.*

Queste sono testimonianze drammatiche, che da sole rendono l'idea della gravità della situazione.

Inoltre, **29%** dei responders riferisce di essere a conoscenza di casi di aggressione da cui ne è scaturita l'**invalidità permanente o il decesso**.

Nonostante la situazione sia grave, il **48% dei responders** non ha idea se le aggressioni vengano identificate come evento sentinella dall'ASL/AO. Ancora una volta traspare come il problema sia sottovalutato dalle Direzioni: l'assenza di azioni a tutela dei dipendenti crea un circolo vizioso di sfiducia che porta a non denunciare, neanche all'interno dell'azienda, perché ritenuto assolutamente inutile.

**Quali sono le cause** che i sanitari individuano alla base delle aggressioni? Per oltre la metà dei responders, la causa non è attribuibile direttamente all'aggressore.

Infatti, il 31,4% individua il **definanziamento del Ssn** come causa principale, fattore questo che espone il medico perché spesso ritenuto come **diretto responsabile** del razionamento delle prestazioni erogate. Per il 16,7% le **carenze organizzative** e per il 6,7% la **carezza di comunicazione** sono i fattori scatenanti le aggressioni.

Il 35,5% invece attribuisce le aggressioni a fattori socio-culturali, di deprivazione sociale o di svilimento del ruolo del medico.

Infine, ben il 58% dei responders non è a conoscenza che l'argomento è oggetto di discussione ai tavoli sindacali, informazione nota solo al 24%.

Dunò **cosa si può fa-**

re? “È inutile trovare scuse: bisogna finanziare il Ssn. I tre miliardi in più sul FSN dell'ultima legge di bilancio non bastano assolutamente. Non bastano, per esempio, a potenziare i servizi di psichiatria, ad aumentare i posti letto per acuti e cronici, a riorganizzare il territorio, ad assumere. Perché certamente è necessario aumentare gli organici: per avere più tempo per la comunicazione con i parenti, più tempo per la cura dei pazienti, meno attese nei Pronto Soccorso”, commenta il **Segretario Nazionale Anaa Assomed, Pierino Di Silverio**.

“**È necessario aumentare gli organici: per avere più tempo per la comunicazione e con i parenti, più tempo per la cura dei pazienti, meno attese nei Pronto Soccorso**”

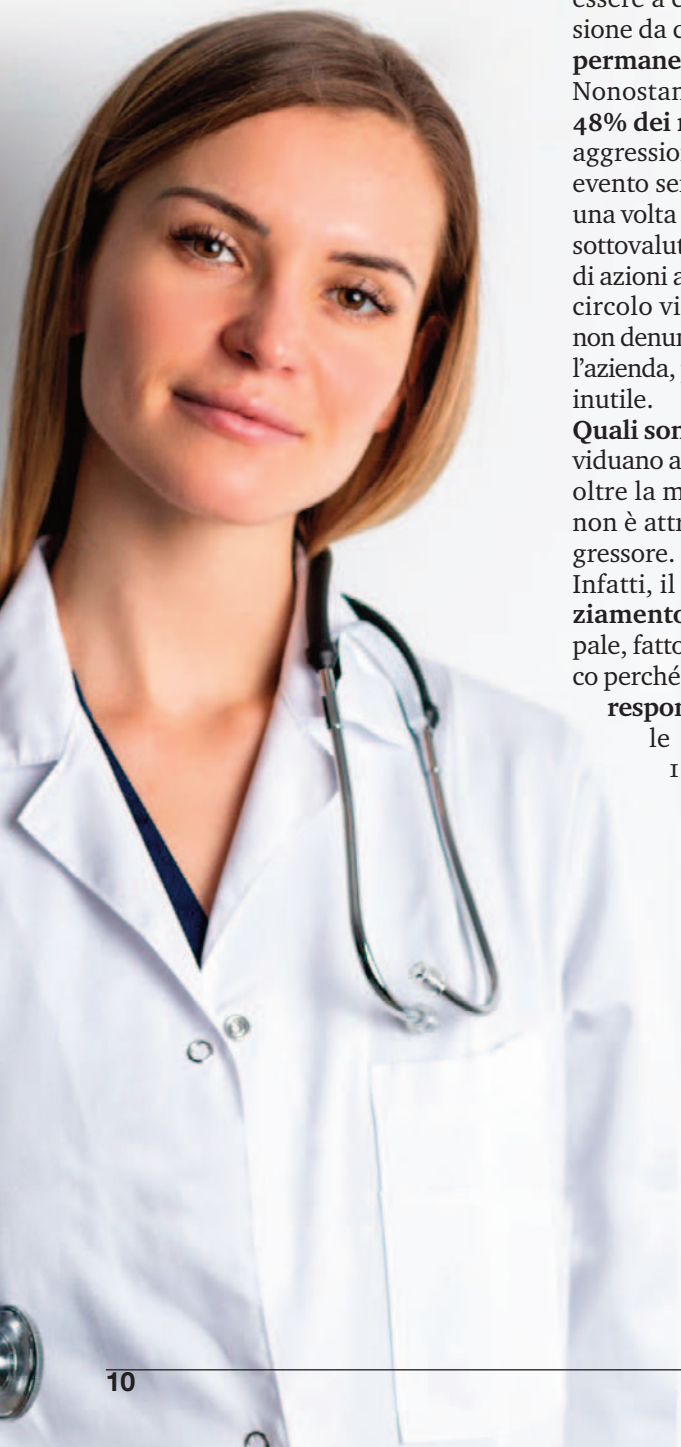
“Infine – prosegue – è necessario che i medici siano protetti, soprattutto nei Pronto Soccorso più a rischio, da personale addetto alla sicurezza. Ma è paradossale che i medici debbano difendersi da coloro di cui si prendono cura. Questa aggressività purtroppo è anche fomentata da un dibattito pubblico violento, soprattutto sui social, con amplificazione di casi di presunta malasanità e da studi legali speculativi, che attuano un vero e proprio sciacallaggio nei confronti del personale sanitario, invogliando a fare cause che nel 97% dei casi si concludono con un nulla di fatto.

