

d!

d!rigenza medica

- 3 **Autonomia differenziata**
Incostituzionali
sette profili della legge
- 6 **Università**
Il numero chiuso
non è stato abolito, è stato reso
meno meritocratico
- 14 **Dirigenza sanitaria**
Sinergia tra intelligenza
umana e artificiale

Il mensile dell'Anaao Assomed



Varato
il Decreto
1000
PROROGHE

DI SILVERIO:

“Ok la proroga dello scudo penale. Ora la riforma della responsabilità medica”

SCOPRI TUTTI I
SERVIZI RISERVATI
AGLI ISCRITTI



Iscrizioni
Anaao
Assomed

Io scelgo
L'ANAAO

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

Pat Carra per l'Anaao Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

Editore
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

Ufficio Commerciale
SICS - 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 XXIII
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 dicembre 2024

Varato il Decreto

1000 PROROGHE

Ecco tutte le misure d'interesse sanitario

Proroga di un anno dello scudo penale per i medici così come per l'entrata in vigore delle nuove regole per l'accreditamento delle strutture private. Condono tombale per le multe a chi non aveva ottemperato all'obbligo di vaccinazione anti covid. Andranno poi a regime, senza ulteriori proroghe, le disposizioni che consentono ai medici iscritti al Corso di formazione in medicina generale di partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali.

E ancora prorogata al 31 dicembre 2025 la possibilità per le aziende sanitarie di procedere al reclutamento di medici specializzandi dal secondo anno, conferendo incarichi di lavoro autonomo; conferire incarichi individuali a tempo determinato, previo avviso pubblico, al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari con procedure semplificate e di conferire incarichi a tempo determinato, con le medesime procedure semplificate, per la durata di sei mesi, anche ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso. Prorogato al 31 dicembre 2025 lo stanziamento per i piani regionali per il recupero delle liste d'attesa incrementandolo fino ad un massimo dello 0,7% del fondo sanitario. E si proroga al 31 marzo 2025 il termine dell'esenzione dall'obbligo di fatturazione elettronica delle prestazioni sanitarie verso consumatori finali.

Sono solo alcune delle misure del Decreto Milleproroghe approvato dal Consiglio dei Ministri.

Le misure per la sanità:

Si sopprime il termine vigente del 31 dicembre 2024 entro il quale gli organi liquidatori della procedura di liquidazione coatta amministrativa dell'Ente strumentale alla Croce Rossa dovrebbero concludere le loro attività.

Proroga di un anno dello scudo penale per i medici, abrogate le multe ai no vax. Novità anche su liste d'attesa e specializzandi in corsia

Prorogata di un anno anche l'entrata in vigore delle nuove regole per l'accreditamento delle strutture private.

Slitta al 31 marzo 2025 il termine dell'esenzione dall'obbligo di fatturazione elettronica delle prestazioni sanitarie verso consumatori finali.

Va a regime la possibilità per i medici iscritti al Corso di formazione in medicina generale di partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali.

Si proroga al 31 dicembre 2025 il termine che consente l'esercizio temporaneo nel territorio nazionale delle qualifiche professionali sanitarie e della qualifica di operatore socio-sanitario ai cittadini ucraini, residenti in Ucraina prima del 24 febbraio 2022, in base a una qualifica professionale conseguita all'estero regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea.

Si proroga al 31 dicembre 2025 la possibilità per le aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale di:

procedere al reclutamento di medici specializzandi, dal secondo anno, conferendo incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi prorogabili, anche in deroga alle normative vigenti;

conferire incarichi individuali a tempo determinato, previo avviso pubblico, al personale delle professioni sanitarie e agli operatori

socio-sanitari con procedure semplificate, qualora risulti impossibile utilizzare il personale già in servizio o ricorrere agli idonei collocati nelle graduatorie concorsuali in vigore;

conferire incarichi a tempo determinato, con le medesime procedure semplificate, per la durata di sei mesi, anche ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione.

Si proroga al 31 dicembre 2025 la possibilità per le aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale di procedere al reclutamento di laureati in medicina e chirurgia, abilitati e iscritti agli ordini professionali, anche se privi della specializzazione.

Si proroga al 31 dicembre 2024 il periodo entro il quale deve essere maturato il requisito di tre anni di servizio per partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del

Di Silverio: “Bene la proroga dello scudo penale, ma siamo ancora al palo sulla riforma della responsabilità medica”



“La proroga dello scudo penale a tutto il 2025, risponde a una richiesta dell’Anaa Assomed di tutela dei professionisti sanitari, in attesa di porre basi solide per una riforma organica della responsabilità medica che ad oggi non vede miglioramenti nella proposta della commissione D’Ippolito”.

Questo il commento del Segretario Nazionale Anaa Assomed, Pierino Di Silverio al via libera al Decreto Milleproroghe.

“Ribadiamo con forza che non miriamo all’impunità dei professionisti – ha sottolineato il segretario nazionale – ma chiediamo garanzie per lavorare in serenità. Oggi non ci sentiamo tutelati, sostenuti, rispettati e siamo sempre più isolati nei luoghi di lavoro. Curare in sicurezza migliora la qualità del lavoro e rende più sicuri medici e pazienti”.

l’assegnazione degli incarichi convenzionali. Si prevede la possibilità di mantenere gli incarichi già assegnati al momento dell’iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale e si specifica che tra gli incarichi convenzionali assegnabili sono inclusi quelli provvisori e di sostituzione, anche ai fini del riconoscimento delle ore di formazione.

Si portano a regime le disposizioni che permettono agli specializzandi in medicina generale e in pediatria di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina ge-

Servizio sanitario nazionale nella disciplina di Medicina d’emergenza-urgenza, anche in assenza di un diploma di specializzazione.

Si proroga al 30 aprile 2025 il termine per la rilevazione del fatturato di ciascuna azienda titolare di AIC (Autorizzazione immissione in commercio) sulla base dei dati delle fatture elettroniche.

Si proroga al 31 dicembre 2025 il termine di validità dell’iscrizione nell’elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Ssn.

Si proroga al 31 dicembre 2025 la sospensione dell’efficacia delle disposizioni regolamentari in materia di raccolta di sangue e di emocomponenti da parte di laureati in medicina e chirurgia abilitati.

Si proroga al 31 dicembre 2025 il termine entro il quale le regioni e delle province autonome provvedono ad adeguare il loro ordinamento alle disposizioni sull’accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie autorizzate, pubbliche o private e per i professionisti che ne facciano richiesta, nonché per le organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l’erogazione di cure domiciliari, nonché la stipula di accordi contrattuali.

Si proroga al 31 dicembre 2025 l’applicazione della limitazione della punibilità ai soli casi di dolo e colpa grave (prevista nel periodo di emergenza Covid-19), in relazione ai fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale - omicidio colposo e lesioni personali colpose - commessi nell’esercizio di una professione sanitaria, in situazioni di grave carenza di personale sanitario.

Si proroga al 31 dicembre 2025 il termine per ottenere gli incentivi per la riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale.

Si modificano, in modo da mandarle a regime senza ulteriori proroghe, le disposizioni che consentono ai medici iscritti al Corso di formazione in medicina generale di partecipare al-

nerale, durante il percorso formativo, di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, consentendo di valorizzare l’attività svolta quale attività pratica ai fini della formazione.

Si proroga al 31 dicembre 2025 lo stanziamento per i piani regionali per il recupero delle liste d’attesa incrementandolo fino ad un massimo dello 0,7% del fondo sanitario.

Si proroga al 31 marzo 2025 il termine entro il quale gli enti del Servizio Sanitario della Regione Calabria sono autorizzati ad approvare i bilanci aziendali relativi agli anni precedenti il 2022.

Si proroga al 31 dicembre 2025 il termine per il completamento della realizzazione del nuovo complesso ospedaliero della città di Siracusa e, conseguentemente, la durata dell’incarico del Commissario straordinario.

Si proroga al 31 marzo 2025 il termine dell’esenzione dall’obbligo di fatturazione elettronica delle prestazioni sanitarie verso consumatori finali.

Si abrogano, in modo da non dover procedere con una ulteriore proroga, le norme relative alle sanzioni pecuniarie in materia di obbligo vaccinale per la prevenzione dell’infezione da virus SARS-CoV-2, previste dall’articolo 4-sexies del decreto-legge 10 aprile 2021, n. 44, con conseguente annullamento delle sanzioni pecuniarie già irrogate e non riscosse e relativo discarico.

