

d!

d!rigenza medica

- 4 Intervista al segretario aziendale
Ulss 9 Scaligera
- 7 Intervista al Segretario
Anaa Sicilia
- 10 Fondazione Pietro Paci
Come ottenere i crediti Ecm

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOCIAZIONE  **ASSOMED** MEDICI DIRIGENTI

**DOPO
IL GRANDE
SUCCESSO
DELLO
SCIOPERO**

**È in gioco
IL FUTURO
DELLA PROFESSIONE**

SCIOPERO
... OPERO

SCIOPERO
... OPERO
SCIOPERO
... OPERO
SCIOPERO



e!

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

dirigenza 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. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

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 novembre 2018

Le ragioni della

Lo sciopero del 23 novembre rappresenta un punto di svolta nel confronto politico sulla sanità in Italia.

Lo è per la larghissima partecipazione della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria. I piccoli e i grandi ospedali si sono fermati un giorno nella speranza che non debbano fermarsi per sempre in futuro per le difficoltà crescenti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Lo è perché esprime un moto di orgoglio di quelle categorie che vogliono intervenire e contare nel dibattito in corso, non rassegnandosi ad una lenta asfissia del Ssn, lo strumento introdotto 40 anni fa per garantire la tutela della salute prevista dall'articolo 32 della Costituzione come interesse non solo dell'individuo ma anche della comunità.

Del resto i temi al centro della vertenza travalicano il mero ambito categoriale. Abbiamo richiesto un finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale 2019 che preveda le risorse indispensabili per garantire i vecchi e i nuovi Lea ai cittadini e per onorare i contratti di lavoro scaduti da 10 anni. È inaccettabile e vergognoso, infatti, mettere in competizione su risorse insufficienti il diritto alla cura dei cittadini e quello a un dignitoso contratto di lavoro per i professionisti che quelle cure devono erogare. Va risolta, inoltre, in via definitiva l'annosa questione del riconoscimento dell'indennità di esclusività di rapporto nella massa salariale. Una indennità che ha un elevato valore politico, legando in modo esclusivo il lavoro del professionista all'azienda sanitaria, evitando così l'insorgere di possibili conflitti d'interesse. Il valore economico di questa indennità dal 2000, anno in cui è stata istituita, si è svalutata di circa il 40% e necessita di un adeguato ripristino ai valori reali originari se non si vuole che anche il suo valore politico sia svilito. Alla firma del Ccnl, va superato il congelamento al 2016 del trattamento

“

I Governi avvicendatesi alla guida del Paese, non hanno fino in fondo compreso che il poderoso de-finanziamento del Ssn, è destinato a favorire lo sviluppo di una sanità duale: quella pubblica impoverita di risorse e professionalità e quella privata non convenzionata, sostenuta da fondi sostitutivi, assicurazioni e tecnologicamente avanzata alla quale, però, potranno accedere solo i cittadini più abbienti

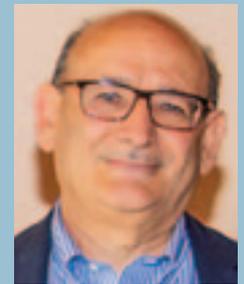
editoriale

nostra protesta

accessorio posto maldestramente dalla legge Madia all'articolo 23, commi 1 e 2, restituendo la Retribuzione Individuale di Anzianità dei dirigenti pensionati, patrimonio contrattuale irrinunciabile delle categorie, ai fondi aziendali, dal 2017 in avanti, al fine assicurare le risorse necessarie per carriere e disagio. Una attenzione particolare è stata posta alle condizioni di lavoro delle categorie dipendenti del Ssn, già ora critiche per la sola parziale sostituzione dei medici e dirigenti sanitari andati in quiescenza dal 2009 ad oggi o fuoriusciti per qualsiasi motivo dal servizio pubblico. Manca attualmente circa il 10% del personale medico e infermieristico e la condizione rischia di peggiorare nei prossimi anni. È per questo che chiediamo la cancellazione dell'anacronistico blocco della spesa per il personale della sanità, rimasto fermo al dato 2004 ridotto dell'1,4%, per facilitare il turnover del personale aprendo una grande stagione di assunzioni nel Ssn, da avviare subito con le risorse risparmiate dalle aziende sanitarie dal 2009 ad oggi, in grado di fare fronte nei prossimi 5 anni al pensionamento del 40% dei medici, veterinari e dirigenti sanitari, completando altresì i percorsi di stabilizzazione dei precari della Dirigenza, avviati con la legge Madia, ma ancora disattesi in molte Regioni. In ultimo, ma non per ultimo, abbiamo chiesto il finanziamento di almeno 3.000 nuovi contratti di formazione specialistica post lauream nella Legge di Bilancio in discussione in questo momento nei rami del Parlamento, per garantire una programmazione dei fabbisogni formativi rispondente alle esigenze del Ssn e non condizionata da interessi particolari e autoreferenziali, dando una concreta risposta ai 10.000 giovani medici ingabbiati in un "limbo" formativo a causa dei madornali errori di programmazione della formazione fatti in passato.

Lo sciopero è servito a mettere i nostri temi ed i nostri valori al centro del confronto politico, per sollecitare una riscrittura delle priorità che riconosca ai problemi della nostra categoria e della sanità il diritto di avere soluzioni chiare e positive perché i nostri problemi sono anche quelli dei cittadini che non accedono alle cure e non vedono tutelato il diritto alla salute.

I Governi, nelle varie colorazioni politiche avvicendatesi alla guida del Paese, non hanno fino in fondo compreso che il poderoso de-finanziamento del Ssn, circa 37 miliardi dal 2009 ad oggi, è destinato a favorire lo sviluppo di una sanità duale: quella pubblica impoverita di risorse e professionalità, quindi di mediocre qualità e di tecnologia obsoleta, e quella privata non convenzionata, sostenuta da fondi sostitutivi e assicurazioni, ricca di professionalità e tecnologicamente avanzata, alla quale, però, potranno accedere solo i cittadini più abbienti, quelli che potranno permettersi di pagare premi assicurativi di migliaia di euro all'anno. Noi ci adopereremo con tutte le nostre forze e le nostre capacità di informazione per far comprendere questa deriva, e le connesse responsabilità politiche, a chi ha a cuore la salvaguardia dei principi fondanti del Ssn. Non per astratte motivazioni ideologiche, ma perché la sanità pubblica, come dimostrano numerose e qualificate ricerche, garantisce una efficiente allocazione delle risorse, appropriatezza nei percorsi di cura e buoni esiti clinici, promuovendo l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie, la solidarietà e l'uguaglianza tra i cittadini, favorendo, così, la coesione sociale.



CARLO PALERMO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

**Grande successo
dello sciopero
del 23 novembre**

ADESIONE AL 90%

E il ministro Grillo incontra i sindacati.

Si è fermata compatta la sanità italiana per lo sciopero dei 120 mila medici e dirigenti del Ssn: dalla Lombardia alla Sicilia la giornata di protesta del 23 novembre ha incassato l'adesione 90% dei professionisti. Ma non solo, la serrata dei medici sembra anche aver smosso qualcosa nel Governo: il ministro della Salute Giulia Grillo e il sottosegretario all'Economia Massimo Garavaglia hanno aperto alla Ria e all'indennità annunciando anche qualche possibile novità nella manovra. E i sindacati sono stati ricevuti al ministero della Salute dal ministro Grillo.

“L'incontro con i sindacati è stato importantissimo – ha detto il Ministro al termine della riunione – sono assolutamente con loro in questo sciopero, perché ritengo che questo sia uno strumento fondamentale per portare avanti le istanze e i diritti dei lavoratori e di una classe medica e di professionisti sanitari che negli anni è sempre stata meno considerata dai Governi che si sono succeduti. Adesso c'è un governo attentissimo. Abbiamo fatto dei passi avanti sulla questione del contratto che renderemo noti nelle prossime settimane e c'è la serie convinzione di po-

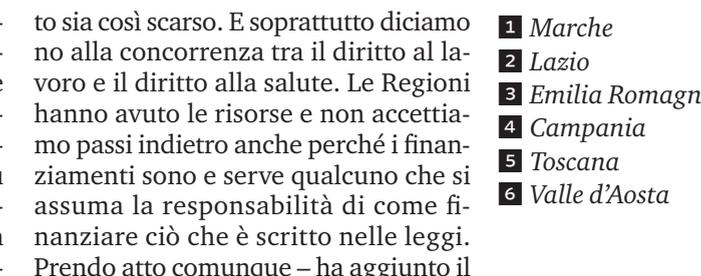


Ma se dal Governo non arrivano risposte certe a dicembre ci saranno altre proteste

ter accogliere le istanze che i sindacati hanno portato in questo sciopero ma che già ci avevano rappresentato in passato. La risposta che daremo sarà forse la prima dopo anni in cui queste categorie sono state poco considerate dalla politica. Una risposta concreta in occasione dei 40 anni del Ssn per rilanciare la sanità pubblica che aiuta i più deboli e garantisce il diritto alle cure come previsto dalla costituzione”.