Una cosa è certa: non possiamo esercitare una professione così delicata e impegnativa in un clima di paura costante anche solo di entrare in ospedale. È necessario – aggiunge Di Silverio – che medici e pazienti si uniscano per chiedere il finanziamento della sanità pubblica, e che si difendano non gli uni dagli altri ma insieme da chi la vuole smantellare”.

L'Anaa Assomed, inoltre, nella sua costante azione a tutela dei medici e dirigenti sanitari, offre agli iscritti un'assicurazione, sottoscritta con AmTrust, per proteggerli dagli infortuni a seguito di aggressioni subite durante l'attività lavorativa.

“Era importante dare un messaggio di vicinanza a tutto il comparto, grazie alla collaborazione tra Medical Insurance Brokers e AmTrust Assicurazioni è nata **AMTRUST Più Sicuri**, una soluzione assicurativa innovativa dedicata a tutti gli associati Anaa Assomed che prevede un sostegno economico per quei medici che si trovano a fronteggiare le conseguenze fisiche di un'aggressione avvenuta durante lo svolgimento dell'attività professionale” ha dichiarato Emanuele Guanziroli, Affinity Manager della Medical Insurance Brokers.

“Il nostro impegno – conclude Di Silverio – si concentra sempre di più nella difesa delle colleghe e dei colleghi anche per spingerli a denunciare gli episodi di violenza”.





## Firmata la prima intesa su linee di indirizzo contrattuali

Il 29 febbraio 2024, è stato sottoscritto tra la Regione Veneto e tutte le Organizzazioni sindacali della Dirigenza del ruolo Sanitario il Verbale di Confronto che indica le linee di indirizzo attuative sulle materie di confronto regionale indicate dal Ccnl 2019-2021, firmato il 23.01.2024

A poco meno di 40 giorni dalla sottoscrizione del contratto collettivo nazionale della Dirigenza dell'area sanità, la Regione Veneto e le Oo.Ss della Dirigenza attualizzano per le Aziende ed Enti del Ssn, ancora una volta primi nel panorama nazionale, le linee di indirizzo per l'applicazione di importanti istituti contrattuali e la ripartizione delle risorse.

Al di là degli aspetti tecnici ed economici importanti e fortemente innovativi, il documento di confronto sottoscritto rappresenta anche un importante atto che contribuisce alla difesa dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale nel suo modello universalistico ed una precisa testimonianza della volontà delle parti.

Consci di questo compito e delle diverse emergenze sanitarie presenti, la Regione e le Oo.Ss hanno anteposto questo risultato agli interessi di parte.

Gli obiettivi che si vogliono perseguire sono:

- 1 **Migliorare l'organizzazione e le condizioni di lavoro, ridurre significativamente il disagio lavorativo e il migliorare il clima aziendale al fine di ridurre le fughe;**
- 2 **Aumentare l'appetibilità del lavoro di Dirigente Medico, Veterinario e Sanitario nelle Aziende Sanitarie Pubbliche e il sentimento di appartenenza a queste.**

Il raggiungimento di tali obiettivi è una delle condizioni indispensabili per migliorare l'efficienza e l'efficacia del Ssn. Le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza del Ruolo Sanitario e la Regione Veneto con la firma del verbale di confronto intendono impegnarsi in tale sfida.