**Autonomia
differenziata**

**La sentenza
della Corte Costituzionale:**

INCOSTITUZIONALI

sette profili della legge

Secondo il Collegio, l'art. 116, terzo comma, della Costituzione (che disciplina l'attribuzione alle regioni ordinarie di forme e condizioni particolari di autonomia) deve essere interpretato nel contesto della forma di Stato italiana.

“Essa riconosce, insieme al ruolo fondamentale delle regioni e alla possibilità che esse ottengano forme particolari di autonomia, i principi dell'unità della Repubblica, della solidarietà tra le regioni, dell'eguaglianza e della garanzia dei diritti dei cittadini, dell'equilibrio di bilancio”.

“I Giudici ritengono che la distribuzione delle funzioni legislative e amministrative tra i diversi livelli territoriali di governo, in attuazione dell'art. 116, terzo comma, non debba corrispondere all'esigenza di un riparto di potere tra i diversi segmenti del sistema politico, ma debba avvenire in funzione del bene comune della società e della tutela dei diritti garantiti dalla nostra Costituzione. A tal fine, è il principio costituzionale di sussidiarietà che regola la distribuzione delle funzioni tra Stato e regioni. In questo quadro, l'autonomia differenziata deve essere funzionale a migliorare l'efficienza degli apparati pubblici, ad assicurare una maggiore responsabilità politica e a meglio rispondere alle attese e ai bisogni dei cittadini”, spiega la Consulta.

Incostituzionalità di sette profili della legge

La Corte Costituzionale, nell'esaminare i ricorsi delle Regioni Puglia, Toscana, Sardegna e Campania, le difese del Presidente del Consiglio dei ministri e gli atti di intervento ad opponendum delle Regioni Lombardia, Piemonte e

La Corte Costituzionale con sentenza emanata lo scorso novembre ha ritenuto non fondata la questione di costituzionalità dell'intera legge sull'autonomia differenziata delle regioni ordinarie (n. 86 del 2024), considerando invece illegittime specifiche disposizioni dello stesso testo legislativo

Veneto, ha quindi ravvisato l'incostituzionalità di sette profili della legge sull'autonomia differenziata:

- **la possibilità** che l'intesa tra lo Stato e la regione e la successiva legge di differenziazione trasferiscano materie o ambiti di materie, laddove la Corte ritiene che la devoluzione debba riguardare specifiche funzioni legislative e amministrative e debba essere giustificata, in relazione alla singola regione, alla luce del richiamato principio di sussidiarietà;
- **il conferimento** di una delega legislativa per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP) priva di idonei criteri direttivi, con la conseguenza che la decisione sostanziale viene rimessa nelle mani del Governo, limitando il ruolo costituzionale del Parlamento;
- **la previsione** che sia un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (dPCm) a determinare l'aggiornamento dei LEP;
- **il ricorso** alla procedura prevista dalla legge n. 197 del 2022 (legge di bi-

lancio per il 2023) per la determinazione dei LEP con dPCm, sino all'entrata in vigore dei decreti legislativi previsti dalla stessa legge per definire i LEP;

- **la possibilità** di modificare, con decreto interministeriale, le aliquote della compartecipazione al gettito dei tributi erariali, prevista per finanziare le funzioni trasferite, in caso di scostamento tra il fabbisogno di spesa e l'andamento dello stesso gettito; in base a tale previsione, potrebbero essere premiate proprio le regioni inefficienti, che – dopo aver ottenuto dallo Stato le risorse finalizzate all'esercizio delle funzioni trasferite – non sono in grado di assicurare con quelle risorse il compiuto adempimento delle stesse funzioni;

- **la facoltatività**, piuttosto che la doverosità, per le regioni destinatarie della devoluzione, del concorso agli obiettivi di finanza pubblica, con conseguente indebolimento dei vincoli

di solidarietà e unità della Repubblica;

- **l'estensione** della legge n. 86 del 2024, e dunque dell'art. 116, terzo comma, Cost. alle regioni a statuto speciale, che invece, per ottenere maggiori forme di autonomia, possono ricorrere alle procedure previste dai loro statuti speciali.

La Corte ha interpretato in modo costituzionalmente orientato altre previsioni della legge:

- **l'iniziativa** legislativa relativa alla legge di differenziazione non va intesa come riservata unicamente al Governo;

- **la legge** di differenziazione non è di mera approvazione dell'intesa ("prendere o lasciare") ma implica il potere di emendamento delle Camere; in tal caso l'intesa potrà essere eventualmente rinegoziata;

- **la limitazione** della necessità di predeterminare i LEP ad alcune materie (distinzione tra "materie LEP" e "materie-no LEP") va intesa nel senso che, se il legislatore qualifica una materia come "no-LEP", i relativi trasferimenti non potranno riguardare funzioni che attengono a prestazioni concernenti i diritti civili e sociali;

- **l'individuazione**, tramite partecipazioni al gettito di tributi erariali, delle risorse destinate alle funzioni trasferite dovrà avvenire non sulla base della spesa storica, bensì prendendo a riferimento costi e fabbisogni standard e criteri di efficienza, liberando risorse da mantenere in capo allo Stato per la copertura delle spese che, nonostante la devoluzione, restano comunque a carico dello stesso;

- **la clausola** di invarianza finanziaria richiede - oltre a quanto precisato al punto precedente - che, al momento della conclusione dell'intesa e dell'individuazione delle relative risorse, si tenga conto del quadro generale della finanza pubblica, degli andamenti del ciclo economico, del rispetto degli obblighi eurounitari.

"Spetta al Parlamento, nell'esercizio della sua discrezionalità, colmare i vuoti derivanti dall'accoglimento di alcune delle questioni sollevate dalle ricorrenti, nel rispetto dei principi costituzionali, in modo da assicurare la piena funzionalità della legge. La Corte resta competente a vagliare la costituzionalità delle singole leggi di differenziazione, qualora venissero censurate con ricorso in via principale da altre regioni o in via incidentale", ha concluso la Consulta.

“

Spetta al Parlamento, nell'esercizio della sua discrezionalità, colmare i vuoti derivanti dall'accoglimento di alcune delle questioni sollevate dalle ricorrenti, nel rispetto dei principi costituzionali, in modo da assicurare la piena funzionalità della legge

Di Silverio: “La sentenza della Consulta conferma i dubbi dell'Anaa”

“**La sentenza della Consulta** sulle questioni di costituzionalità relative alla legge sull'autonomia differenziata conferma i dubbi e le critiche che Anaa Assomed ha da subito avanzato”. È quanto ha dichiarato Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anaa Assomed: “La Consulta infatti ha affermato chiaramente che ogni provvedimento attuativo della Costituzione debba essere ispirato ai principi di solidarietà, cooperazione, unità, oltre che a quella coesione sociale, caposaldo mediatico del partito di maggioranza. E giudica imprescindibile l'intervento del Parlamento nel definire le necessarie motivazioni di ogni trasferimento, sotto il controllo della Consulta stessa per evitare di parcellizzare o differenziare diritti inalienabili come quello della salute”.

“Insomma – prosegue il segretario nazionale – la legge 86/2024 è rimandata se non bocciata del tutto e affonda il tentativo delle Regioni che chiedono l'autonomia di gestire pezzi di Stato senza addurre alcuna motivazione, se non l'aneddotica, falsa, di una maggiore efficienza regionale. Come il federalismo in sanità dimostra con il corredo di disuguaglianze che ha prodotto”. La sentenza inoltre ha ridotto il numero delle materie oggetto di autonomia, chiarito che si possono trasferire funzioni e non intere materie, ribadito che il punto cruciale sono i Leps, difficili da realizzare se rimane quella invarianza di risorse prevista dalla stessa legge. Specialmente nel sistema sanitario che ha visto fallire il primo vero esperimento di federalismo, ovvero la regionalizzazione delle cure. “Potenziare il regionalismo in sanità – aggiunge Di Silverio – significa rendere l'accesso alle cure, e i loro esiti, funzione del reddito e della residenza, per cui chi risiede in Regioni ‘forti’ e avrà soldi si curerà, gli altri potranno solo aspettare in liste di attesa che ormai si misurano in anni. Sottraendo al diritto alla salute una dimensione nazionale con forti rischi per l'integrazione sociale e la stessa unità del Paese.

Invece di concentrarsi su come far passare l'idea che tutto sia rimasto invariato, e che la sentenza dia le istruzioni per l'uso dell'autonomia differenziata – conclude Di Silverio – il Governo farebbe meglio a interrogarsi seriamente sull'effettiva utilità di proseguire su una strada impervia, che fa male al Nord come al Sud moltiplicando il caos amministrativo. E dovrebbe anche abbandonare visioni secessioniste, e anticostituzionali, per intraprendere percorsi di condivisione di obiettivi ed esigenze, in una società che ha bisogno, oggi più di ieri, di maggiore coesione sociale e territoriale e certezza della esigibilità dei diritti”.