Un'apertura accolta dai sindacati, che hanno apprezzato l'iniziativa del Ministro. “Abbiamo apprezzato grandemente la cortesia del Ministro cui ab-

biamo illustrato i temi del nostro sciopero e auspichiamo che le nostre richieste siano portate in Legge di Bilancio – ha dichiarato il segretario Anaa Assomed, Carlo Palermo al termine dell'incontro con Grill – ha assunto un impegno a portare all'attenzione del Governo delle norme che saranno inserite nella legge di bilancio e che risolvano finalmente la questione. Rimane aperta la questione del contratto, per l'aumento del 3,48% che va risolta da Mef e Regioni. Noi non vogliamo essere tirati in ballo – ha sottolineato – perché il nostro contratto è già finanziato



- 1 Marche
- 2 Lazio
- 3 Emilia Romagna
- 4 Campania
- 5 Toscana
- 6 Valle d'Aosta

ed è dovere delle Regioni mettere a riserva le risorse per il rinnovo dei contratti che deve partire da 1 gennaio 2018". Rimane il fatto che, se non ci saranno risposte certe, sono possibili nuove giornate di sciopero in dicembre quando la Manovra sarà in Senato. E, ha avvertito Palermo, non si escludono altre forme di lotta a livello regionale per il 2019: "Non molliamo la presa perché non accettiamo il declino del Ssn". Il nodo è quello delle risorse: "Sono insufficienti – ha detto Palermo nel corso di una conferenza stampa – servono nuove assunzioni e per questo bisogna sbloccare il tetto di spesa. Anche perché il problema è l'imbutto delle specializzazioni. Servono nuove borse almeno altre 2000 rispetto alle 900 in più messe in Manovra". Palermo ha toccato anche il tema del contratto: "Non possiamo accettare che il finanziamen-

to sia così scarso. E soprattutto diciamo no alla concorrenza tra il diritto al lavoro e il diritto alla salute. Le Regioni hanno avuto le risorse e non accettiamo passi indietro anche perché i finanziamenti sono e serve qualcuno che si assuma la responsabilità di come finanziare ciò che è scritto nelle leggi. Prendo atto comunque – ha aggiunto il

segretario – delle dichiarazioni del Ministro e per il contratto sottolineo in particolare tre aspetti: sul finanziamento 2016/2018 mi sembra di capire che il governo consideri il finanziamento già trasferito alle Regioni con il Fsn degli anni di riferimento. Bene, il Ministro Grillo si impegni a garantire la competenza economica degli incrementi contrattuali per i dirigenti del Ssn a far data dal 1 gennaio 2018; in merito all'utilizzo della Ria il governo rimuova lo sciagurato comma 2 dell'articolo 23 del Dlgs 75/2017 che blocca la retribuzione accessoria dei dipendenti; e infine, se si vuole aumentare la scelta dei dirigenti medici e sanitari verso il rapporto esclusivo con le aziende sanitarie si incrementi la relativa indennità che ha perso un terzo del proprio valore da quando è stata istituita".

Teniamo alta la bandiera del sindacato. Un baluardo importante per difendere i diritti dei medici

Ivano Dal Dosso è uno specialista in Chirurgia Generale e Chirurgia Toracica 55 anni lavora presso la Uoc di Chirurgia dell'ospedale G. Fracastoro nel comune di San Bonifacio in provincia di Verona, dal 2000 è entrato nella squadra dell'Anaa Assomed. E ora arrivato al suo secondo mandato come segretario aziendale della Ulss 9 Scaligera Regione Veneto traccia il punto della situazione e lancia l'allarme:



“**Soffriamo** per il venir meno del ruolo del sindacato, sempre più relegato ad una posizione minore – racconta – sono scarse le convocazioni sindacali a fronte di una mole di lavoro enorme. La percezione è che stia terminando il periodo del confronto e della contrattazione sindacale e si stia aprendo un nuovo campo di lavoro per gli studi legali. Quanto è avvilente: seguire la pratica di un collega che si appoggia al sindacato per far valere i propri sacrosanti diritti e dopo anni non ottenere alcun risultato e poi basta la lettera di un avvocato per far risolvere in una settimana il contenzioso”.

Dottor Dal Dosso come mai è entrato nel sindacato?

Sono stato coinvolto da un collega che mi ha appassionato alle tematiche sindacali, nel 2006 sono entrato a far parte della segreteria aziendale. E dal 2014 sono il segretario aziendale, prima della ex Ulss 20 (Verona) ed ora dell'Ulss 9 Scaligera Regione Veneto.

Tracciamo un identikit della sua Azienda...

La Ulss 9 Scaligera insiste sulla provincia di Verona, assicura servizi e assistenza socio-sanitaria a 922mila resi-

denti. È costituita da quattro distretti, tre presidi ospedalieri di rete e tre ospedali nodo di rete. Nello stesso territorio abbiamo l'Aou Integrata di Verona e due ospedali privati convenzionati. Soprattutto è un'Azienda frutto della fusione, nel 2016, di tre ex Ulss (20, 21 e 22) di Verona. E non è stato facile anche da un punto di vista sindacale. La fusione ha significato rivedere tutti gli accordi e i regolamenti che prima vertevano su tre aziende per produrne uno solo. Per fare un solo esempio, relativo alle posizioni, dalle tre aziende precedenti abbiamo ereditato ben 52 posizioni diverse. E si consideri che ogni azienda aveva ragionato in maniera totalmente diversa nel definire le precedenti posizioni. Proprio in questi giorni, dopo continue richieste di convocazioni sindacali, abbiamo firmato gli accordi su “l'individuazione, la graduazione, la durata e la valorizzazione economica degli incarichi dirigenziali” della Dspta e della Dirigenza Medica Veterinaria e l'accordo sul “regolamento per l'attribuzione della retribuzione di risultato Dirigenza Medica Veterinaria”.

Sul fronte sindacale come vi siete organizzati?

La nostra segreteria aziendale è composta da 10 dirigenti medici e sanitari. Ci sono inoltre 7 rappresentanti di ospedale/distretto in linea con il nuovo statuto dell'Anaa. In media ogni due mesi sono previsti incontri di segreteria al-

largati ai rappresentanti di ospedale/distretto, salvo periodi di particolare lavoro come questo in cui ci riuniamo con maggior frequenza. Comuniciamo quotidianamente con whatsapp e per email. Abbiamo creato una mailing-list con cui riusciamo a mantenere i contatti, inviare informazioni e soprattutto ricevere segnalazioni e richieste da tutti i nostri 180 iscritti.

Quali sono gli scenari in Veneto?

Nella nostra Regione il Governatore si vanta di essere quello che meno spende per medici ed infermieri e che nel periodo 2010-2015 non ha accantonato nulla, come per legge avrebbe dovuto fare, per il rinnovo contrattuale della dirigenza medica e sanitaria. Un vero e proprio furto che la dice lunga sul rispetto che hanno le istituzioni verso la nostra categoria e su ciò che significa nel nostro Paese la certezza dell'attuazione normativa. Nell'azienda c'è una grave carenza di medici: ne mancano all'appello 189. E dal momento che nelle nostre Ulss di fronte ad una carenza di organico vengono messe in atto sofisticate strategie di sicura origine bocconiana, in pratica chi rimane fa il lavoro anche degli altri, potremmo dire tranquillamente che siamo quelli che lavorano di più pur essendo i meno pagati. Di fronte a tutto ciò il dirigente medico e sanitario italiano reagisce aumentando la velocità nella catena di produzione. Questo è uno dei nostri grandi pregi e





difetti. Perché il senso civico e la naturale indole del medico a fornire un servizio essenziale ed indispensabile rimane il principale caposaldo. Credo che per un sindacalista sia questo il compito più duro. Fare emergere la consapevolezza che siamo anche dei lavoratori e che il rispetto della normativa, oltre ad essere un sacrosanto diritto, ha anche una ricaduta positiva sul paziente in termini di sicurezza delle cure.

Come è percepito il sindacato dai medici?

Quando ho iniziato ad occuparmi di attività sindacale mi ha colpito scoprire quante cose non conoscevo e di conseguenza quanto poco informati siano i medici su questioni di pertinenza sindacale. E oggi sorrido quando incontro colleghi che chiedono a cosa serve il sindacato e ritengono di poter fare da soli nel momento in cui si trovano a gestire un problema vero. Credo sia indispensabile aumentare il livello di conoscenza del singolo medico, non solo di chi si occupa di sindacato. Per questo organizziamo eventi informativi e formativi. Stiamo preparando per dicembre due incontri con il broker assicurativo sulla responsabilità professionale alla luce della legge Gelli-Bianco. Altri incontri formativi su rischio clinico, responsabilità professionale e organizzazione del lavoro sono in fase di organizzazione per i primi mesi del 2019.

Quali sono gli obiettivi che avete raggiunto come sindacato?

Come nella migliore tradizione che vede Anaaoprotagonista nel produrre documenti e nel fare proposte concrete ragionate e condivise, anche la nostra segreteria aziendale si è fatta onore. Fondamentale per noi è stato avere una proposta elaborata dalla segreteria regionale Anaaopro (fatte proprie anche dalla Regione Veneto e da Azienda Zero) che abbiamo ovviamente dovuto contestualizzare. Un grande lavoro. Perentorio è stato per noi mantenere il riconoscimento della retribuzione fino ad oggi maturata dal singolo dirigente con l'obiettivo, laddove possibile, di portarla verso valori maggiori e il riconoscimento della progressione di carriera gestionale e professionale raggiunta ad oggi. Sentirsi dire, in corso di contrattazione, da un segretario di un'altra sigla sindacale che era palese si stesse seguendo la traccia gettata da Anaaopro è stato per me motivo di orgoglio.

Sono risultati che attribuisco a pochi fattori vincenti. Uno è avere costruito una segreteria aziendale composta da persone fortemente motivate e sensibilizzate alle problematiche sindacali, di cui fanno parte alcuni giovani. L'altro fattore determinante è la segreteria e il consiglio regionale.

“
Abbiamo casi di giovani medici donna che preferiscono licenziarsi e rimanere a casa fare le mamme piuttosto che rimanere a lavorare in certe condizioni

Come sono i rapporti con gli altri segretari aziendali?

Di collaborazione e, secondo il mio percepire, di sana e sportiva competizione a chi suggerisce prima e meglio soluzioni a problemi pratici quotidiani. La creazione di una vivace chat permette a chiunque di porre questioni con la certezza di una immediata e quantomeno discussa risposta a qualunque ora del giorno e (ahimè) della notte, festivi compresi. Questa è passione e un filo di sana pazzia.

Criticità?

Nella nostra azienda, diretta da un Dg con una particolare sensibilità social al punto che è sicuramente più facile avere una sua risposta scrivendogli su facebook che non inviandogli una PEC, si fa della comunicazione un vanto di efficacia. Per quanto mi riguarda non ho perso occasione per ricordare al Dg che la comunicazione e la trasparenza è la prima cosa che abbiamo sacrificato in un accorpamento tra aziende che ha visto allontanarsi le apicalità dell'azienda dalle basi. Viene confusa la comunicazione verticale gerarchica con il confronto tra tutte le parti prese in causa. Sono in corso importanti cambiamenti all'intervento dell'azienda senza che ne siano stati informati i sindacati. Sono mesi che chiedo informazioni su una riorganizzazione dei servizi di laboratorio e anatomia patologica che interessa i tre presidi ospedalieri, ma l'unica risposta verbale che ho ottenuto è che si sta ancora valutando l'opportunità in termini di vantaggi e svantaggi. Eppure i cambiamenti, già in parte avvenuti, sono sotto gli occhi di tutti. Si smentisce l'evidente.