### Firmato

Anaa Assomed Veneto, Cimo - Fesmed, Fassid, Aaroi-Emac, Fp-Cgil Fvm, Uil Fpl

# CAMPANIA

## L'impatto dell'autonomia differenziata sulla sanità

Lo scorso 23 gennaio 2024 è stato approvato al Senato il testo del disegno di legge sull'autonomia differenziata proposto dal Ministro della Lega per gli "Affari regionali e le autonomie" Roberto Calderoli

### MAURIZIO CAPPIELLO

Vicesegretario regionale Campania Anaa Assomed



**Le Regioni a statuto ordinario** potranno dunque chiedere più autonomia allo Stato su 23 materie, sulla base di quanto sancito dagli articoli 116 e 117 della Costituzione, tra cui la sanità.

Come da prassi l'esame passa alla Camera dei deputati, ricordando che il disegno di legge costituisce attuazione di quanto disposto all'art. 116, ultimo comma, della Costituzione, ove è prevista la possibilità di conferire alle Regioni ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia.

Tuttavia la criticità da risolvere della riforma è costituita dalla necessità di assicurare gli stessi livelli qualitativi nella erogazione delle prestazioni essenziali (LEP) in tutto il paese e della corretta allocazione delle risorse, affinché non si verificino squilibri di tipo economico e sociale tra le varie Regioni. D'altronde nella nostra Costituzione, all'art. 119, viene sancita "la promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri econo-

mici e sociali".

Un'autonomia però che, almeno per quanto riguarda le materie inerenti ai diritti civili e sociali, sarà comunque subordinata ai LEP, (Livelli Essenziali di Prestazione), da stabilire a livello centrale e che ogni Regione dovrà impegnarsi a garantire, anche se fino ad oggi questi standard minimi dei servizi, non sono stati proprio definiti, se non in campo sanitario e tra l'altro non applicati in maniera omogenea in tutte le Regioni.

Diventa complesso per le regioni del sud e la Campania in particolare, già sotto-finanziata, rispondere alle garanzie che il Ministero deve attualmente verificare e certificare con un complesso sistema fatto di 88 indicatori che vanno dalla prevenzione collettiva e sanità pubblica, all'assistenza distrettuale, dalla stima del bisogno sanitario all'assistenza ospedaliera, dall'equità sociale al mo-

Segue da pagina 15

Donne, lavoro  
e 8 marzo

# FATECI SOGNARE!

**“I sogni son desideri”, e allora quest’anno permettiamoci di mandare in onda, con l’oramai consueto “festival della disuguaglianza”, anche una improbabile, sicuramente distopica, cronaca da Marte**

**SANDRA MORANO**  
Responsabile  
Nazionale Area  
Formazione  
Femminile

**In fondo, sognare non costa niente.**

Le donne sono contente, finalmente ascoltate, ben retribuite, libere e soprattutto sicure: nella vita quotidiana, nelle loro case e nei luoghi di lavoro. Le donne che lavorano in sanità poi, dopo le innumerevoli prove superate con lode durante la pandemia, e a costo della salute psicofisica, sono state premiate, come e più dei colleghi.

Oggi godono come non mai di stima e rispetto, il loro ruolo nel Ssn considerato value based, i bisogni di conciliazione soddisfatti mediante provvedimenti che spalmano su tutta la società la (scelta di) maternità e premiano la loro attitudine alla cura, non solo dei pazienti ma in special modo dei “non autosufficienti”: dai neonati agli anziani. Addirittura, per implementare il loro indiscusso protagonismo è stata prevista una corsia preferenziale, in un Pnrr ad hoc, per un innovativo progetto: una “sanità a misura di donne” (e quindi di tutti). Un programma rivoluzionario, che tra l’altro, oltre a non gravare sulla già provata economia, semplicemente si prefigge di usare i fondi del Pnrr nel modo più vicino alla cittadinanza.

Il primo e più serio provvedimento è inserito nel cosiddetto “Intervento Trasparenza”. Esso consiste nel divieto, per rispetto ai cittadini e ai lavoratori, che

si parli ancora con superficialità di investimenti e/o difesa del Ssn. Un provvedimento eticamente coerente, anche perché oramai, per lunghi anni, tutti hanno vissuto di persona una privatizzazione avanzata, e non ha più senso che pazienti e curanti vengano presi in giro. La successiva tappa dovrebbe prevedere la presentazione del nuovo assetto che si vuol dare al Sistema, più complessa perché non si può improvvisare una alternativa efficace quanto quella della sanità pubblica e universalistica. Ma bisogna essere ottimisti, e le donne lo sono.