Risposte insufficienti alla sicurezza di medici e pazienti

L'Anaao Assomed
commenta la relazione
della Commissione D'Ippolito

La riforma della responsabilità professionale proposta dalla Commissione D'Ippolito non risponde in alcun modo all'esigenza di sicurezza invocata dall'Anaao Assomed a nome di una classe medica oggetto di delegittimazione, denunce e diffamazione.

Premettiamo, dato non da poco, che la Commissione in questione non ha al suo interno neanche un membro indicato dal Ministero della Salute, messaggio chiaro e preoccupante, segno tangibile di una assenza quanto meno di dialogo tra due Ministeri che invece dovrebbero agire insieme su un tema delicato come questo. Come se la questione della responsabilità delle professioni sanitarie fosse solo una questione di codici e di giudici.

Ma analizziamo lo specifico:

Si introduce l'istituto della *notizia criminis* temeraria, che trova la nostra soddisfazione in quanto possibile deterrente per le cause 'inutili' e strumentali, se no forse per il fatto che non sarà automatica, ovvero il medico, dopo anni di pressioni psicologiche dovrebbe intentare una nuova causa.

La sostituzione delle linee guida con le buone pratiche cliniche ci lascia perplessi perché faticiamo a comprendere come si possa giudicare l'operato del medico attraverso delle indicazioni, quali sono le buone pratiche cliniche, che, ricordiamo, hanno un rango scientifico inferiore alle linee guida. Evidente l'assenza, all'interno della Commissione, di un medico specialista in servizio, con particolari e specifiche competenze che avrebbe potuto evidenziare le differenze esistenti tra raccomandazioni, buone pratiche cliniche e linee guida e soprattutto che avrebbe potuto Chiarire il grande caos che regna tra linee guida e buone pratiche cliniche.

Si introduce, poi, la figura del consulente tecnico che dovrebbe avere almeno pari professionalità di quella del medico giudicato. Una previsione di difficile applicazione perché non sarà facile garantire la pari professionalità se non attraverso l'identificazione del ruolo

che ciascun operatore sanitario ricopre all'interno del Ssn. Nel caos di quelle professioni che non prevedono una distinzione di ruoli, come verrà assicurata la pari professionalità del consulente tecnico?

Ma è la trattazione della colpa grave che rappresenta il vero limite di tutto l'impianto della proposta, il tema su cui ci aspettavamo cambiasse qualcosa, che invece resta inalterato per impossibilità, ci dicono, di modificare l'attuale impianto ordinamentale.

Ora non vogliamo sostituirci a chi le leggi le scrive ma ci sembra addirittura un passo indietro rispetto allo 'scudo penale' ottenuto la scorsa anno e per altro in scadenza.

Ma in fondo non è neanche una questione di depenalizzazione, quanto di un percorso che porta alla assoluzione dei colleghi nel 97% dei casi che non viene intaccato se non marginalmente. Il problema da affrontare non è tanto la dimostrazione della colpa quanto la presunzione di colpa che determina un corto circuito tra indagato, imputato e condannato. Prima ancora che si aprano le aule del tribunale.

Avevamo chiesto di sostituire il concetto di risarcimento con il concetto di indennizzo, che non presuppone la ricerca di un colpevole e salvaguarda i diritti dei cittadini, in analogia a quanto fanno diversi paesi europei, avevamo chiesto la creazione di una commissione terza che potesse prendere in carico le richieste di indennizzo e analizzarle, prima di avviare un percorso di responsabilità penale, avevamo chiesto di rendere obbligatoria la procedura di conciliazione prima di adire le vie legali.

Avevamo chiesto quantomeno di agire sul regime di decorrenza del termine di prescrizione del reato, evitando che, in alcuni casi, il medico si possa trovare a subire a distanza di anni, per la medesima condotta, una doppia imputazione, sia per il reato di lesioni personali colpose (art. 589

c.p.) che per quello di omicidio colposo (art. 590 c.p.).

Avevamo chiesto di agire sul percorso di imputabilità del denunciato, per evitare un processo che, se pure si conclude con una assoluzione quasi certa, comporta un prezzo elevato in termini di reputazione professionale, esposizione mediatica, travaglio giudiziario.

Forse non è colpa della Commissione, che ha svolto un egregio lavoro tecnico mantenendosi nei limiti di evidenti indirizzi politici, quanto della totale assenza al suo interno di medici che ancora operano e curano, della totale assenza del Ministero della salute, e forse della totale assenza di volontà politica di offrire maggiori tutele alla classe medica.

Forse è il principio e l'obiettivo ad essere errato. Partire dal presupposto che la revisione serva per ridurre la medicina difensiva, quando invece la stessa è solo effetto collaterale non permette di fare scelte coraggiose.

Chiediamo pertanto al Ministro della Salute un intervento efficace che possa allontanare i legittimi dubbi che il lavoro di questa commissione sia stato infruttuoso. Magari provando ad integrare con una lettura professionale un impianto legislativo troppo legato ad una visione tecnicistica e troppo lontano dalla consapevolezza della complessità di ogni atto medico, esposto alla variabilità diagnostica e terapeutica.

Intanto aumenta il silenzio assordante dei medici innocenti che, dopo aver collezionato avvisi di garanzia come scudetti, vanno via dal Ssn senza ringraziamenti ma con tanta delusione.

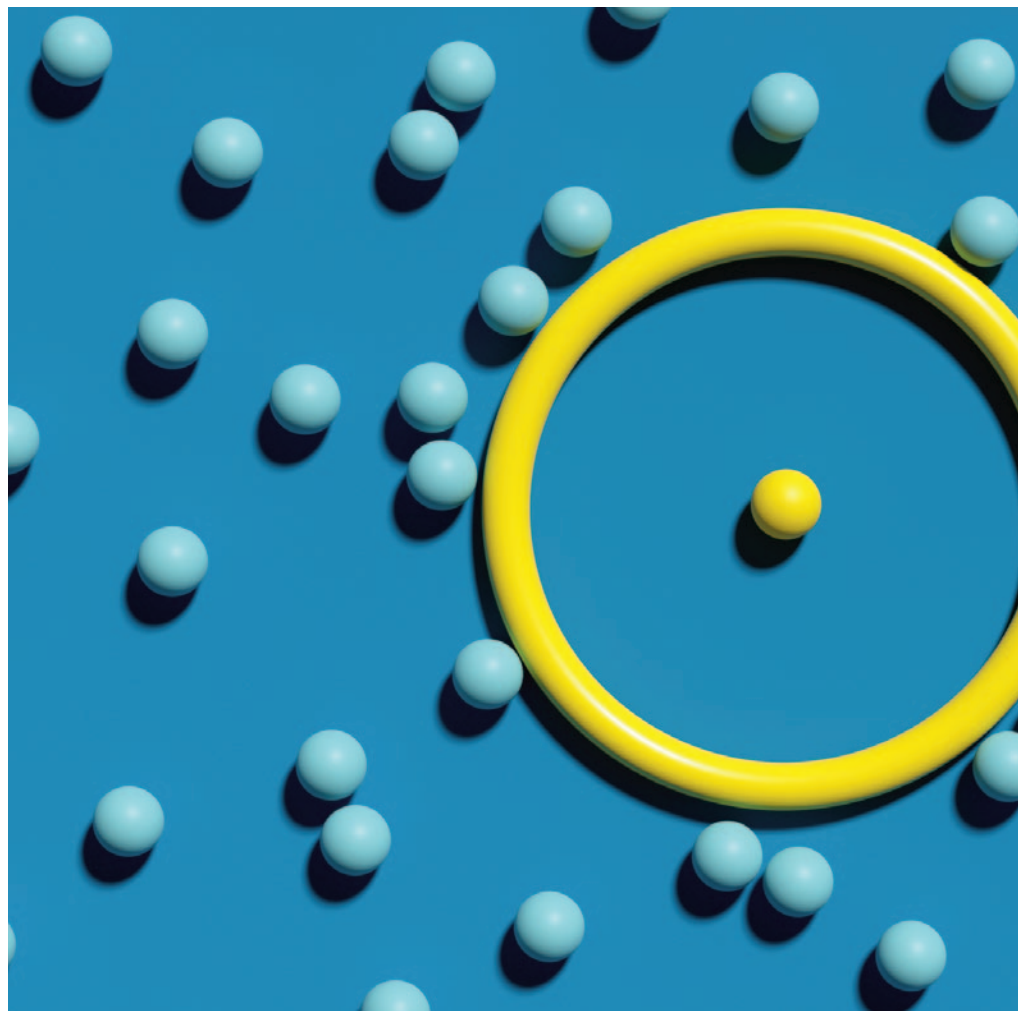
Non era questo quello che sognavamo quando abbiamo iniziato il nostro percorso, non è questo quello che sognano migliaia di studenti che si avvicinano a questa splendida professione.