E ancora, non c'è unità operativa che non stia soffrendo per la carenza di personale (in particolare medici anestesisti, ortopedici, medici di pronto soccorso, pediatri, ma anche laboratoristi) determinata da un gran numero di colleghi che migrano verso il privato, non sempre perché attirati da migliori condizioni di lavoro e da guadagni più gratificanti, talora in fuga da una situazione di mancato riconoscimento del proprio valore professionale oltre che da un grave carico di lavoro e di responsabilità che col tempo ti usura. Abbiamo casi di giovani medici donna che preferiscono licenziarsi e rimanere a casa fare le mamme piuttosto che rimanere a lavorare in certe condizioni. Questo dovrebbe fare riflettere.

Intervista al Segretario regionale della Sicilia

Proseguono le interviste
di *Dirigenza Medica* ai Segretari regionali
Anaa Assomed. Ora è il turno della Sicilia



**Antonino
Palermo**
Segretario
Anaa
Assomed
Sicilia

“Un sindacato forte per una forte difesa dei lavoratori”

Dottor Palermo, quali sono gli scenari e le principali criticità in Sicilia?

Attualmente il sistema sanitario regionale siciliano vive un periodo di cambiamento. La sanità siciliana oggi è messa alle corde e tutti i siciliani stanno sopportando una situazione fuori dal normale. La Regione da più di quattro anni aspetta di dotarsi di una moderna rete ospedaliera, ma varie vicissitudini politiche non ne hanno permesso l'approvazione e a tutt'oggi anche l'attuale Governo che si è impegnato ad elaborare una nuova proposta di rete è in attesa che il ministero della Salute l'approvi.

Assistiamo all'esasperazione di tutti i dipendenti sanitari che sono costretti a lavorare in condizioni di assoluto disagio, sopportando continui episodi di violenza da parte di una utenza che non sopporta più di essere trattata senza alcun rispetto.

La nostra Regione sta per uscire da un

piano di rientro che ha creato tanti disagi: ricorso al precariato, lunghe liste di attesa, condizioni di lavoro critiche. Oggi in Sicilia per le piante organiche ormai dimezzate, i colleghi si trovano costretti a lavorare senza il rispetto delle normative europee sull'orario di lavoro, senza riposi, senza poter fruire delle ferie estive, senza possibilità di recuperare lo stress psico-fisico. Ormai il medico è stato trasformato in un burocrate e il medico ospedaliero siciliano, così come i medici di tutta Italia, oggi vive un grande senso di frustrazione.

Da un lato la rabbia del cittadino utente per il degrado della sanità pubblica e dall'altro i soprusi degli amministratori che per fare quadrare i conti costringono i dipendenti a sopportare condizioni di lavoro al limite di ogni normativa legale.

Quindi quali sono le azioni sindacali che intendete portare avanti per superarle?

Batterci per la piena operatività delle Uoc che eviti eccessivi carichi di lavoro che espongono il medico ad una conflittualità eccessiva. Per esempio, dove vi fossero colleghi che per motivi di salute o altro non possono essere utilizzati per garantire una completa occupazione, dare loro la possibilità di essere trasferiti presso l'azienda territoriale, garantendo così la loro preziosa esperienza ma evitando al tempo stesso di gravare sul lavoro dei turnisti. Dobbiamo inoltre garantire la massima occupazione ed efficienza nei Ps affinché le aggressioni ai medici e a tutto il



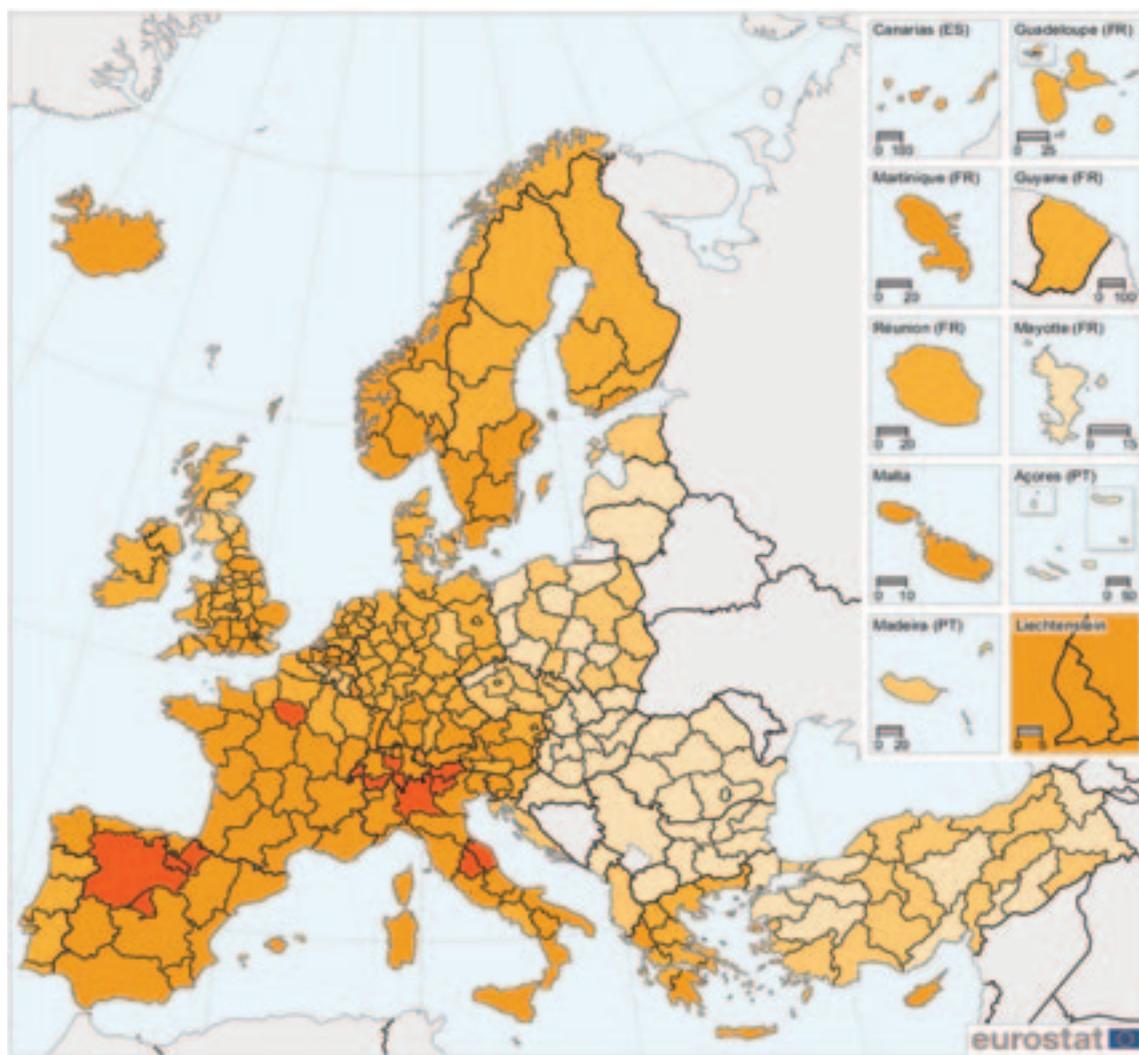
personale sanitario cessino del tutto. Quindi, staremo vicini ai colleghi che subiscono violenza anche costituendoci parte civile per difendere chi andando a lavorare rischia la vita!

Chiederemo con forza di dare al medico la valenza di medico e non di burocrate. Nelle Uoc occorrono degli amministrativi che si occupino del lavoro amministrativo sgravando il medico da tale incombenza. È arrivato il momento che anche al medico ospedaliero sia affidata la formazione degli studenti di medicina e dei medici specializzandi in stretta collaborazione con l'Università. E ancora, creeremo sinergie con l'Istituzione che rappresenta la classe medica e cioè l'Ordine dei medici per condividere programmi il cui unico scopo sia quello di valorizzare la professione medica. Infine, saremo vigili e attivi per incentivare l'ingresso nel Ssn regionale di giovani colleghi considerato che la maggior parte dei medici ospedalieri è prossimo alla pensione.

Quattro parole d'ordine per i prossimi anni

Appropriate condizioni di lavoro, adeguato finanziamento che porti ad un sistema sanitario veramente Universale, un sindacato forte per una forte difesa dei lavoratori, e ritrovare l'orgoglio e la dignità di essere medici nel Ssn.

“
**Accrescere
ulteriormente,
se possibile, il
peso politico e la
credibilità della
nostra
associazione in
ambito
regionale
aumentando il
numero dei
nostri iscritti**



Regione per Regione: dove si vive di più in Italia e... in Europa

Non ci sono dubbi, in Europa insieme alla Spagna siamo il Paese con le aspettative di vita più alte: 83,4 contro una media Ue che si attesta sugli 81 anni.

Nonostante surclassiamo gli altri Stati su questo fronte, tranne la Spagna che svetta in testa alle classifiche, all'interno del bel Paese le differenze non mancano. L'aspettativa di vita alla nascita più alta in Italia la conquista la provincia autonoma di Trento, tallonata da quella di Bolzano e a seguire dalle regioni Umbria, Lombardia e Marche. Al contrario, si vive meno in Campania, Sicilia, Calabria e in genere nel Sud e nelle Isole. Ma la classifica negativa prosegue con una Regione del Nord, la Valle d'Aosta, che si ferma a 83 anni di aspettativa di vita.

A scattare la fotografia sulle aspettative di vita alla nascita è l'Eurostat che ha pubblicato un'analisi dettagliata su

tutte le Regioni che compongono gli Stati dell'area Ue nel 2016.

Lo scenario che emerge è variegato. A Madrid spetta in assoluto l'aspettativa di vita più alta con 85,2 anni, ma al secondo posto, insieme ad altre due regioni spagnole, c'è appunto Trento con 84,3 anni. Va male invece nei Paesi dell'Est.

Secondo l'analisi Eurostat storicamente, una maggiore longevità può essere attribuita a una serie di fattori, tra cui miglioramento delle condizioni socio-economiche e ambientali, cambiamenti nelle condizioni di lavoro/occupazioni, cambiamenti nello stile di vita o migliori cure e cure mediche.