Nel frattempo, le mediche e dirigenti sanitarie ringraziano quanti le ammirano tanto da vederle tutte, già da domani mattina, nella posizione di leader in sanità: siamo onorate, ma in quale sanità, nella pubblica in vendita o nella privata incoming? Perché riguardo alla prima, ora che siamo in tante, viene il sospetto che ci si voglia dentro per corresponsabilizzarci nell’operazione “dismissione”: è già capitato alle dirigenti nelle grandi aziende, ce lo hanno spiegato loro. Sulla seconda (la sanità privata) siamo un po’ meno preparate, abbiamo sempre e solo lavorato nel SSN. Comunque, è un buon segno, ed eccoci qua fiduciose nella prateria di apicalità che ci si prospetta davanti: stavamo già per dimenticare quante volte siamo arrivate seconde nei concorsi per strutture complesse. E a guardare “quelle che ce l’hanno fatta”, a occhio non sembra sia un buon momento per la valorizzazione professionale, perché la narrazione che circola fa pensare a un esercizio di razionalizzazione di risorse uma-

ne e del tempo di cura, più che a riconoscimenti al tanto declamato merito delle donne.

Il nostro sogno-desiderio, che non deve mai mancare nella giornata internazionale della donna, volge al termine, ma prima che svanisca vorremmo ribadire che siamo contente di essere ancora in (discreta) salute, e vive, mentre tante nostre colleghe non lo sono più. Una strana congiuntura, tutta italiana, ha scatenato negli ospedali, o nei suoi pressi, come nei videogiochi, una aggressività reale, ma verso bersagli sbagliati. E senza motivo, cioè senza che nessuno, tra aggredito e aggressore, abbia colpa: una violenza con esiti troppo spesso letali, scatenata da responsabili terzi, che sono al sicuro, lontani dal ring. Una aggressività che è lievitata in luoghi che dovevano essere sacri, destinati all’accoglienza di chi soffre, e che invece sono diventati spazi disumani simili a quelli degli animali da allevamento, con percorsi degradanti per chi aspetta anche giorni, e soprattutto per chi ci lavora. Ritorno alla realtà. Le operaie tessili del’8 marzo 1911 sono le mediche e dirigenti sanitarie di oggi, alle fabbriche si sono alternati gli ospedali in cui curiamo e viviamo. Nel mezzo, un secolo di grandi conquiste sociali, non gratuite, non regalate né acquisite per sempre, anzi. Ora come allora, c’è ancora più bisogno di sindacato. E della sua grande lezione di solidarietà, ancor più tra donne. Come mediche e dirigenti sanitarie, in considerazione della storia che ci ha portate fin qui, si può ancora essere ottimiste, dopotutto.



In occasione della giornata internazionale dei diritti della donna, l'Anaao Assomed ha rivolto un appello alla Presidente del Consiglio dei Ministri, alle Ministre e alle parlamentari affinché garantiscano un impegno concreto a sostegno di una parità nelle retribuzioni e nelle carriere realmente raggiungibile, di politiche a favore della conciliazione lavoro-famiglia, della flessibilità degli orari di lavoro, di nuovi modelli organizzativi in sanità.

# Le donne medico sono il 53,5%

## In prevalenza under 45, ma solo il 17% occupa posti apicali

Il soprasso delle donne medico è decretato sicuramente dai numeri, che da soli dovrebbero indurre a cambiare radicalmente rotta.

La percentuale di dirigenti medici donna è cresciuta progressivamente negli ultimi anni, passando dal 38,4% del 2010 al 53,5% del 2024 con una prevalenza del genere femminile nelle classi di età under 45.

Tra le Regioni, solo in Sardegna le mediche sono la maggioranza. Parità quasi raggiunta anche in Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Marche, Abruzzo. È nelle Regioni meridionali che sul totale degli iscritti la maggioranza è maschile.

Quando si parla di carriera, invece, i numeri scendono.

Tra i direttori di struttura complessa, solo il 17,2% è di sesso femminile (vs 82,8% maschi), percentuale che sale al 34,7% (vs 63,3% maschi) per le strutture semplici.

Nell'area universitaria delle scienze mediche, le donne ordinario (nel 2020) ricoprono il 19,3% delle posizioni, le associate il 33% e le ricercatrici circa il 40-55%.