Sogniamo di curare, in sicurezza, in armonia alla ricerca delle felicità e per i pazienti e anche per noi.

“

Sogniamo
di curare,
in sicurezza,
in armonia
alla ricerca
delle felicità e
per i pazienti e
anche per noi

L'enorme attenzione dei decisori politici, a tutti i livelli e di tutti gli schieramenti, sullo stato della sanità italiana sembra sia monopolizzata, ancora una volta, dalla questione del numero chiuso al Corso di Laurea in medicina e Chirurgia, di cui si parla tanto, e troppo, come fosse il principale su cui agire subito e concentrarsi



Il numero chiuso non è stato abolito, è stato reso meno meritocratico

In queste ultime settimane, e soprattutto in questi ultimi giorni, stiamo assistendo a un turbinio di dichiarazioni roboanti dal contenuto spesso in contrasto o in contraddizione con la realtà delle cose, in una corsa all'annuncio di prossime abolizioni e di vittoria del diritto allo studio fino ad ora negato. Proviamo a fare chiarezza.

è molto difficile, anzi praticamente impossibile, che il prossimo concorso sia svolto con nuove regole.

2 Il Decreto Delega non prevede l'abolizione del test ma il suo spostamento di 6 mesi

In questa Delega, approvata dal Senato, il Governo "si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi" numerati dalla lettera a) alla lettera o), che, letti attentamente, non prevedono alcuna abolizione del numero chiuso. Più nel dettaglio, si legge che il Governo si impegna a: "d) prevedere che l'ammissione (AMMISSIONE) al secondo semestre dei corsi di laurea sia subordinata al conseguimento di tutti i CFU stabiliti per gli esami di profitto del primo semestre svolti secondo standard uniformi nonché alla col locazione in posizione utile nella graduatoria (GRADUATORIA) di merito nazionale". Pertanto, il Senato chiede al Governo di scrivere un accesso a

1 Non esiste ancora nessuna legge che abolisce il numero chiuso ma un "Decreto Delega"

Tecnicamente e praticamente, ad oggi 28 novembre 2024 non vi è alcun decreto legge che archivia l'attuale impianto di selezione ma esiste una "Delega al Governo" (leggi), votata dal Senato, per adottare entro 12 mesi uno o più decreti legislativi. Pertanto, i tempi sono ancora lunghi e non a caso è stato istituito qualche giorno fa un gruppo di lavoro al Ministero dell'Università per elaborare il nuovo testo. Inoltre,



PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale Anaao Assomed



GIAMMARIA LIUZZI
Responsabile Nazionale Anaao Giovani



Link al testo di Delega al Governo



Link allo studio
Anaao Assomed

medicina identico al modello francese, con libero accesso nei primi 6 mesi e uno sbarramento procrastinato mediante graduatoria nazionale e riservato a coloro che svolgeranno un determinato numero di esami (“d) prevedere che l’ammissione al secondo semestre sia subordinata al conseguimento di tutti i CFU stabiliti per gli esami di profitto del primo”) e gli sfortunati che non lo supereranno potranno utilizzare questi crediti per altri corsi di laurea (“e) garantire, nel caso di mancata ammissione al secondo semestre, all’iscrizione, anche in sovrannumero, in un diverso corso di studi”). Pertanto, il governo italiano per selezionare i medici del futuro intende ispirarsi al modello francese che in Francia stanno riformando per via delle molteplici criticità riscontrate.

3 Il numero chiuso “non è abolito” ma resta rigorosamente “programmato”

Tra i vari principi si legge che il Governo è tenuto a “b) individuare criteri di sostenibilità per l’iscrizione al primo semestre dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 che siano commisurati alla disponibilità dei posti dichiarata dalle università” e si impegna altresì a “f) individuare le modalità per rendere sostenibile il numero complessivo di iscrizioni al secondo semestre in coerenza con il fabbisogno (FABBISOGNO) di professionisti del Ssn, determinato dal Ministero della salute”. Tutto ciò smentisce i politici che dichiarano che “il diritto allo studio per tutti coloro che vogliono di-

ventare medici è garantito” oppure “ad-dio giovani che saranno costretti ad andare all’estero” poiché l’entità di coloro che accedono al secondo semestre sarà un numero finito (e non infinito) calcolato secondo il reale fabbisogno di medici.

4 Il concorso nazionale “alla francese” sarà meno meritocratico dell’attuale.

Tra i vari principi si legge che il Governo è tenuto a “c) individuare le discipline qualificanti comuni che devono essere oggetto di insegnamento (INSEGNAMENTO) nel primo semestre dei corsi di studio di area biomedica, sanitaria, farmaceutica e veterinaria e definire i medesimi corsi garantendo programmi uniformi e coordinati e l’armonizzazione dei piani di studio dei suddetti corsi, per un numero complessivo di crediti formativi universitari (CFU) stabilito a livello nazionale”. Pertanto, questi “insegnamenti”, da cui vi sarà un voto d’esame, sarà dirimente per entrare nella “graduatoria nazionale” per accedere al 2° semestre. Come si può pensare che non vi possano essere, in sede di un esame universitario con regole e modalità ancora sconosciute, favoreggiamenti e raccomandazioni? Come si può pensare che, nonostante “programmi uniformi” non ci siano aspiranti studenti di medicina (perché di questo si tratta) più avvantaggiati in uno “sbarramento” previsto alla fine del primo semestre? E infine, come si può pensare che non ci possa essere una variabilità intra ed inter ateneo?

“
Millantare
l’abolizione del
numero chiuso
alla facoltà di
medicina, che
tutti - anche gli
ideatori del
criticato
disegno di
legge -
reputano non
utile, appare
come una
manovra
prettamente
elettorale e
demagogica

FIGURA 1

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.

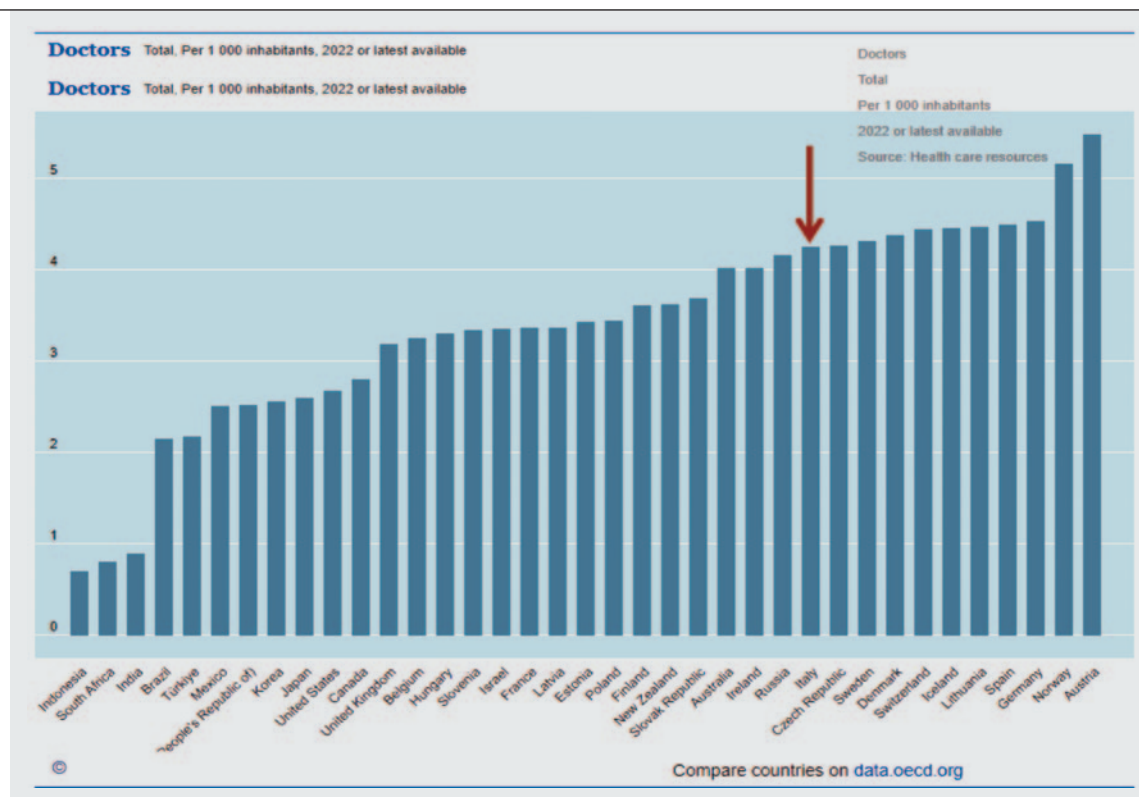


FIGURA 2

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).