Ma entriamo nel dettaglio. Nel 2016, l'aspettativa di vita di un bambino appena nato nell'Unione europea era di 81 anni medi. Grazie alla banca dati Eurostat è stato possibile vedere come l'aspettativa di vita alla nascita variesse, all'interno dell'Ue, tra le diverse re-

gioni Nuts 2 (dal francese *nomenclature des unités territoriales statistiques* e il 2 sta per il livello di popolazione compresa nel range di analisi, in questo caso tra 800mila e 3 milioni di persone, che coprono tutte le Regioni d'Europa). I risultati? I numeri hanno mostrato come vi sia un gap di ben 11,9 anni tra le Regioni con l'aspettativa di vita più alta e quella con la più bassa. Mentre erano 11 le regioni Nuts2 in cui l'aspettativa di vita alla nascita nel 2016 era di 84,0 anni o più

Il più alto livello di speranza di vita nell'Ue è stato registrato nella regione della capitale spagnola della Comunidad de Madrid (85,2 anni), seguita da altre due regioni spagnole, La Rioja e Castilla y León (entrambe 84,3 anni). Sempre al secondo posto con lo stesso valore delle due regioni spagnole dopo la Provincia Autonoma di Trento ci sono Bolzano e Umbria (84,1), Lombardia e Marche (84), al quinto posto si è attestata la regione della capitale francese dell'Île de France (84,2 anni).

Al contrario, quelle che, in Italia, vanno peggio sono Campania (81,7), Sicilia (82,4), Calabria (82,9) e in genere il Sud e le Isole (in media rispettivamente 82,7 e 82,6). Ma la classifica negativa prosegue con una Regione del Nord, la Valle d'Aosta, che si ferma a 83 anni di aspettativa di vita.

In Europa i dati più bassi per l'aspettativa di vita alla nascita nel 2016 sono stati registrati nelle regioni bulgare di Severozapaden (73,3 anni), Yugoiztochen (74,4 anni) e Severen tsentralen (74,4 anni); le regioni rumene di Sud-Est (74,4 anni) e Nord-Est (74,6 anni); e la regione ungherese di Észak-Magyarország (74,6 anni).

Oltre alle regioni in Spagna e in Italia, le due regioni con i più alti livelli di aspettativa di vita erano entrambe le regioni legate alle Capitali, vale a dire, Île de France (84,2 anni) e Inner London - West (84,1 anni) dove quindi il livello più alto può essere attribuito, alla vicinanza e alla vasta gamma di servizi sanitari disponibili, oltre a livelli relativamente alti di reddito e di condizioni di vita.

La situazione nel Regno Unito è stata di particolare interesse in quanto l'aspettativa di vita alla nascita a Inner London - West è stata, in media, di 2,1 anni superiore rispetto all'adiacente regione di Inner London - East, che, tra le altre cose, è generalmente considerata meno ricca.

Condizioni di lavoro, sicurezza e fabbisogno:

Emergenza Urgenza ecco

**SANDRO
PETROLATI**
Coordinatore
Commissione
Emergenza
Urgenza

La Commissione Nazionale Emergenza Urgenza Anaa-Assomed, in previsione dell'impegno dell'Esecutivo Nazionale sul futuro decreto che il ministero della Salute e il Governo intendono promulgare, indica le criticità del settore sulle quali ritiene indispensabile intervenire: le condizioni di lavoro degli operatori; la sicurezza; l'errata previsione di fabbisogno di personale medico; l'accesso alla formazione e integrazione della rete formativa.

Condizioni di lavoro

Lavorare in pronto soccorso è usurante (allegato 6*). Non siamo noi a dirlo ma numerosa letteratura scientifica. Aumentano per gli operatori sensibilmente le possibilità di patologia cardiopolmonari, aumenta il burnout. Anche per questi motivi, la scuola di specializzazione in medicina di emergenza urgenza non è in Italia ancora tra le più ambite, al contrario di quanto avviene negli altri paesi Ue.

Dobbiamo agire proponendo almeno tre provvedimenti:

1. A tutti i medici in pianta organica presso 118, pronto soccorso e medicina d'urgenza collegati, sono riconosciuti ogni anno ulteriori 10 giorni di ferie da godere continuativamente ed obbligatoriamente nei mesi non estivi. Tali periodi devono essere goduti tassativamente ogni anno, non potranno essere cumulati con le fe-

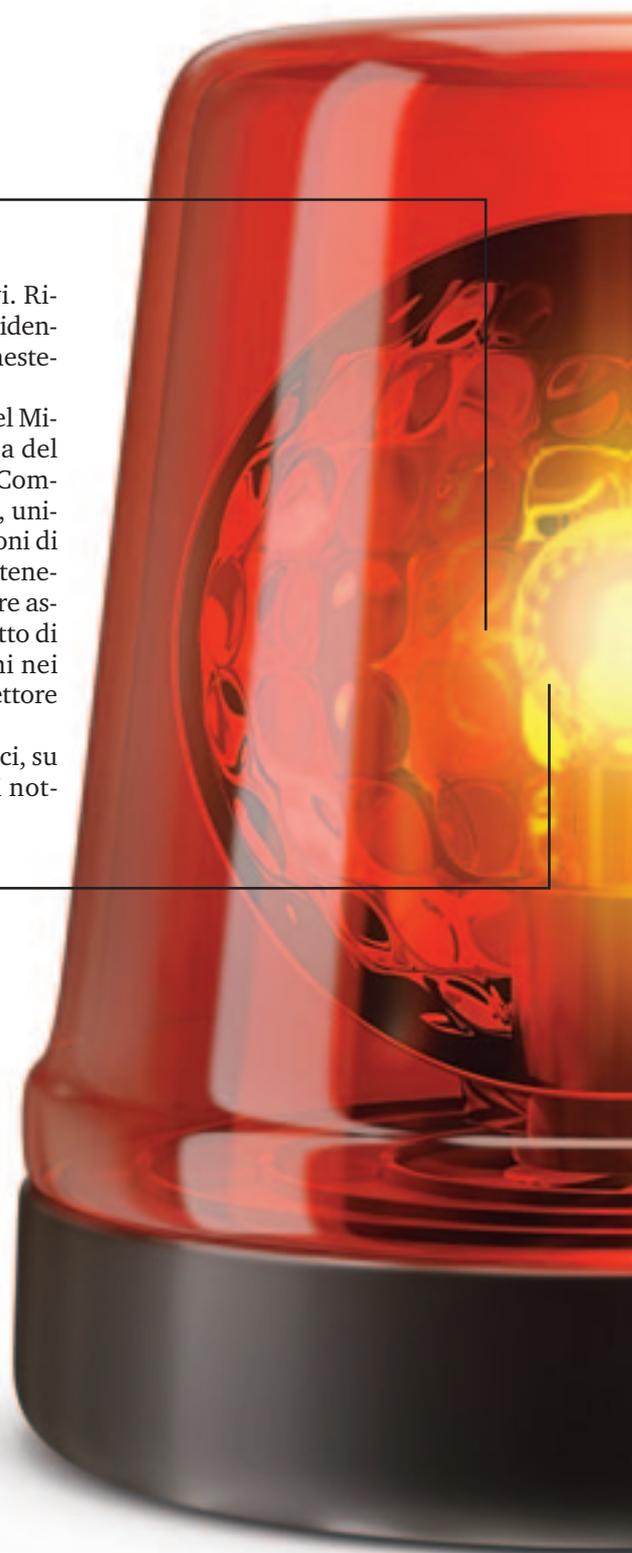
rie estive o spostati negli anni successivi. Ricordiamo che, seppure per motivi diversi, identici provvedimenti sono oggi goduti da anestesisti e radiologi. (allegato 2)

- 2. Con riferimento** alle linee di indirizzo del Ministero sui limiti di tempi di permanenza del malato nei locali di pronto soccorso, la Commissione propone che il decreto preveda, unitamente, norme che impongano alle regioni di adottare i provvedimenti necessari ad ottenere questo risultato (più posti letto, migliore assistenza territoriali etc). Il mancato rispetto di questo obiettivo deve portare a sanzioni nei confronti del direttore generale e del direttore sanitario.
- 3. Al compimento** dei 60 anni di età i medici, su loro richiesta, possono uscire dai turni notturni.

Sicurezza

- 1. In tutte le sedi di pronto soccorso** deve essere presenti sistemi di sorveglianza attiva ed in video h 24 e una linea telefonica dedicata per garantire l'accesso diretto delle forze dell'ordine.
- 2. Una revisione** ed aggiornamento delle attuali norme legislative e del codice procedura penale che consentano maggiori poteri di contenimento delle azioni violente, da parte dei vigilanti
- 3. Una reale diminuzione** del rischio si ottiene se l'organico non è sottodimensionato. È nozione comune che in caso di persona agitata/violenta il numero minimo di operatori sanitari per l'intervento di contenimento/sedazione deve essere non inferiore a 6 unità e questo dovrebbe essere previsto nel Documento aziendale di Valutazione del Rischio,

*Gli allegati sono disponibili sul sito www.anaao.it



le indicazioni dell'Anaaao

Errata previsione di fabbisogno di personale medico

I Pronto soccorsi in Italia sono 844 (513 di base e 331 complessi). Le visite eseguite ogni anno sono 24 milioni, 2.800 accessi ogni ora. Nel sistema dell'emergenza urgenza lavorano 12mila medici. Le postazioni del 118 sono 103 (64 servono un bacino inferiore ai 500mila abitanti, 28 tra 500mila e 1 milione e 11 con bacino superiore ad un milione di abitanti)

Appare evidente che aver previsto ogni anno la formazione in Italia di solo 162 medici specializzandi, fosse palesemente insufficiente, tanto da aver generato in questi anni assunzioni di personale non in possesso del titolo di specialista, (Al-

legato 4) o aver formato frettolosamente del medici utilizzando le graduatorie di medicina generale, o peggio di avere appaltato al privato la gestione di alcuni pronto soccorsi. (Allegato 3) Riteniamo che alcune proposte apparse sulla stampa questi giorni siano frettolose e pericolose:

- 1. Formare** con corsi di formazione i medici di medicina generale ed inserirli nel 118 o nella gestione dei codici verdi o bianchi (Allegato 5)
- 2. Aumentare** le equipollenze facendo entrare specialisti che nulla hanno a che fare con l'area dell'urgenza.

A nostro avviso la proposta deve essere più articolata e prevedere tre fasi successive, quella odierna per superare l'attuale la criticità acuta e drammatica di personale, quella successiva della stabilizzazione e quella finale della messa a norma.