Con riferimento alle scuole di specializzazione (dati Conto annuale 2021),

Direttori di struttura complessa

17,2%

Donne

82,8%

Uomini

Dirigenti medici

53,5%

Donne

46,5%

Uomini

le donne sono presenti con varie percentuali in tutte le specializzazioni. Solo in 5 specialità sono al di sotto del 20%, ma sopra il 14% (medicina dello sport, cardiocirurgia, ortopedia, chirurgia maxillo-facciale e urologia). Le specializzazioni più scelte dalle donne sono: neuropsichiatria infantile (75,9%), pediatria (71,0%), oncologia medica (62,0%), medicina fisica e riabilitazione (60,6%), genetica medica (60,2%), medicina di comunità e delle cure primarie (58,4%) anatomia patologica (57,8%), ematologia (57,8%), ginecologia ed ostetricia (56,8%).

Si registra una forte presenza femminile in alcune discipline, in particolare per: l'area funzionale dei servizi: Genetica medica con il 66,8% e in Scienza dell'alimentazione con il 64,6%. L'area funzionale di medicina: Neuropsichiatria infantile con l'80,1% e Pediatria con il 73,3%. L'area funzionale di chirurgia è rappresentata all'opposto da donne solo per il 28,3% in Chirurgia Generale nel Ssn, per il 20% degli specialisti in Cardiocirurgia, per il 17,1% degli specialisti in Ortopedia, e il 16,6% in Urologia.

“La fotografia di oggi – commenta Sandra Morano, Responsabile Nazionale Area Formazione Femminile Anaao As-

somed – ripropone purtroppo sempre la stessa situazione, acuita dal post pandemia: le mancate sostituzioni delle maternità all'interno del Ssn diventate una regola, un Ssn in cui definanziamento e decapitalizzazione del lavoro professionale hanno portato a un clima organizzativo fatto di demansionamento e mobbing, fattori di frustrazione capaci di portare anche al suicidio. Fatti che si aggiungono tragicamente alle cronache in casi di violenza sui sanitari e che le statistiche riportano tra le donne medico con frequenza maggiore rispetto alla popolazione generale. Subiamo un sistema sanitario che si guarda bene dal predisporre ad accogliere il soprasso di genere, negando il riconoscimento, formale e sostanziale, di un lavoro sempre più gravoso e rischioso, in particolare per le mediche”.

## Le condizioni per la decontribuzione previdenziale per le lavoratrici madri

Con la finanziaria 2024 (Legge 30/12/2023 n. 213) ai commi 180-182 dell'art.1 è stata introdotta la parziale decontribuzione previdenziale per le mamme esclusivamente se dipendenti a tempo indeterminato

MASSIMO CORRERA  
Anaao Assomed

MATTEO D'ARIENZO  
Anaao Assomed

Il beneficio spetta alle mamme di 3 figli, di cui almeno uno minorenni, dal 1 gennaio 2024 al 31 dicembre 2026; il beneficio cesserà nel mese di compimento del 18° anno di età del figlio più piccolo.

Soltanto nell'anno 2024 spetta anche alle mamme con 2 figli a condizione che il più piccolo non abbia compiuto i 10 anni.

Il beneficio massimo di decontribuzione, pari a 3mila euro per ciascuna annualità, è suddiviso in dodicesimi da 250 euro per ogni mese di godimento (e ulteriormente in giorni per le frazioni di mese).

Non sono previsti limiti di reddito.

Tuttavia va evidenziato che la decontribuzione così ipotizzata, non essendo più onere deducibile, fa

aumentare la base imponibile per la tassazione dei redditi, previsti nell'anno fiscale 2024 al 43% per lo scaglione oltre i 50mila euro. Quindi il beneficio netto si riduce a circa 1.700 euro, a cui vanno ulteriormente sottratte le addizionali comunali e regionali in base al luogo di produzione del reddito. Non potendosi prevedere sicuri automatismi nell'accesso al beneficio, si invitano le colleghe interessate a produrre specifica istanza all'ufficio personale della propria azienda.

# DI Calabria: le mille insidie per assumere medici specializzandi



## La normativa vigente

**Negli ultimi 12 mesi**, il settore Anaao Giovani ha ricevuto oltre 1.500 richieste di assistenza da altrettanti specializzandi vincitori di concorso a tempo indeterminato che non riescono a completare le procedure di assunzione a causa del “muro di gomma” delle Università Italiane. Tali assunzioni, che possono avvenire, a partire dal secondo anno di specializzazione, in tutti gli ospedali facenti parte della rete formativa di qualsiasi scuola di specializzazione della propria disciplina, sono normate da uno specifico accordo quadro, siglato dai Ministeri dell'Università e Salute e la Conferenza Permanente delle Regioni, in cui vi sono illustrati le modalità di assunzione, le responsabilità del neoassunto e lo svolgimento dell'attività teorica e pratica. Con l'approvazione definitiva dell'articolo 14 comma 1 della Legge n. 34 del 2023 (il cosiddetto “emendamento Anaao”) vi sono state importanti implementazioni: l'assunzione degli specializzandi diventa strutturale, perdendo il suo status di misura emergenziale, raddoppia da 18 a 36 mesi il tempo di assunzione e soprattutto introduce l'assunzione d'ufficio degli specializzandi da parte dell'azienda sanitaria dopo 90 giorni dalla sua richiesta di assunzione all'università in cui lo specializzando risulta iscritto; tale assunzione, difatti, avviene anche in caso di diniego o mancata risposta dell'Università.