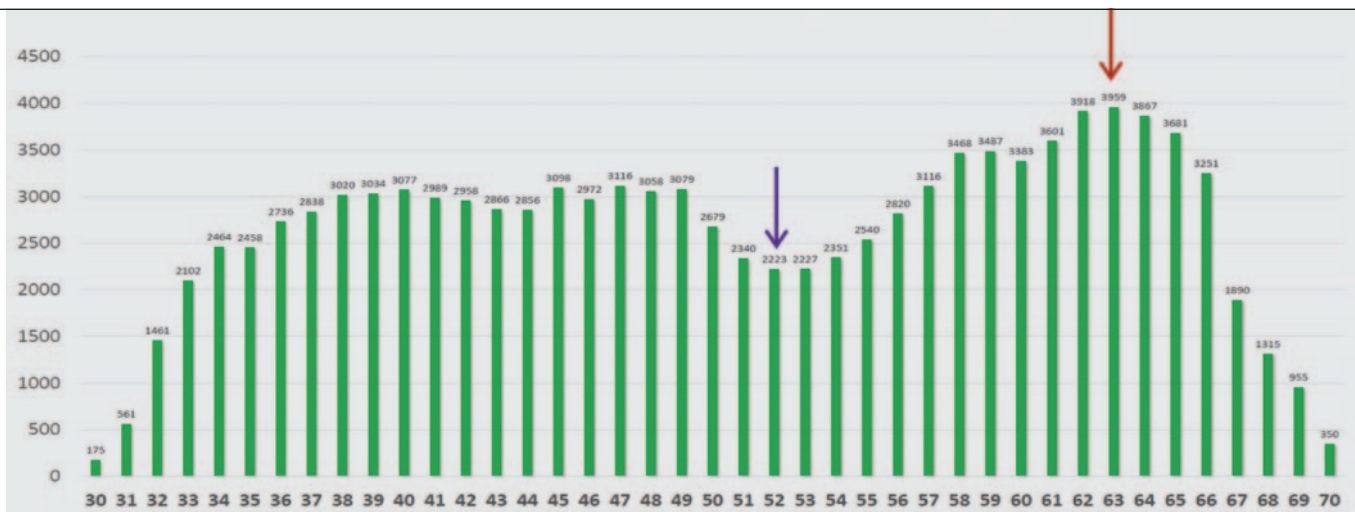
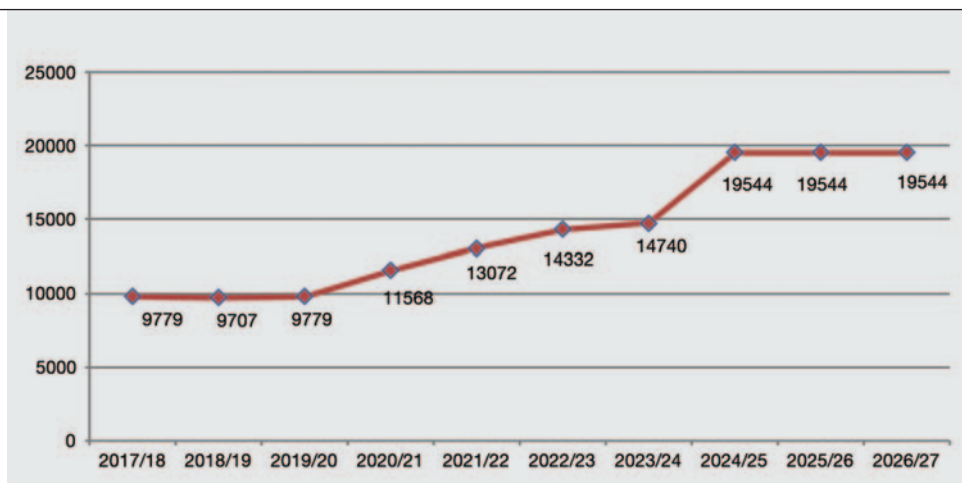


FIGURA 3

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.



5 Questo concorso nazionale "alla francese" è riuscito nel miracolo di scontentare tutti, anche i Rettori

È indubbio che, non fermandosi alle roboanti dichiarazioni e leggendo il Decreto Delega, che tutti i rappresentanti dei medici e degli studenti di medicina siano contrari a questa nuova entità di accesso a medicina poiché conoscono bene il modello francese attraverso l'ingente bibliografia sui danni devastanti che sta provocando in Francia. Addirittura la Conferenza dei Rettori Universitari Italiani (CRUI) dichiara di "esprimere profonda preoccupazione" sulla futura riforma.

6 Questo concorso "alla francese" ricrea la pletora medica, inutile e costosa

Anaa Assomed ha recentemente pubblicato uno studio (**leggi**) QRcode in cui si evince chiaramente che non mancano medici, ma mancano specialisti in determinate specialità. Se valutiamo i dati Ocse, riferiti al 2022, in Italia i medici sono 250.813, corrispondenti a 4,25 per mille abitanti, pressoché sovrapponibile alla media EU27, a dimostrazione del fatto che nel nostro Paese

se non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia abilitati alla professione, ma piuttosto di specialisti, particolarmente in alcune specialità come la medicina d'emergenza-urgenza (Figura 1).

Una attenta valutazione dei database a disposizione (Onaosi ed Enpam) ci può fornire una stima realistica dei pensionandi, 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 nei prossimi 10 anni saranno circa 40.500, i medici di Medicina generale saranno circa 21.300, gli specialisti ambulatoriali circa 6.300, i medici universitari circa 2.900, quelli di continuità assistenziale 6.500, circa 4.400 i pediatri di libera scelta, infine 26.800 mila medici matureranno i criteri per la quiescenza nel settore dell'ospedalità privata e della riabilitazione.

Totale: 108.700 medici in pensione nei prossimi 10 anni (Figura 2).

Di contro, con gli ingressi a medicina tra il 2017 e il 2024 (con lauree attese tra il 2023 e il 2032) i posti programmati per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, avremo circa 141 mila nuo-

vi medici nei prossimi 10 anni, ben 35.000 laureati che non troveranno posto di lavoro in Italia e saranno costretti ad andare all'estero dopo aver speso 125 mila euro ognuno per formarli, un danno enorme all'erario pubblico (fino a 12 miliardi di euro) e un grosso regalo alle altre nazioni che sentitamente ringraziano (Figura 3).

Pertanto, millantare l'abolizione del numero chiuso alla facoltà di medicina, che tutti - anche gli ideatori del criticato disegno di legge - reputano non utile, appare come una manovra prettamente elettorale e demagogica. Spostare temporaneamente un test d'ingresso di 6 mesi, peraltro con evidenti difficoltà organizzative e infrastrutturali ci appare una inutile perdita di tempo e pone una serie di domande fondamentali: ma non sarebbe stato più utile cambiare gli argomenti del test attuale? Non sarebbe più utile creare corsi di formazione gratuiti con libri di testo unici?

Siamo ancora in tempo per creare un modello che non scimmietti quelli falliti in altri paesi, ma occorre ascoltare chi le riforme le dovrà subire e non solo chi le stesse probabilmente neanche le gestisce.