Oggi

- 1. Prevedere che l'accesso all'area, dalla data di pubblicazione del decreto, avvenga solo per concorso pubblico ed in regime di dipendenza, altrimenti passeremo sempre di sanatoria in sanatoria.**
- 2. Strutturazione in Ao/Asl del personale scelto dalle graduatorie della specialistica ambulatoriale oggi in servizio nei pronto soccorso od al 118, se assunto per un numero di ore di servizio superiore alle 17 ore.**
- 3. Strutturazione del personale attualmente in servizio da più di 5 anni, mediante concorsi riservati, anche in assenza del diploma di scuola di specializzazione.**
- 4. Iscrizione in sovrannumero nelle scuole di specializzazione per il restante personale in servizio da meno di 5 anni.**
- 5. Possibilità di assumere nei Dea e nei 118, con contratti a tempo determinato, gli specializzandi del IV e V anno.**

Domani

Le aziende (dopo e/o contestualmente) ad avere bandito un concorso per assumere personale medico in pronto soccorso o nel 118, in assenza di idonei, potranno assumere con contratto a tempo determinato medici anche in assenza dei requisiti di formazione (nessun diploma o diplomi non equipollenti). Questi medici entreranno automaticamente in sovrannumero nella scuola di specializzazione più vicina al posto di lavoro. I medici della struttura ospedaliera saranno obbligatoriamente nominati quali tutor. Al conseguimento del titolo il contratto a tempo determinato sarà convertito in contratto a tempo indeterminato mediante concorso riservato.

Dopodomani

L'accesso alla formazione e integrazione della rete formativa Integrare la rete formativa, oggi solo universitaria, creando scuole di specializzazione sia universitarie che ospedaliere, tali da permettere di formare il numero di specialisti utili per poter coprire l'intero servizio dell'area (allegato 1). Da quella data prevedere che l'accesso all'area ed ai suoi ruoli dirigenziali sia consentito solo a coloro che avranno acquisito il titolo di specializzazione specifico o che abbiamo lavorato in quella disciplina da più di 10 anni. Integrazione dei sistemi di emergenza pre-ospedaliera ed ospedaliera, con modalità da definire, come previsto dagli standard europei e come già in atto in molti paesi avanzati.

**Nel 2019 potrete scegliere tra
oltre 600 crediti Ecm il corso
che fa per voi!
E lo potete fare gratuitamente.**

Come i crediti con i co

E soprattutto ditelo ai vostri colleghi che ancora sono indecisi se iscriversi ad un sindacato. Noi offriamo sempre di più. In tutto.

L'acquisizione dei crediti Ecm costituisce una delle tante incombenze del sanitario, sia esso alle dipendenze di una azienda pubblica o privata o sia esso un libero professionista.

Sebbene solo per i medici del lavoro il mancato raggiungimento dei crediti Ecm può determinare la cancellazione del nominativo dall'albo dei medici competenti, i restanti sanitari sono comunque sottoposti a verifiche da parte delle aziende per cui lavorano.

Dopo una fase di sperimentazione, la banca dati Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), sancito dall'Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009, è in grado di fornire il numero esatto di crediti Ecm attribuiti ai professionisti che fanno capo agli Ordini professionali, consentendo a questi le relative funzioni di certificazione delle attività formative svolte.

Il conseguimento dei crediti può avere una importanza decisiva nella valutazione dei titoli in caso di progressioni orizzontali o verticali o in caso di concorsi e entra a far parte, nelle aziende pubbliche, del cosiddetto "fascicolo personale" che riassume la storia lavorativa del professionista. Ecco perché raggiungere i crediti previsti dal piano triennale della Commissione permanente della Formazione Continua non è da sottovalutare. I crediti non conseguiti non possono essere "sanati" in alcun modo ma al limite, come successo in passato con qualche deroga, possono essere acquisiti con un leggero ritardo.



**GABRIELE
GALLONE**
Presidente
Fondazione
Pietro Paci

“conquistare” Ecm corsi Fad

Fondazione
Pietro Paci

Nel 2019 non sarà più così. A dicembre 2019 si conclude il triennio formativo 2017-2019 che prevede il conseguimento di 150 crediti Ecm. Solo chi aveva conseguito 150 crediti nel triennio precedente (2014-2016) potrà usufruire di uno sconto di 30 crediti Ecm mentre chi ne aveva conseguiti tra 80 e 120 avrà uno sconto di soli 15 crediti.

Ma anche nella ipotesi più favorevole (120 crediti Ecm nel triennio 2017-2019 invece di 150) non si tratta di un numero facilmente raggiungibile.

A tutti dovrebbe essere noto che i corsi residenziali, a seconda del numero di partecipanti, possono erogare (durata di circa 8 ore) tra i 4 e i 10 crediti Ecm. Alcuni dei corsi proposti dalle aziende sanitarie risultano poco aderenti alle esigenze di ogni singolo professionista. I corsi Fad hanno invece il pregio di poter essere fruiti non in un'unica giornata ma quando si ha tempo, con il semplice ausilio di un PC collegato ad internet, sia da casa che dal lavoro. In quest'ultimo caso è opportuno utilizzare la riserva di ore destinata all'aggiornamento professionale (3,5 ore alla settimana). È sufficiente chiedere alla propria azienda di utilizzare i pc aziendali posti all'interno delle sale di formazione aziendale ed aprire il corso Fad.

La durata della sessione dipende da quanto tempo vogliamo dedicarci lasciando ad ognuno la libertà di programmare in totale libertà questa attività. In ogni momento il corso può essere interrotto e ripreso dal punto esatto dove lo avevamo lasciato.

Il corso Fad utilizza video e dispense e, se costruito in maniera efficace, consente di apprendere più facilmente e velocemente i concetti in esso presenti. L'unico problema è trovare il corso adatto alle nostre esigenze. L'Anaa ha pensato che non si poteva non offrire un servizio di qualità anche in questo settore.

La Fondazione Pietro Paci, che ha come unico socio fondatore il nostro sin-

dacato, è una organizzazione nata inizialmente per erogare corsi residenziali. Nel 2015 ha ottenuto dall'Agenas l'accreditamento per erogare corsi FAD e da allora ha prodotto corsi online di altissima qualità come dimostrano i lusinghieri commenti dei nostri discenti. Per tutti gli iscritti Anaa è possibile, dopo registrazione al sito www.fondazionepietropaci.com, beneficiare di tutti i corsi FAD presenti sulla piattaforma che totalizzano oltre 235 crediti Ecm. Un numero di crediti di gran lunga superiore al debito formativo triennale e che non ha eguali in Italia!

Non è stato facile decidere quale via seguire per definire i corsi da proporre. Alla fine si è optato per un approccio mirato alle evidenze scientifiche, alla ricerca delle linee guida, al clinical risk management ed ovviamente alla comprensione del contratto di lavoro.

Tra i corsi FAD non manca la disamina della nuova legge sulla responsabilità professionale con la analisi di tutti gli aspetti penali, civili, assicurativi e di responsabilità erariale.

Ogni corso è prodotto con tecnologie innovative che consentono di visualizzare una grande quantità di video, presentazioni ed interviste con esperti del settore a cui affianchiamo sempre una corposa dispensa a corredo del corso che potrà essere scaricabile per intero a conclusione del percorso formativo. Tutti i nostri corsi sono ovviamente a costo zero per gli iscritti Anaa. Se date uno sguardo ai prezzi praticati potrete verificare che il valore commerciale dei nostri corsi è di circa 500 euro (altre piattaforme, per un numero di crediti equivalente arrivano a chiedere tra i 1.200 e i 1.500 euro).

La piattaforma Pietro Paci consente inoltre di iscriversi anche ai corsi residenziali che teniamo in tutta Italia tra cui i più richiesti sono quelli sul Rischio Clinico e sulla Legge Gelli.

Se sei un segretario aziendale e vuoi organizzare un corso della Fondazione nella tua Azienda sanitaria per i tuoi iscritti (o anche per colleghi ancora non iscritti...) c'è una grossa novità per il 2019: contattaci agli indirizzi email ed ai numeri telefonici riportati sul nostro sito. Non vi sarà nessun costo per la tua segreteria aziendale né per la segreteria regionale in cui sei iscritto! In 60 giorni siamo in grado di organizzare corsi sugli argomenti che ritieni più interessanti. Erogando crediti Ecm tramite la nostra piattaforma online.

Corsi FAD già disponibili in piattaforma:

CORSO	CREDITI
Ricerca bibliografica di articoli scientifici in Pubmed	22.5
Ricerca bibliografica in Pubmed parte 2: gestione avanzata delle ricerche bibliografiche e reperimento articoli in full text	27
Clinical Risk Management per operatori sanitari Modulo base	48
Responsabilità professionale del sanitario dopo la legge 24/2017	42
ABC del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria: aspetti contrattuali e normativi	36
Come interpretare e dove reperire linee guida di elevata qualità	30
Imparare ad usare Dynamed Plus: prendere decisioni cliniche basandosi su evidenze scientifiche	30

I corsi online

ricchissimi di video e dimostrazioni pratiche, che entro fine aprile 2019 saranno disponibili in piattaforma:

- **Contare fino a 10: comunicare al paziente senza essere scomunicati (50 crediti Ecm)**
- **Il mondo di p (-value). Smitizzare la statistica senza usare geroglifici (40 crediti Ecm)**
- **Cochrane Collaboration: come usare la banca dati di Linee Guida più nota al mondo (38 crediti Ecm)**
- **Cassazione: le sentenze della Suprema Corte che hanno cambiato la professione medica (35 crediti Ecm)**
- **Up to Date: trovare la soluzione ai dubbi clinici in tempo reale (35 crediti Ecm)**
- **Gestire l'aggressività dell'utente-parente-paziente (50 crediti Ecm)**
- **Interpretazione della busta paga senza segreti: dal tabellare ai contributi previdenziali (33 crediti Ecm)**
- **I presidi per l'incannulamento venoso periferico e centrale (I parte - 40 crediti)**
- **I presidi per l'incannulamento venoso periferico e centrale (II parte - 40 crediti)**
- **Interpretare la letteratura scientifica: le basi del metodo scientifico (I parte - 35 crediti)**

Classifica Bloomberg health care efficiency 2018

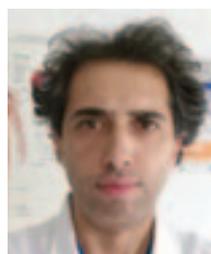
Secondo tale classifica siamo dietro solo a Spagna, Singapore ed Hong Kong e nettamente davanti a superpotenze europee come Francia (16esima) e Germania (45esima), Gran Bretagna (35esima), uscita dalle prime 10, e soprattutto gli Usa, al posto numero 54. Letto così sembrerebbe che il giocattolo funzioni, che stiamo tutti bene, che viviamo tutti più a lungo, costando poco allo Stato.