## Le limitazioni delle Università, in barba alla normativa vigente

Sono molteplici e documentate le limitazioni che diverse università italiane e diversi direttori di scuola di specializzazione applicano a danno dei medici in formazione specialistica, ivi di seguito riportati.

### Le criticità evidenziate:

- 1 **Totale indisponibilità** da parte delle università di stipulare accordi con atenei di regioni italiane diverse dalla propria, impedendo de facto migliaia di assunzioni, sebbene non vi sia nessun potere discrezionale da parte delle Università di poter ostacolare le assunzioni dei medici in formazione specialistica.
- 1 **Mancanza di pubblicazione** open source delle reti formative aggiornate delle scuole di specializzazione italiane, per agevolare i medici in formazione specialistica nella scelta di iscrizione e partecipazione ai concorsi a tempo indeterminato. È fondamentale e urgente attuare le opportune contromisure per risolvere le criticità evidenziate.

Di seguito è indicata la documentazione relativa alle Università di **Bologna, Siena, Perugia, Roma “La Sapienza”, Torino, Catanzaro e Sassari**, fermo restando che per altri Atenei abbiamo solo riscontri orali dei dinieghi della stessa caratura.

### Università degli studi di Torino

L'Università torinese, come si evince da email dell'11 gennaio 2023 firmata dalla Dott.ssa Mazzone, Responsabile sezione scuole di specializzazione, in risposta a un Direttore di Scuola che chiede delucidazioni in merito, risponde che “Il decreto Calabria è autorizzabile solo in Regione Piemonte e Valle D'Aosta”.

### Università degli Studi di Bologna

Nella deliberazione della seduta del Consiglio di Amministrazione del 24 ottobre 2022, si legge che “A seguito della pubblicazione di tale accordo quadro, le Regioni Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Liguria hanno proposto all'Università di Bologna la sottoscrizione di uno specifico accordo. Tali proposte sono state riscontrate negativamente dal Magnifico Rettore” e “Pertanto, ha proposto ai Dipartimenti di area medica di prendere in considerazione proposte di accordo solo se provenienti da Regioni - diverse dalla Re-



gione Emilia Romagna - nel cui ambito vi sia almeno una struttura collegata per una Scuola di Specializzazione medica di Ateneo, e solo per le Scuole di Specializzazione che abbiano in rete formativa accreditata quelle strutture”.

#### Università degli Studi di Siena

L'Università di Siena, come si apprende da un documento firmato digitalmente dal Rettore dell'Ateneo senese Prof. Di Pietra in risposta a una azienda ospedaliera non Toscana, ritiene che “in accordo con le Università di Firenze e Pisa, non prevede attualmente di stipulare analoghe convenzioni con altre Regioni.

#### Università degli Studi di Perugia

L'Università perugina, come si evince dalla comunicazione firmata dal Rettore Prof. Oliviero, “non ritiene opportuno procedere alla sottoscrizione dello specifico accordo tra Regione e Università” asserendo che, poiché “la struttura che la specializzanda andrà a frequentare con la sottoscrizione del contratto a tempo determinato non fa parte della rete formativa della Scuola di Specializzazione a cui la stessa è iscritta” si prende in considerazione il fabbisogno nel territorio regionale umbro anche di medici in formazione specialistica”.

#### Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

L'Università romana, come si evince dalla comunicazione firmata dal Direttore dell'area offerta formativa e diritto allo studio, Dott.ssa Capacchione, “non stipula tale tipologia di accordo con regioni diverse da quelle in cui insistono le strutture della rete formativa delle proprie scuole di specializzazione”.

#### Università degli studi di Catanzaro

L'Università calabrese, come si evince da email firmata dal Direttore Generale dell'Ateneo, Dott. Sigilli, che UniCz “non ha interesse alla stipula dell'accordo in parola” con la Regione Lazio.

# ANTIMICROBICO RESISTENZA

## Pandemia silenziosa ma problema urlato, inutilmente



**I dati dell'Ecdc** (European center for diseases control) mostrano come i decessi in Europa per antimicrobico resistenza siano giunti ormai a 35mila anno di cui un terzo ascritti al nostro Paese; a livello europeo il costo economico annuale di tale fenomeno è di circa 2 miliardi di euro mentre per le spese suppletive (giornate di degenza extra, giornate di lavoro perse, ecc.) si giunge a quasi 12 miliardi di euro.