“Prima di tagliare la sanità devono essere ridotte le altre spese indistinte”

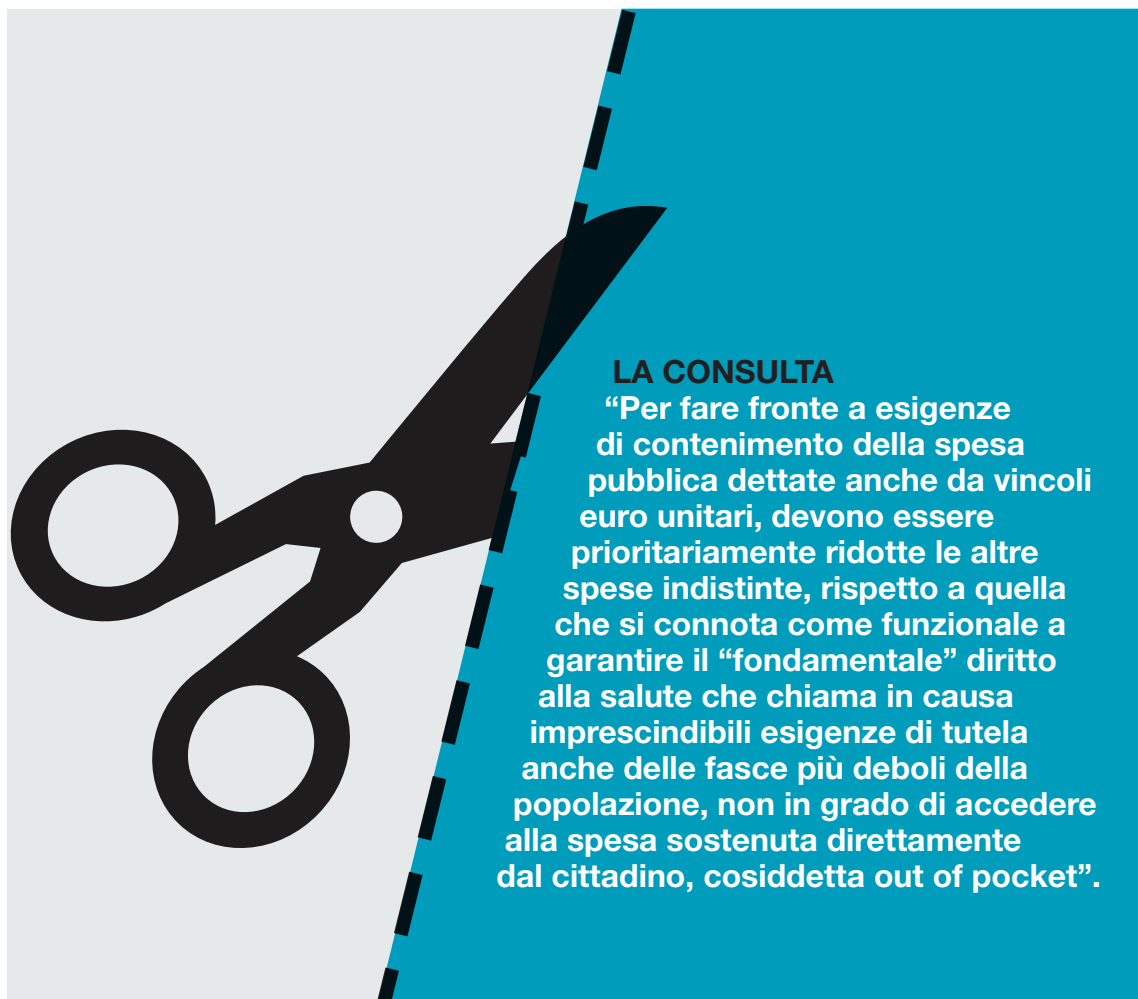
In un contesto di risorse scarse, “per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il ‘fondamentale’ diritto alla salute di cui all’art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta out of pocket”.

È quanto si legge nella sentenza n. 195 del 2024 con cui la Corte costituzionale ha deciso il ricorso della Regione Campania contro le norme della legge di bilancio 2024 (legge n. 213/2023) che stabilivano a carico delle regioni a statuto ordinario, per ciascuno degli anni dal 2024 al 2028, un contributo alla finanza pubblica pari a 350 milioni di euro annui.

La Corte ha dichiarato non fondate diverse questioni, che riguardavano la legittimità della misura, le modalità e la durata del concorso delle regioni agli obiettivi di finanza pubblica, stabilite dalla legge di bilancio 2024 nelle more della nuova governance economica europea, che, peraltro, mostrano la volontà del legislatore statale di non far gravare il suddetto contributo sulle spese relative alla missione 12, Diritti sociali, politiche sociali e famiglia, e alla missione 13, Tutela della salute.

La sentenza ha però sollecitato il legislatore, al fine di “scongiurare l’adozione di ‘tagli al buio’”, ad “acquisire adeguati elementi istruttori sulla sostenibilità dell’importo del contributo da parte degli enti ai quali viene richiesto” e a non trascurare, per garantire maggiore effettività al principio di leale collaborazione, il coinvolgimento della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica, di cui l’art. 5 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

La sentenza ha poi dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 1, comma 527, quinto periodo, della legge di bilancio per il 2024, ma solo nella parte in cui non esclude dalle risorse che è



LA CONSULTA

“Per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il “fondamentale” diritto alla salute che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta out of pocket”.



Link alla sentenza

possibile ridurre, a seguito del mancato versamento del contributo dovuto da parte delle regioni, quelle spettanti per il finanziamento dei diritti sociali, delle politiche sociali e della famiglia e, in particolare, della tutela della salute.

Ciò in quanto, “nemmeno nel caso in cui la regione non abbia versato la propria quota del contributo alla finanza pubblica, lo Stato può “rispondere” tagliando risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria – già, peraltro, in grave sofferenza per l’effetto, come si è visto, delle precedenti stagioni di ardui tagli lineari – dovendo quindi agire su altri versanti che non rivestono il medesimo carattere”: il diritto alla salute, infatti, “coinvolgendo primarie esigenze della persona umana”, non può essere sacrificato «fintanto che esistono

risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità”.

Da ultimo, la sentenza ha dichiarato l’illegittimità costituzionale del comma 557 dell’art. 1 della legge n. 213 del 2023, nella parte in cui non prevede che il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, diretto a individuare i criteri e le modalità di riparto, nonché il sistema di monitoraggio dell’impiego delle somme, del “Fondo per i test di Next-Generation Sequencing per la diagnosi delle malattie rare”, sia adottato d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

I tempi per la liquidazione
dei dipendenti pubblici

TFR ETFS

La storia infinita anche per i medici e dirigenti sanitari



*I componenti
del Gruppo di
lavoro Previdenza
Anao Assomed*

**GIOVANNI
DE BERARDINIS**

**EVAMARIA
LANZARINI**

**MATTEO
D'ARIENZO**

La “liquidazione” dei pubblici dipendenti rappresenta ormai una questione che va ben oltre l’aspetto previdenziale tout court, assurgendo a un ruolo centrale nelle tematiche sociali e politiche italiane, in quanto il differimento del pagamento del TFS e del TFR ha già prodotto e continuerà a produrre pesanti perdite economiche a tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione, per i quali a tutt’oggi nessun governo negli ultimi 10 anni ha attuato strategie valide e risolutive.

Per i dirigenti medici e sanitari, presenta due modalità applicative:

1. Il TFR (trattamento di fine rapporto), riguardante tutti i dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato dopo il 31 dicembre 2000 o a tempo determinato dopo il 30 maggio 2000, rappresenta una vera e propria retribuzione differita. Il suo ammontare corrisponde al 6,10% dell’ottanta per cento delle voci fis-

se stipendiali, di cui 3,60% a carico del datore di lavoro e 2,50% a carico del lavoratore, rivalutate annualmente per il 75% dell’indice dei prezzi al consumo (inflazione) aumentato di una quota fissa pari a 1,5%.

2. Il TFS (trattamento di fine servizio), che interessa tutti i dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato entro il 31 dicembre 2000 o a tempo determinato entro il 30 maggio 2000, è un importo che viene riconosciuto al dipendente come indennità per la cessazione del rapporto di lavoro. Il suo valore corrisponde a 1/15 dell’80% delle voci utili al TFS, moltiplicato per gli anni di servizio.

In caso di cessazione dal servizio per inabilità o decesso, il TFS e TFR vengono erogati in 105 giorni.

In tutti i restanti casi l’attesa necessaria per la riscossione, al termine della propria attività lavorativa, risulta esse-

re molto lunga e può richiedere, per i pubblici dipendenti, fino a quattro anni e tre mesi, variando in base alla modalità di pensionamento (pensione di vecchiaia, anticipata, dimissioni volontarie o recesso del datore di lavoro), con rateizzazione annuale dell’ammontare complessivo in differenti *tranches*, se il valore supera i 50 mila euro. In alcuni specifici casi (ad esempio con l’utilizzo del cumulo gratuito), l’attesa per avere tutta la liquidazione può arrivare fino a 9 anni.

Si viene quindi a verificare “un sequestro” di somme accantonate di pertinenza del lavoratore, cui si è cercato di far fronte, a partire dal 2020, con lo specifico protocollo governo-ABI, dando la possibilità al neopensionato di richiedere in banca un anticipo del TFR/TFS, con interessi bancari non proprio trascurabili (sino al 6% di interesse).