In realtà misurare l'efficienza e la qualità dei servizi di un sistema sanitario è molto più complesso. Le variegate e diversificate classifiche non sembrano essere riuscite nel tempo a mostrarci dove si colloca veramente il nostro Ssn nel confronto internazionale.

Pertanto nei vari tentativi succedutisi nel tempo di creare una attendibile classifica dei sistemi sanitari, il nostro Paese non è che il podio lo abbia visto molte volte. E il riferimento è per esempio alla classifica redatta dall'*Euro Health Consumer Index (EHCI)*, che combina i dati statistici sanitari ufficiali al livello di soddisfazione dei cittadini, e che ci ha visto crollare dal 16° posto del 2008 al 22° del 2015. Tale classifica fotografava la nostra estrema eterogeneità: "L'Italia ha la più grande differenza riferita al pro capite tra le Regioni di qualsiasi Paese europeo. Il Pil della regione più povera è solo 1/3 di quello della Lombardia (la più ricca). Anche se in teoria l'intero sistema sanitario opera sotto un Ministero centrale della salute, il punteggio dell'Italia è un mix tra il verde (livello alto) da Roma in su e il rosso (livello più basso) per le regioni meridionali". Anche il popolo del web è critico nei confronti del nostro sistema sanitario; difatti nella graduatoria *Numbeo*, un enorme database online che permette agli utenti di condividere informazioni sui costi della vita, dall'affitto ai dati sul sistema sanitario nazionale, l'Italia è molto lontana dal podio. Informazioni che sono poi confrontate dal centro di ricerca tra Paesi e continenti, creando una mappa globale precisa e costantemente aggiornata. Per la *Numbeo*, con tutti i dubbi del caso, l'Italia è

Fake news o realtà?

È stata pubblicata recentemente la classifica Bloomberg Health Care Efficiency 2018 che pone l'Italia al 4° posto al mondo in termini di efficienza, analizzando il rapporto tra costi ed aspettativa di vita. Tale classifica si rifà ai dati di Banca Mondiale, Oms, Nazioni Unite e Fmi attraverso cui si è creato un indice di efficienza sanitaria per classificare 56 Paesi al mondo che abbiano come caratteristiche una vita media di 70 anni, un Pil pro-capite superiore a 5mila dollari ed una popolazione minima di 5 milioni.



VINCENZO COSENTINI,
Responsabile regionale Anaaio Giovani Veneto



PIERINO DI SILVERIO,
Responsabile Nazionale Anaaio Giovani

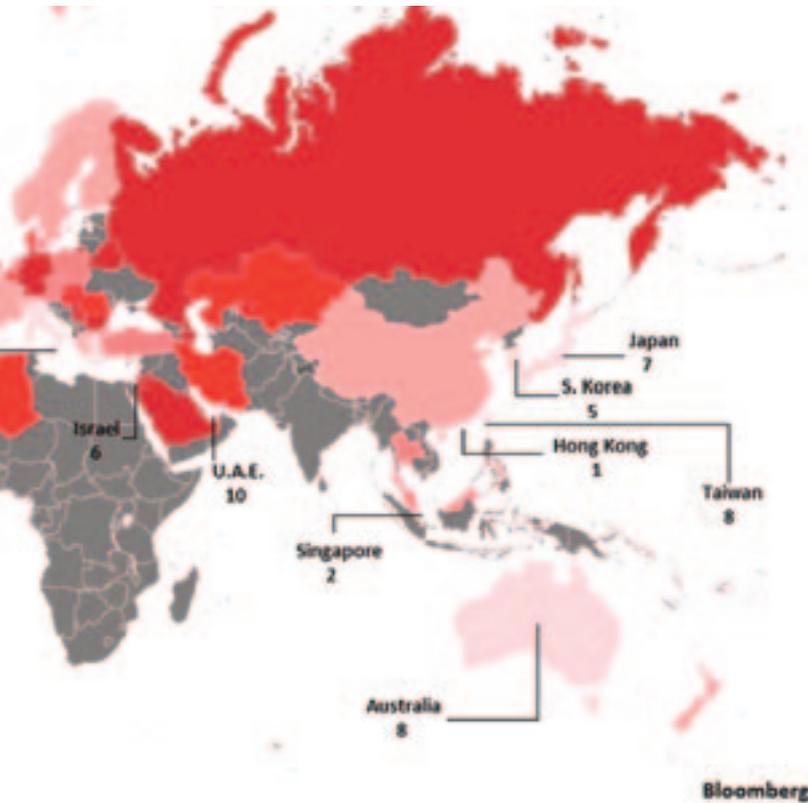
il 34° sistema sanitario al mondo nel 2016. Uno dei rapporti più completi, che però non produce una vera e propria classifica globale è invece il *Rapporto Health at a Glance*, curato dall'Ocse che vede l'Italia al 4° posto per aspettativa di vita. Ma solo al 18° per livello di spesa. E in questo senso il trend dei vari indicatori è altrettanto altalenante ed eterogeneo: "Molti indicatori sull'assistenza primaria e ospedaliera sono al di sopra della media, tuttavia l'Italia rimane arretrata rispetto ad altri Paesi sull'assistenza agli anziani e la prevenzione e in ritardo anche l'incremento dell'uso dei farmaci generici".

Alla fine come si posiziona il nostro Ssn nel confronto con gli altri sistemi in Europa e nel Mondo? Forse un indice completo e veritiero ancora non esiste. Il quadro però che emerge è chiaro: la sanità italiana è eterogenea, frammentata, divisa, con picchi di eccellenza e picchi di mediocrità.

Insomma al di là dei numeri il nostro Ssn può essere un paradiso ma anche un incubo. Infatti se proviamo ad analizzare i parametri utilizzati dalla classifica di Bloomberg noteremo varie criticità. A cominciare dalla **spesa sul personale sanitario** che paga i tanti anni di blocco del turnover da parte delle Regioni. Nell'anno del quarantesimo compleanno, il Sistema sanitario italiano è a secco di medici; ne mancano già 10mila, e nei prossimi 5 anni altri 45mila andranno in pensione con la sostituzione di 25mila unità ed il vuoto netto di circa 20 mila posti.

In questo contesto occorre ricordare che il costo del personale del Ssn si aggira

intorno al 37-38% del fondo sanitario nazionale e, di conseguenza, dei bilanci aziendali. La percentuale è del tutto coerente con il fatto che le aziende sanitarie sono aziende *labour intensive* cioè organizzazioni ad alta intensità di lavoro che si fondano principalmente sulle risorse umane e sulla qualità professionale delle donne e degli uomini che vi lavorano. Inoltre le aziende sanitarie nello scenario del pubblico impiego risultano quelle con la maggiore scolarizzazione del personale (134.000 dirigenti e quasi 400.000 quadri) che, unita ad una complessità professionale unica (tre aree negoziali con 16 profili dirigenziali e una trentina nel comparto), fa ritenere il Servizio sanitario nazionale la punta avanzata del comparto pubblico. Sono queste tutte buone ragioni per ritenere che la risorsa umana che opera in un'azienda sanitaria sia una risorsa preziosissima che va amministrate, gestita e sviluppata con grande cura e attenzione. Queste considerazioni sono tanto scontate che appare ancor più irrazionale e miope il perdurante blocco del turnover e, in generale, delle risorse finanziarie destinate al personale. Negli ultimi anni ad aggravare ulteriormente la problematica è giunta la legge 161/2014 che, in maniera sacrosanta, ha ripristinato le rigorose norme europee in tema di orario di lavoro e riposi rendendo a volte insostenibili i carichi di lavoro. Il blocco del turnover ha prodotto in definitiva una riduzione di più del 20% di personale dal 2000 al 2016, passando da un'incidenza del 39,8% al 31% sulla spesa sanitaria totale.



Crollano i redditi da lavoro dipendente nel Ssn, che intanto tra il 2011 e il 2016 hanno fatto registrare un tasso di variazione medio annuo in calo dell'1,3%. Questo mentre i consumi intermedi, ad esempio, sono schizzati dal 18,7 al 28% nello stesso arco di tempo. La Ragioneria dello Stato ha recentemente messo in evidenza l'amara constatazione del "forte rallentamento" fatto segnare dalla dinamica della spesa sanitaria corrente: "a fronte di un tasso di crescita medio annuo del 7,4% nel quinquennio 2001-2005, il tasso di crescita del quinquennio successivo scende al 3,1%", annota la Ragioneria. Aggiungendo che "tale andamento si è ulteriormente consolidato nel periodo 2011-2016, dove la spesa sanitaria registra un tasso di variazione medio annuo leggermente negativo pari a -0,1%". Non senza però precisare che "il contenimento della dinamica della spesa sanitaria ha consentito, fra l'altro, la sostanziale stabilizzazione della spesa in rapporto al Pil, nonostante le dinamiche di crescita fortemente ridimensionate per effetto della crisi economica". Così, tra il 2000-2007 "la spesa sanitaria è cresciuta in rapporto al Pil in misura significativa, passando dal 5,5% al 6,4%, pur in presenza di una dinamica di crescita del denominatore del 3,8% medio annuo in termini nominali". Dal 2008 invece il tasso di crescita del Pil nominale "è risultato molto più contenuto e addirittura negativo in alcuni anni. Nonostante ciò, la contenuta dinamica della spesa sanitaria non è sufficiente a evitare che la stessa cresca in rapporto al Pil attestandosi al 7,1%, negli anni più acuti

“
Il segreto è riuscire a spendere bene i soldi, investire a lungo termine intercettando i bisogni di salute della popolazione, destinare risorse alla formazione del personale

della crisi. Dal 2011 - aggiunge ancora a Rgs - il rapporto scende di qualche decimo di punto percentuale e, nonostante la bassa crescita economica mediamente registrata nel periodo, arriva al 6,7% nel 2016". Il sistema di monitoraggio dei Piani di rientro è allo stato molto complesso e orientato principalmente alla verifica documentale degli obiettivi economici e/o assistenziali. La riduzione del disavanzo economico rappresenta sicuramente un obiettivo fondamentale ma, dopo i primi anni di consistente riduzione, può comportare un peggioramento nella qualità dell'assistenza se non il rischio di mancata erogazione dei Lea.