**Appare ormai realistica** la previsione lanciata dall'Unep (Programma delle Nazioni unite per l'ambiente) che nel 2050 i morti per infezioni resistenti agli antibiotici saranno 10 milioni.

La stessa Unione Europea ha sollecitato, ormai da quasi un decennio, gli Stati membri a definire azioni concrete contro il dilagare dell'antibiotico-resistenza.

Anche il nostro Paese si è mosso in maniera concreta nell'affrontare questa emergenza ed è del 2 Novembre 2017 l'approvazione da parte del ministero della Salute di concerto con le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza 2017-2020 (PNCAR) rivisto e rieditato per gli anni 2022-2025. Non bisogna però dimenticare che in Italia è attiva dal 2001 la sorveglianza nazionale dell'antibiotico-resistenza AR-ISS coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità. Questa sorveglianza nasce come “sorveglianza sentinella” e si basa sui dati forniti da una rete di laboratori ospedalieri di microbiologia reclutati su base volontaria (ad oggi più di 170) su tutto il territorio nazionale, questa sorveglianza consente di definire la frequenza e il trend di antibiotico-resistenza in un selezionato gruppo di batteri isolati da infe-

**PIERANGELO CLERICI**

Presidente  
FISMeLab  
(Federazione Italiana Società di Medicina di Laboratorio)

Segue da pagina 11

monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) di patologie come: scompenso cardiaco, diabete, tumori alla mammella, colon-retto, BPCO, etc.

Questo sistema ha visto definire 22 di questi indicatori come "CORE", cioè, decisivi per valutare se le Regioni stanno o non stanno garantendo a tutti i loro cittadini livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Il finanziamento 2023 (o meglio sottofinanziamento) del riparto regionale dei fondi per la sanità, di 11.250.637.286, non sono certo sufficienti. Secondo i nuovi criteri stabili in Conferenza Stato-Regioni sull'accordo Politico sul Riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2022: il 98,5% delle risorse disponibili vengono ripartite sulla base della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età; lo 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione con età inferiore a 75 anni; lo 0,75% in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari.

I finanziamenti in pratica vengono fatti al seguito di un calcolo della popolazione pesata che utilizza criteri anagrafici che ci penalizzano molto, in particolare avendo noi una età media più bassa rispetto alle regioni del nord riceviamo meno finanziamenti, da una parte è vero che forse facciamo 0,5 figli in più rispetto al resto del paese ma abbiamo più malati cronici ed oncologici ad alto impatto economico, soprattutto abbiamo una aspettativa di circa 2 anni in meno rispetto alle regioni del Nord che abbassa l'età media, motivo per cui bisogna portare avanti il concetto di bisogno di salute quindi utilizzando criteri epidemiologici e meno demografici.

Essendo quindi la Campania una Regione "più giovane", riceviamo circa 250-300 milioni di euro in meno rispetto alla media nazionale, ossia circa 60 euro pro capite in meno rispetto all'Emilia Romagna, 40 in meno di Veneto e Lombardia" tutto ciò aggravato da una "carezza strutturata di posti letto" - circa 1400 in meno - rispetto ai bisogni effettivi previsti dal Decreto ministeriale 70/2015 avendo una media di 3.13 contro i 3.66 dell'Emilia Romagna.

**In conclusione** l'autonomia differenziata ci espone a rischi di un indebolimento della capacità competitiva per effetto di una frammentazione inaccettabile delle politiche pubbliche e sanitarie in particolare, con una sempre maggiore difficoltà nel dare risposta i bisogni di salute e gravando sui pronto soccorso che diventeranno sempre più degli ammortizzatori sociali soprattutto per le prestazioni non urgenti.

## ANTIMICROBICO RESISTENZA

zioni di sicura rilevanza clinica (batteriemie o meningiti) che rappresentano sia infezioni acquisite in ambito comunitario sia infezioni associate all'assistenza (Staphylococcus aureus, Enterococcus faecium, Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Acinetobacter baumannii group). Per ogni microrganismo l'attenzione è posta prevalentemente su alcuni antibiotici o classi di antibiotici particolarmente significativi in terapia o per il monitoraggio dell'andamento dell'antibiotico-resistenza, tenendo conto delle esigenze informative europee del sistema EARS-Net. A questa sorveglianza si è aggiunta, dal 2013 con aggiornamenti nel 2019, quella che raccoglie e analizza le segnalazioni dei casi di batteriemie da K. pneumoniae ed E. coli resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi. A febbraio 2024 l'ISS ha prodotto un ulteriore protocollo (Protocollo 2024 - versione 7 febbraio 2024) che descrive gli obiettivi, i metodi e le modalità di rilevazione dei dati della sorveglianza. Il nuovo protocollo, che si riferisce alla raccolta dati 2024 relativa agli isolati del 2023, segue le indicazioni e le esigenze del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (Pncar) 2022-2025.