In seguito anche l’Inps ha adottato la possibilità di anticipazione della liqui-



dazione maturata tramite l'utilizzo del fondo credito, con costi sicuramente più accessibili (1% + 0,5% di spese amministrative), pur rappresentando però una spesa ulteriore e gravosa per il lavoratore e peraltro con un finanziamento al riguardo oramai non più possibile, dato l'esaurimento dei fondi dedicati. Tralasciamo ogni commento sul fatto che INPS, così facendo, di fatto prestava il denaro del lavoratore al lavoratore stesso, sul quale doveva pure pagare gli interessi. Oltre al danno, la beffa.

Sul tema è utile segnalare che è stata da poco rinnovata la convenzione dalla Cosmed per l'anticipo del TFS presso il Banco BPM, con una riduzione significativa dei tassi per i nuovi prestiti che passano, a decorrere dal prossimo 4 novembre, dal 3,9% al 2,95%. Si tratta di un adeguamento atteso e dovuto alla concomitante e generalizzata

riduzione dei tassi, che configura la migliore condizione attualmente disponibile sul mercato e riservata agli iscritti della associazioni aderenti alla Cosmed.

Sul differimento del TFS è intervenuta anche la Corte Costituzionale, che si è espressa al riguardo in due occasioni, in seguito al ricorso di dipendenti pubblici: la prima con la sentenza 159/2019 e la seconda con la sentenza 130/2023, con la quale si è riconosciuto l'illegittimità del differimento e della rateizzazione, con invito al Legislatore alla risoluzione della problematica, ritenuta un significativo *vulnus* per il lavoratore.

Ma in pratica la sentenza si può riassumere con queste parole: "Come avere ragione... senza avere ragione!" Questo è quanto emerge, ormai a oltre un anno di distanza, non essendo a tutt'oggi emanata nessuna norma attuativa che dia seguito a quanto espresso nel

parere della Consulta. Al riguardo è bene precisare quanto significativo sia il fatto che la Ragioneria di Stato, nel marzo 2024, abbia addirittura espresso parere negativo sul "ddl Colucci", che conteneva le norme in grado di rendere operativa la sentenza 130/2023 della Corte Costituzionale.

Alla luce di questa perdurante "inerzia legislativa" contrapposta alla drammatica complessità del quadro sopra emerso, è facile comprendere cosa abbia spinto i sindacati ad intervenire, con la partecipazione di numerose Confederazioni sindacali (Cosmed, Cgil, Uil, Cgs, Cse, Cida, Codirp) e una significativa presa di posizione concretizzatasi sia con una petizione pubblicata a luglio su "change.org" che ha visto decine di migliaia di firmatari (50mila firme), sia con l'avvio di un nuovo ricorso volto a porre fine al differimento del TFR/TFS, attuando le modifiche legislative necessarie allo scopo, rispetto alle quali ancora si attende un intervento proficuo e risolutivo del Legislatore.

TFR e TFS, erogati con inaccettabile ritardo, rappresentano per il lavoratore un importante danno economico, quantificabile, secondo uno studio degli uffici previdenza della Cgil, per un valore compreso tra i 17.958 euro e i 41.290 euro per chi ha cessato il lavoro dopo 42 anni e 10 mesi. Esse sono il frutto da una parte dell'inflazione che riduce il valore reale delle somme percepite tra quiescenza e liquidazione del TFR/TFS, e dall'altra del mancato rendimento derivante dalla impossibilità di investire il TFR/TFS, al momento della cessazione dell'attività lavorativa.

Tali somme rappresentano un danno ingente per il lavoratore, che pregiudicano significativamente il benessere ed il tenore di vita di una parte significativa della propria esistenza.

Risulta pertanto necessario che, rispetto al precedente stato inerziale legislativo, il Governo operi un significativo cambio di rotta, attuando tutte le strategie previdenziali, non più differibili, volte a dar seguito alla sentenza 130/2023 della Consulta, in quanto l'ingiusta dilazione nel pagamento delle liquidazioni dei dipendenti pubblici rappresenta un'inaccettabile ed iniqua discriminazione rispetto ai lavoratori del privato (che ricevono la liquidazione entro un mese dalla cessazione del rapporto) oltre a essere foriera di ingenti danni economici per i medici e dirigenti sanitari, con elevata probabilità di compromissione della credibilità dello stato sociale.

Il management della salute mentale di comunità: un modello esportabile?

Nell'attuale panorama della sanità italiana un argomento di acceso dibattito riguarda la drammatica limitazione di risorse utili a soddisfare pienamente e a garantire una assistenza di qualità alla platea maggiore possibile di cittadini nonché il ruolo del management per il governo della spesa e per la erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza



VITTORIO DI MICHELE
MD, PhD
Consiglio Regionale
Aaao Abruzzo

Spesa sanitaria e modelli gestionali delle aziende sanitarie

I modelli di management di riferimento applicati alle aziende sanitarie hanno goduto di una certa popolarità specialmente per il governo della spesa ospedaliera, per la quale siamo arrivati a livelli molto dettagliati e sofisticati di conoscenza. Per quanto attiene gli indicatori che vengono presi come riferimento e come proxy della qualità gestionale pur essendo apparentemente più semplici da misurare, per via dei consolidati percorsi produttivi ospedalieri chiari e misurabili e delle prestazioni sanitarie ivi prodotte, sono in realtà insoddisfacenti nel momento in cui si affronta la sanità territoriale o di comunità.

In altre parole, ricercare una misura univoca semplice e facilmente enucleabile semplifica il bilancio economico, ma poco o nulla ci dice della gravidanza e della appropriatezza clinica, della qualità tecnica assistenziale o della qualità dei processi e degli esiti di salute a lungo termine collegati alla cronicità, che sono gli ambiti preferenziale della sanità distrettuale/territoriale inclusa la salute mentale territoriale. Nei servizi di salute mentale di comunità vengono erogati servizi alla persona intangibili, spesso a valenza sociosanitaria o addirittura squisitamente a valenza sociale, connotati da una forte valenza antropologica. Non di ra-

do infatti, interventi sanitari di salute mentale indirizzati alle persone che vivono in situazioni di marginalità o di abbandono, acquisiscono un loro senso etico sociale che trascende completamente dall'aspetto sanitario per diventare un incontro con l'altro in una prospettiva esistenziale di "prendersi cura" dell'altro, chiunque esso sia e di farlo per lunghi periodi di tempo, spesso per anni.

In questa cornice concettuale è evidente che talune scelte manageriali, sostenute invero dalla politica sanitaria di ultima generazione ovvero dalla riduzione delle Unità Operative in una sorta di pensiero unico, pur producendo degli efficientamenti di sistema non può mai coincidere con un aumento o un incremento qualitativo della qualità assistenziale richiesta in un contesto territoriale, dove i tempi della cura si dilatano e non coincidono con la semplice durata della degenza ospedaliera.

Fra l'altro la misura delle prestazioni ospedaliere non rende i sistemi più efficienti perché il tempo/uomo per unità di prestazione non si modifica. Anzi invariabilmente si allunga, perché aumenta il tempo burocratico di compilazione degli indicatori. Il tempo è incompressibile e l'orario di lavoro non si può ampliare e quindi gli adempimenti utili alla "misurazione", vengono sottratti al lavoro clinico.

Polemicamente mi permetto di stigmatizzare che la salute collettiva è spesso subordinata ad un artificio gestionale del conto economico aziendale in cui se non riesci a migliorare il numeratore, tagli il denominatore invocando l'efficienza e la sostenibilità del sistema!

Quali aspetti del lavoro territoriale possono essere valorizzati per la costruzione di una managerialità dedicata all'universo sanitario che è fuori dai muri dell'ospedale?

Management e servizi di salute mentale: il middle management

Come è noto la rilevanza della spesa delle aziende sanitarie italiane dovrebbe riguardare il territorio per una percentuale del 55-60% della spesa di un'azienda sanitaria, un 40% a carico dell'ospedale e un 5% per la prevenzione. In realtà quindi il valore della produzione dovrebbe essere maggiore nel territorio che negli stabilimenti ospedalieri di una azienda sanitaria a fronte di investimenti nemmeno lontanamente comparabili. Speculativamente e ironicamente, direi che il vero modello Toyota Production System, ovvero il "fare di più con meno", cioè l'utilizzare le (poche) risorse disponibili nel modo più produttivo possibile si applica da sempre nella salute mentale di comunità, dove l'attenzione all'utenza e alle concrete esigenze dello specifico territorio, è quotidiana e non eludibile. In queste realtà il paradigma manageriale viene sovvertito e si crea la necessità pragmatica di impostare una nuova cultura operativa che sia appropriata efficiente e "gradita" all'utenza. Spesso ci si confronta con modelli gestionali che enfatizzano l'accorpamento di aziende e unità operative, le spending review, la digitalizzazione e la competizione fra ospedali invece di valorizzare la governance, intesa come sistematico approccio gestionale finalizzato a garantire elevati standard assistenziali e un miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati. In altre parole, si valorizza la rigidità della *corporate governance* invece di promuovere la flessibilità della *clinical governance*, la quale è in grado di operare al livello di dettaglio in maniera più efficace e tempestiva.