Malgrado l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil per il 2019 sia prevista in lieve rialzo al 6,5%, il che nulla dice in merito al finanziamento, in termini di incremento reale e di valore assoluto, e non arresta la decrescita infelice verso l'ultimo posto tra i Paesi Ocse, la dote riservata al Fondo sanitario nazionale all'interno di una manovra da 40 miliardi largamente in deficit, rimane lo striminzito miliardo già iscritto nel bilancio dal Governo Gentiloni. Sono 114,4 mld, stanziati per il contratto 2016-2018 che i medici e dirigenti sanitari attendono ormai da 9 anni, con livelli retributivi inchiodati al 2010. In realtà stiamo velocemente perdendo il nostro vantaggio in termini di salute. Dal 2012 al 2013 circa 600 mila famiglie in meno hanno sostenuto spese socio-sanitarie *out of pocket*, 100 mila famiglie impoverite dalle stesse spese suddette e 40 mila famiglie soggette a spese elevate rispetto al reddito: ciò ha portato a 2,7 milioni di persone che hanno rinunciato a priori a sostenere spese *out of pocket* per motivi economici. A ciò si aggiunge l'inasprimento fiscale per i cittadini che risiedono nelle regioni che non riescono a mantenere l'equilibrio finanziario del Ssn.

La spesa in Italia per programmi di prevenzione e salute pubblica in rapporto con la spesa pubblica corrente è stata del 3,7%, troppo poco.

Lo scorso 27 dicembre il Sole24Ore ha pubblicato un interessante articolo nel quale si metteva in risalto il dato che, secondo i numeri, aumentare la spesa sanitaria, allunga la vita. La spesa è quella effettuata dai Governi, non dai singoli cittadini a livello di esami e visite mediche. E sia che la si guardi come percentuale del Pil, sia che la si intenda come valore pro capite, i dati dicono che più è alta, maggiore è la speranza di vita della popolazione. Per arrivare a questa conclusione *Infodata* ha incrociato due diverse fonti, entrambe riferite al-

l'anno 2015. La prima è *Eurostat*, che qualche settimana fa ha pubblicato i dati relativi alla spesa sanitaria e livello continentale: un totale di oltre mille miliardi di euro in un solo anno, con l'Italia al quarto posto con una spesa di 117 miliardi. La seconda è *Ocse*, dai cui database è stato estratto il valore riferito alla speranza di vita alla nascita. Ovviamente, non è possibile affermare che la causa di una vita più lunga sia da ricercarsi unicamente nella quantità di denaro che un Governo investe nella sanità. Gioca un ruolo fondamentale, ad esempio, lo stile di vita dei singoli (la dieta, l'esercizio fisico, il fumo). E anche il modo in cui questi soldi destinati alla sanità vengono effettivamente spesi. Esiste però quella che gli statistici chiamano correlazione positiva: i due fenomeni crescono in parallelo.

Se si guarda ad esempio alla spesa intesa come percentuale del prodotto interno lordo, a guidare la classifica è la Danimarca, che investe in questo settore l'8,6% del Pil e la sua aspettativa di vita arriva a 80,8 anni. In Lettonia, dove a questo capitolo non viene destinato che il 3,8% del Pil, l'aspettativa di vita si riduce a 74,6 anni. L'Italia è seconda per spesa sanitaria come percentuale del Pil (8,26%) ed ha un'aspettativa di vita tra le più alte a livello continentale (82,6 anni). Se si sceglie di considerare la spesa sanitaria pro capite, il divario appare ancora più evidente. In tutti i Paesi nei quali il Governo "stacca" un assegno superiore ai 2.500 euro pro capite, l'aspettativa di vita alla nascita non scende sotto gli 80 anni. Si tratta della Scandinavia e del Benelux. Dove invece si rimane sotto i 1.500 euro di spesa sanitaria pro capite, in due casi su tre la speranza di vita non raggiunge quota 80. Anche in questo caso la Spagna rappresenta un'eccezione positiva: 1.434,50 euro spesi annualmente per ogni cittadino dal Governo e un'aspettativa di vita che raggiunge gli 83 anni. E poi c'è l'Italia, che sta nel mezzo: qui si raggiungono gli 82,6 anni di speranza di vita con una spesa pro capite di 1.924,68 euro pro capite l'anno.

Al termine di questa carrellata di dati possiamo affermare con certezza che spendere in sanità non sempre è sinonimo di migliorare. Il segreto è riuscire a spendere bene i soldi, investire a lungo termine intercettando i bisogni di salute della popolazione, destinare risorse alla formazione del personale. Basterebbe semplicemente mescolare con cura risorse per il personale, corretta programmazione ed investimenti mirati per ottenere un elisir di lunga vita.

Medici in Europa.

Tra disuguaglianze e crisi dei sistemi sanitari

La professione del medico è un lavoro senza frontiere. Ai diversi motivi che hanno sempre spinto i medici a spostarsi, ragioni accademiche o di ricerca o di spirito umanitario, si è aggiunto ora un altro fattore: le disuguaglianze nelle condizioni di lavoro. Questo fenomeno ha raggiunto ora proporzioni allarmanti per gli equilibri dei diversi sistemi sanitari nazionali, aggravato anche dalla prospettiva della carenza trasversale in Europa, a partire dal 2020, di professionisti della salute.

Un problema che coinvolge l'intera Unione Europea deve essere necessariamente studiato a livello delle istituzioni Ue ed è per questo che la Fems (European Federation of Salaried Doctors, di cui l'Anao Assomed è membro attivo e fortemente partecipativo) ha convocato lo scorso 21 Settembre a Bruxelles, presso la European Economic and Social Committee, rappresentanti delle Istituzioni Europee, esperti di politica sanitaria, rappresentanti delle maggiori organizzazioni mediche eu-

ropee per discutere insieme dello stato attuale e di possibili soluzioni da mettere in campo.

Analizzare il fenomeno migratorio dei medici è una azione complessa. È necessario tenere in considerazione:

- Numero assoluto dei medici emigrati e numero relativo rispetto alla popolazione medica
- Numero di medici attivi nel territorio, con una ulteriore distinzione tra operanti nel settore pubblico o privato (la tendenza della Ue è sempre

a difesa di una sanità pubblica)

- Titolo di studio dei medici migranti: neo laureati (Romania, Repubblica Ceca), in formazione specialistica (Cipro) o già specialisti (Italia)
- La percentuale di quanti emigrano a scopo di studio per poi tornare (come accade in Olanda, Islanda, Irlanda)

I flussi migratori dei medici non possono essere semplificati in traiettorie unidirezionali (da est verso ovest e da sud verso nord). Ogni Stato (ad esclusione dei virtuosissimi Paesi scandinavi, Danimarca e Olanda) vede una quota di medici in partenza ed una in arrivo ed in questo continuo dare-avere (complice anche la natura umana a volte insoddisfatta e le radici della professione medica che insegnano al confronto e al dialogo) iniziano ad insinuarsi Paesi extraeuropei, quali Emirati Arabi, sud America, Israele, Canada.

Risultano così Paesi fortemente in perdita (Romania, Italia, Grecia), Paesi in discreto equilibrio (Francia, grazie alla migrazione dai Paesi africani francofoni, Spagna e Portogallo dal Sudamerica) e Paesi con un forte ingresso di



professionisti già o in parte formati. La Brexit contribuirà al turbamento di tali equilibri. Una Survey, condotta nel 2017 dalla British Medical Association, ha dimostrato che oltre il 40% dei medici non inglese, che attualmente lavorano in Uk, sta pianificando di lasciare il Paese con destinazione Germania (22%), Spagna (9%) e Paesi fuori Ue (più del 15%).

Diseguaglianze nelle condizioni di lavoro dei medici sono presenti sin dal percorso formativo, non solo tra i diversi paesi europei, ma a volte all'interno di una stessa nazione. Questo fenomeno porta più facilmente ad una migrazione di studenti perché, in linea generale, uno studente ha meno motivazioni per trovarsi radicato in un territorio. Nonostante l'evidenza di tale osservazione, non ci sono dati che dimostrino effetti sulla pratica clinica dei diversi percorsi formativi.

Ad aggravare lo squilibrio concorre anche la differente applicazione della Direttiva sull'orario di lavoro, e le diverse interpretazioni, a livello nazionale, che la Direttiva solleva a causa delle indicazioni generiche che in alcuni

punti pone. La stessa Commissione che cura l'applicazione della Direttiva, riconosce nella carenza di personale la prima causa di violazione e coglie la necessità di superare con emendamenti futuri quelle difficoltà applicative che la legge ha nel campo sanitario (continuità di servizio, contrapposizione tra benessere del lavoratore e sicurezza del paziente, ecc.).

La carenza di personale, e le suggestioni economiche di molti Paesi, stanno anche indirizzando la commissione a riflettere sulla possibilità di riconoscere il lavoro svolto in ospedale di guardia non attivo (quando si è di guardia ma non si sta effettivamente lavorando) come non orario di lavoro. Il grido di protesta dei sindacati e delle associazioni dei medici è stato immediato e l'Anaao si è fatta portavoce, tramite la FEMS, di studiare e proporre emendamenti che chiaramente arrestino questa deriva opportunistica e che tutelino gli aspetti più critici della nostra professione.

Nel corso della conferenza, sono stati presentati, da un rappresentante della Oecd, dati importanti che offrono chiavi di lettura, sia a livello nazionale che europeo.

Negli ultimi 15 anni (dati Oecd 2002-2017), il Pil di tutti gli Stati membri è andato aumentando ma l'Italia rimane vero fanalino di coda per percentuale di crescita (inferiore all'1%), partecipazione alla forza lavoro (56%) e tasso di disoccupazione (11%). Conseguenza dello scarso investimento è un debole miglioramento nella qualità della vita (misurata secondo 11 parametri statistici che combinano dati oggettivi e soggettivi).

L'Italia rimane comunque, preceduta solo dalla Spagna, il Paese con la più alta aspettativa di vita.