**Il Pncar**, frutto di un lavoro multidisciplinare che ha visto coinvolti le più importanti Società Scientifiche rappresentative dei professionisti che quotidianamente si confrontano con le problematiche legate all'antibiotico-resistenza (Microbiologi, Rianimatori, Internisti, Infettivologi, Farmacisti), è centrato su un approccio "One Health" per cui le sei aree tematiche principali sono: 1) sorveglianza e prevenzione e controllo delle infezioni e delle resistenze in ambito umano e veterinario; 2) uso appropriato e sorveglianza del consumo degli antimicrobici in ambito umano e veterinario; 3) potenziamento dei servizi diagnostici di Microbiologia; 4) formazione degli operatori sanitari; 5) informazione/educazione della popolazione; 6) ricerca e sviluppo.

**Le sei aree tematiche** sono state successivamente declinate in maniera puntuale nelle azioni da svolgere e relative tempistiche sia a livello regionale che nazionale.

La strategia nazionale si basa su una governance inclusiva e integrata e si ar-

ticola in quattro aree orizzontali di supporto a tutte le tematiche: 1) Formazione; 2) Informazione, comunicazione e trasparenza; 3) Ricerca, innovazione e bioetica; 4) Cooperazione nazionale e internazionale e tre pilastri verticali dedicati ai principali interventi di prevenzione e controllo dell'antibiotico-resistenza nel settore umano, animale e ambientale: 1) Sorveglianza e monitoraggio integrato dell'antibiotico-resistenza, dell'utilizzo di antibiotici, delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e monitoraggio ambientale; 2) Prevenzione delle ICA in ambito ospedaliero e comunitario e delle malattie infettive e zoonosi; 3) Uso appropriato degli antibiotici sia in ambito umano che veterinario e corretta gestione e smaltimento degli antibiotici e dei materiali contaminati.

**La Strategia nazionale** di contrasto all'Antimicrobico resistenza definisce inoltre sei obiettivi generali per ridurre l'incidenza e l'impatto delle infezioni resistenti agli antibiotici: 1) Rafforzare la prevenzione e la sorveglianza delle ICA in ambito ospedaliero e comunitario; 2) Rafforzare l'approccio One Health, anche attraverso lo sviluppo di una sorveglianza nazionale coordinata dell'Antibiotico resistenza e dell'uso di antibiotici e prevenire la diffusione dell'Antibiotico-resistenza nell'ambiente; 3) Promuovere l'uso appropriato degli antibiotici e ridurre la frequenza delle infezioni causate da microrganismi resistenti in ambito umano e animale; 4) Promuovere innovazione e ricerca nell'ambito della prevenzione, diagnosi e terapia delle infezioni resistenti agli antibiotici; 5) Rafforzare la cooperazione nazionale e la partecipazione dell'Italia alle iniziative internazionali nel contrasto all'Antibiotico-resistenza; 6) Migliorare la consapevolezza della popolazione e promuovere la formazione degli operatori sanitari e ambientali sul contrasto all'ABR.

**Lo strumento Pncar** è operativo, le singole Regioni sono all'opera per declinarlo, le Aziende Sanitarie dovranno strutturarne e a noi professionisti il compito di realizzarlo sul campo, una sfida importante che affrontiamo tutti con la consapevolezza di doverla vincere per la salute dei pazienti.



Iniziativa  
Ospedaliera

LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED

L'ALFABETO

DEL CCNL 2019

2021

VADEMECUM  
PER LA LETTURA  
ESPLICATIVA  
DEL CONTRATTO  
DI LAVORO

ANAAO  ASSOMED

**Prenota una copia  
presso la sede Anaaao  
della tua Regione.**



**Più sicuri  
in tutti  
i momenti.**

**Anaao Assomed  
ti è ancora più vicina  
con il prodotto  
AmTrust.**

**Anche  
in quelli  
peggiori.**

**Per proteggerti  
dagli infortuni  
a seguito di aggressioni  
durante l'attività  
lavorativa.**

Qui le caratteristiche  
della polizza



 **AmTrust**  
Assicurazioni

**MEDICAL**  
INSURANCE BROKERS

**MORGANTI**  
INSURANCE BROKERS