Tendenza comune a tutti i paesi Ue, è una spesa per il settore sanitario, intesa come percentuale del Pil, tendenzialmente stabile nel corso degli anni. Ma, come emerso nella discussione, non ha senso definire una soglia di % Pil adeguato per il settore Sanità, perché è necessario conoscere il valore assoluto dei soldi che si mettono a disposizione (per esempio il Lussemburgo investe solo il 6.1% ma ha un Pil elevatissimo), le competenze di chi decide come investirli (importanza della medical leadership e di riconoscere i medici come veri stakeholders delle politiche sanitarie) e gli eventuali sprechi. Rimane comunque il fatto che l'Italia è



ALESSANDRA SPEDICATO

Capo delegazione Anaao Assomed per la Fems

“**È necessario incoraggiare i medici ad un maggior impegno politico e ad una riflessione che esca dai confini delle proprie mura ospedaliere.**

L'Anaao dimostra di saper guardare a Bruxelles e a Roma per tutelare i diritti di chi ogni giorno lavora per il bene del paziente.

Fems. European Federation of Salaried Doctors

sotto la media europea del 9.6% di Pil dedicato alla sanità.

Evidente è la necessità di una Commissione europea per la sanità che sia forte. Tutte le politiche europee devono ambire al più alto livello di tutela della salute. Vi sono numerose aree di interesse a livello comunitario che influenzano il settore della salute e delle cure sanitarie e sono però gestite da differenti direttorati nella Commissione europea. Questa situazione determina il subentrare di diversi interessi in gioco, nei quali spesso si perde di vista l'obiettivo salute, rimpiazzato dalle agende economiche (per esempio il tentativo di applicazione di logiche industriali e commerciali per la standardizzazione dei servizi sanitari, oppure di muovere il portfolio dei farmaceutici e dei medical devices, da Dg Sante a Dg Grow). Questo causa anche l'allontanamento di stakeholder competenti (le associazioni di medici) dai processi decisionali e dalle discussioni.

Nel 2017 nel *white Paper in future of Europe*, in modo esplicito, si è dichiarato che l'area sanitaria è un'area dove l'influenza europea dovrebbe ridursi (spazio alla sussidiarietà) e nel 2018, il Presidente Juncker non ha fatto alcun riferimento al tema salute nel suo discorso sullo stato dell'Unione.

Nella proposta di budget di maggio 2018 non vi è un programma sanitario dedicato ma le risorse risultano allocate nel capitolo più generico intitolato "Investimenti in persone, coesione sociale e valori europei". Può questo passaggio determinare la perdita di un supporto politico di alto livello per le politiche sanitarie? O vi sono i presupposti (ottimistici) per pensare alla salute dei cittadini come parte di una visione più ampia e inclusiva di cura della persona? Il continuo defianziamento della sanità pubblica farebbe propendere per la prima ipotesi.

Vi è dunque la necessità di una continua attenzione sulle politiche Europee da parte dei professionisti della sanità. È necessario incoraggiare i medici ad un maggior impegno politico e ad una riflessione che esca dai confini delle proprie mura ospedaliere.

L'Anaao dimostra di saper guardare a Bruxelles e a Roma per tutelare i diritti di chi ogni giorno lavora per il bene del paziente.

La procreazione medicalmente assistita e l'intervento della diagnostica microbiologica nelle cause di insuccesso

I dati ufficiali relativi al 2016 indicano in 13.582 i nati da Procreazione medicalmente assistita (Pma) che rappresentano il 2,9% del totale delle nascite.

I cicli di Pma effettuati sono stati 97.656 ed hanno interessato circa 77 mila coppie. La percentuale di esiti positivi è del 7-13% per le tecniche più semplici e non supera il 25% per quelle più complesse.

Le cause di fallimento di queste procedure sono rappresentate dall'età avanzata della coppia (prevalentemente quella femminile; cause genetiche; infezioni dell'apparato genitale femminile e maschile e infezioni sessualmente trasmissibili (Hiv, Hpv, Virus Epatite B e C, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae e Mycoplasma spp). Mentre le cause genetiche ed il fattore età sono state abbondantemente studiate e vengono particolarmente prese in considerazione nel corso delle procedure di Pma la diagnostica microbiologica delle infezioni è ancora piuttosto trascurata per molteplici fattori ma non bisogna mai dimenticare che batteri e virus sono in grado di alterare i parametri seminali, l'ambiente vaginale ed endouterino, riducendo profondamente le probabilità di fertilità naturale e i risultati positivi delle tecniche di Pma.

La normativa vigente per la Pma risulta confusa e lacunosa per quanto concerne la diagnosi microbiologica di infezioni. Il 15 marzo 2012 la Presidenza del Consiglio dei Ministri e la Conferenza Permanente Stato-Regioni rifacendosi alla legge n°40/2004 definiscono le indagini pre-trattamento indicando solo le ricerche anticorpali per Hiv, Epatite B e Epatite C. A parziale in-



PIERANGELO CLERICI
Componente Direttivo nazionale settore Dirigenza sanitaria, Presidente Associazione Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) e Presidente Fismelab

tegrazione di ciò la Conferenza Stato-Regioni a seguito della sentenza della Corte Costituzionale nr.162 del 2014 redige un documento avente per oggetto le problematiche legate alla fecondazione eterologa che prevede per i donatori come test di screening quelli già indicati ma integrati da test di biologia molecolare e i test sierologici per Sifilide e Citomegalovirus e in più i test batteriologici per N. gonorrhoeae, M. hominis, U. urealiticum e C. trachomatis nel liquido seminale e nelle urine per l'uomo e mediante tampone cervico-vaginale nella donna. Nelle linee guida del 2015 per la Pma previste dalla 40/2004 si ritorna a far riferimento, in maniera riduttiva al Dm 10/1198.

Le problematiche infettivologiche che possono indurre infertilità e quindi portare alla Pma sono purtroppo in aumento soprattutto per quanto concerne le infezioni sessualmente trasmesse come mostrano i dati del sistema di sorveglianza sentinella dell'Iss basato sulla rete dei laboratori di microbiologia e dei centri clinici per malattie sessualmente trasmissibili.

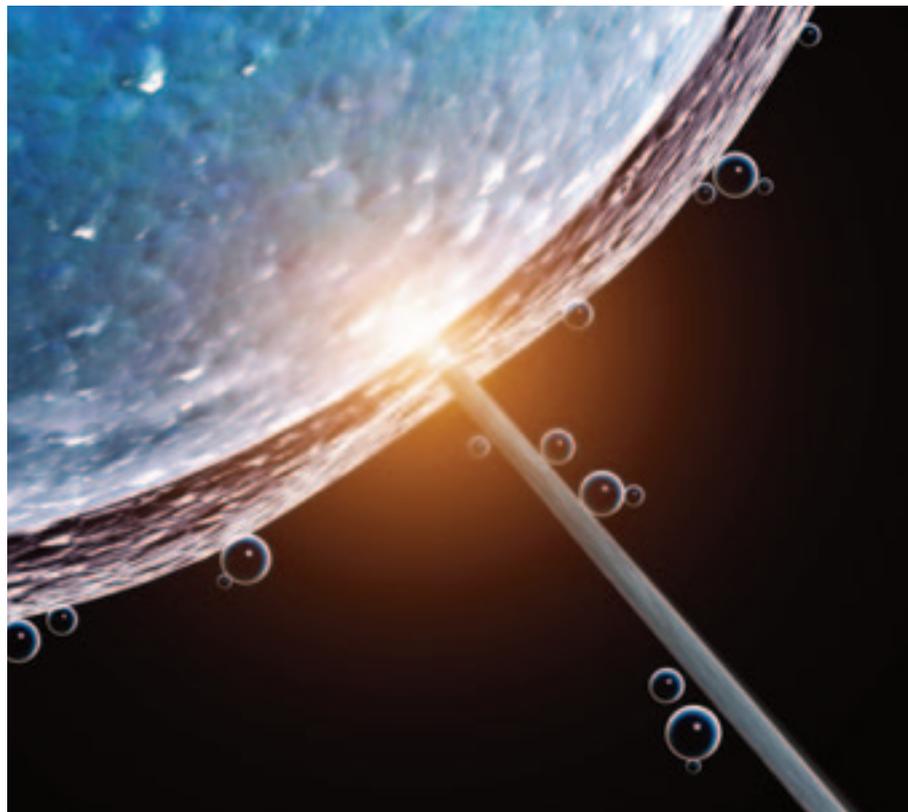
Analizzando questi dati si nota come le infezioni per C. trachomatis ad esempio, sono presenti nel 16% della popolazione femminile soprattutto nell'età compresa tra i 15 e i 24 anni e, risultando spesso asintomatica, queste infezioni vengono rilevate durante gli accertamenti per l'infertilità quando ormai l'intervento terapeutico non risulta più efficace e la compromissione è irreversibile.

Per quanto concerne l'infezione da N. gonorrhoeae il dato complessivo di prevalenza è dello 0,5%, nei maschi del 2,5 e nelle donne dello 0,2.

È quindi fondamentale considerare non il singolo partner bensì la coppia nel suo insieme sia per ridurre la probabilità di persistenza e trasmissione delle infezioni all'interno della coppia sia perché anche le infezioni di lieve entità, se presenti in entrambi i partner, possono costituire un fattore di rischio di infertilità.

Appare evidente come per affrontare all'origine le problematiche di infertilità di natura infettivologica bisognerebbe intervenire con importanti campagne di informazione per le infezioni sessualmente trasmissibili ed al contempo procedere con diffuse campagne di screening nella popolazione compresa tra i 16 ed i 25 anni.

Per quanto concerne invece la diagnostica microbiologica da eseguire nelle 366 strutture pubbliche e private che si occupano di medicina della riproduzione si dovrebbero definire linee guida condivise tra le Società scientifiche che sono coinvolte nei vari aspetti della Pma al fine di poter diagnosticare e trattare in maniera univoca nei centri Pma chi vi si rivolge. Non di poco conto è la necessità di avere a disposizione sistemi diagnostici ad alta sensibilità e specificità che pongano tutti i Centri nelle stesse condizioni operative anche per un'interpretazione univoca dei dati.





FONDAZIONE PIETRO PACI

LA FORMAZIONE AL TOP!

WWW.FONDAZIONEPIETROPACI.COM

*IL SITO NUMERO 1
PER CREDITI ONLINE*

4.300
PROFESSIONISTI
FORMATI

76
CORSI
EROGATI

230
CREDITI
ONLINE



Servizi Anaaao Assomed

A DISPOSIZIONE DEGLI
ISCRITTI UN AVVOCATO
PER LA CONSULENZA E
DIFESA STRAGIUDIZIALE



06 4245741

lunedì mercoledì venerdì



spedisci il tuo quesito a
servizi@anaao.it