Middle management e salute mentale di comunità

Nei servizi di salute mentale abbiamo a disposizione un management molto formato tecnicamente e molto solido sul piano manageriale, che svolge giornalmente le sue funzioni di raccordo fra la direzione strategica e l'area operativa con un approccio preferenzialmente di tipo funzionale collaborativo-trasversale e multiprofessionale.

D'altra parte non sarebbe credibile svolgere delle attività cliniche, sociali e riabilitative di comunità e lavorare giornalmente sulla cronicità, senza l'autonomia individuale di tutti i componenti dell'equipe e senza un'attività che viene definita di supervisione, ma che in realtà è un audit bidirezionale o a direzione variabile. Per direzione variabile intendo che il case-manager di un determinato paziente, qualunque sia il suo ruolo riveste, di fatto, il ruolo di esperto dell'utente in oggetto. Questa modalità pervasiva di lavoro sfugge totalmente alle regole alle logiche e ai principi del management sanitario ospedaliero, ma nella realtà operativa è lo snodo principale dell'assistenza territoriale che opera in un contesto multiprofessionale e multiesperienziale.

Le figure professionali operanti nei servizi territoriali operano in autonomia focalizzandosi sui bisogni e sulle esigenze che nel corso del tempo possono venire a realizzarsi negli utenti in carico.

Ovviamente la grande limitazione di risorse obbliga a delle scelte e a delle selezioni di pazienti che massimizzino l'efficienza del team multiprofessionale e sortisca significativi benefici agli utenti, in una sorta di downgrading obbligato. In questo modello di lavoro informale, privo di riferimenti logico-organizzativi, diventano centrali la disponibilità al cambiamento, la possibi-

lità di avere in loco (ovvero nel comune di residenza che può essere molto distante dal centro di salute mentale) le risorse umane, formali e informali utili ad una presa in carico della persona, le reti sociali degli stakeholder e dei familiari laddove presenti ed organizzate. Questa modalità di organizzazione del lavoro, come appare evidente, è piuttosto difficile da scomporre in elementi misurabili, ed è difficile da trasformare in indicatori di esito, ma opera sul livello del valore umano ed etico di un servizio, sulla dedizione del personale e sulla capacità di *appeal* da parte degli stakeholder, degli enti locali, dell'associazionismo e nella stima e la fiducia di cui gode il personale dei servizi territoriali.

Un altro esempio paradigmatico di efficacia del middle management territoriale riguarda le procedure di deimplementazione di metodologie e prassi, inefficaci o dannose, obsolete o eccessivamente onerose a fronte di benefici trascurabili. Questo approccio viene affrontato giornalmente nella salute mentale comunitaria e riguarda le pratiche riabilitative, diagnostiche, le terapie psicologiche e psicosociali, i trattamenti non farmacologici, le terapie con farmaci a lento rilascio (i cosiddetti LAI) o in pronto, che vengono abbandonate perché decisamente inutili.

Parimenti il conservare prassi vecchie e desuete, ma che funzionano ovvero rimodulare o aggiornare prassi e protocolli datati, è un'altra caratteristica distintiva delle peculiarità operative dei servizi territoriali assolutamente divergente dalle prassi ospedaliere.

Questi elementi cruciali così sommarariamente richiamati, chiariscono la singolarità delle competenze manageriali richieste per tali servizi, nei quali il valore non può essere determinato con un indicatore numerico, ma attraverso molteplici "misurazioni" qualitative che tengono conto della capacità professionale, della qualità del servizio e dei programmi di cura, del coinvolgimento in ogni singolo atto del valore umano nella sua sfera umanistica, emotiva, empatica, etica nonché della buona reputazione dei servizi pubblici e degli esiti di cura.

Una recente ricerca voluta dalla Fiaso (2018) dimostra come i principali problemi nel rapporto tra top management e middle management indichino con elevata frequenza la carenza di comunicazione e di conoscenza reciproca. Prendendo ad esempio il carico burocratico dei servizi sanitari, è curioso rilevare che l'introduzione di qualunque misura di miglioramento qualitativo e quantitativo delle prestazioni necessita fatalmente di un sistema di misura di indicatori più o meno bizzarri. I nuovi

indicatori misurano l'efficienza gestionale della misura introdotta ed in maniera indiretta la qualità tecnica. Questo criterio di valutazione dei risultati in una ricerca sperimentale non sarebbe ammesso, ma lo si accetta per misurare le attività clinica. Si tratta di un paradosso che ritengo inaccettabile e decisamente sbagliato, perché poggia su premesse erranee, seppur molto popolari, specie nell'ambito della programmazione sanitaria.

Sembrerebbe che la paura di investire sia direttamente proporzionale alla necessità di misurare le performance.

Ben pochi si rendono conto della onerosità e della perdita di tempo richiesta per gli adempimenti burocratici dei diversi settori e servizi, ma soprattutto sfugge ai non addetti al lavoro clinico – diversamente da quanto accade ai middle managers - che un adempimento burocratico, finalizzato al conseguimento di obiettivi economici e di budget, si impone se il leader del team è un responsabile di tipo gestionale, deputato a mantenere il sistema efficiente, ma non efficace e di qualità.

Nei servizi territoriali le osservazioni appena citate sono particolarmente cogenti e spiegano il perché si necessiti di misure gestionali confezionate ad hoc e adattate ai differenti contesti sociali, demografici, culturali e socioeconomici italiani.

Per questo, il middle management dei servizi territoriali deve avere caratteristiche innovative e basate su modelli pragmatici, con un forte radicamento nell'esperienza clinica e nell'operatività del quotidiano.

Anche per questa figura una leadership scientificamente ben ferrata, autorevole e con una lunga esperienza sul campo, migliora la comunicazione con il top management e con il team del servizio, che è tipicamente multiprofessionale e che usualmente ha esperienze, orientamenti dottrinali e propensioni individuali di tipo culturale estremamente diversificati.

D'altra parte, l'autorevolezza clinica non si costruisce dall'oggi al domani, al contrario delle competenze manageriali che sono più semplici da apprendere e applicare.

In conclusione, si ritiene che il modello di middle management attualmente presente nei servizi territoriali della salute mentale, appare facilmente esportabile ai nuovi contesti territoriali che si stanno delineando e un apprendimento tra pari, potrebbe essere una via percorribile per una crescita dei contesti di cura extraospedaliera del prossimo futuro.

Bibliografia

Il middle management nella sanità italiana. Stato dell'arte e prospettive gestionali.

Risultati del Forum Management Sanità. Istituto di Tecnologie Biomediche del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Novembre 2018

Sinergia tra intelligenza umana e intelligenza artificiale: **il futuro della sanità innovativa**



MARINA TARSITANO
Responsabile
Dirigenza
Sanitaria Anaa
Campania

Da anni ormai si parla continuamente di Intelligenza Artificiale (IA). Da un lato, ci sono coloro che vedono in essa la soluzione a tutti i nostri problemi, credendo che possa migliorare ogni aspetto della nostra vita. Dall'altro, ci sono quelli che la temono, preoccupati che possa sostituire l'uomo e compromettere la nostra autonomia. Tuttavia, è fondamentale ricordare che l'IA nasce dall'ingegno umano e che, pur potendo offrire enormi opportunità, non deve mai farci dimenticare l'importanza e il valore dell'intelligenza umana, che è unica e complessa. L'IA sta trasformando ogni settore, e la sanità non fa eccezione. La sinergia tra intelligenza umana e IA sta aprendo nuove frontiere nella cura dei pazienti, nella diagnosi precoce, nella prognosi, nelle terapie e nella gestione dei dati sanitari. Ma qual è il ruolo di ciascuna in questo contesto e come possono lavorare insieme per costruire una sanità innovativa e più efficiente?

Prima di rispondere a questa domanda, cerchiamo di capire che cosa è IA e quali sono le attuali applicazioni in ambito sanitario.

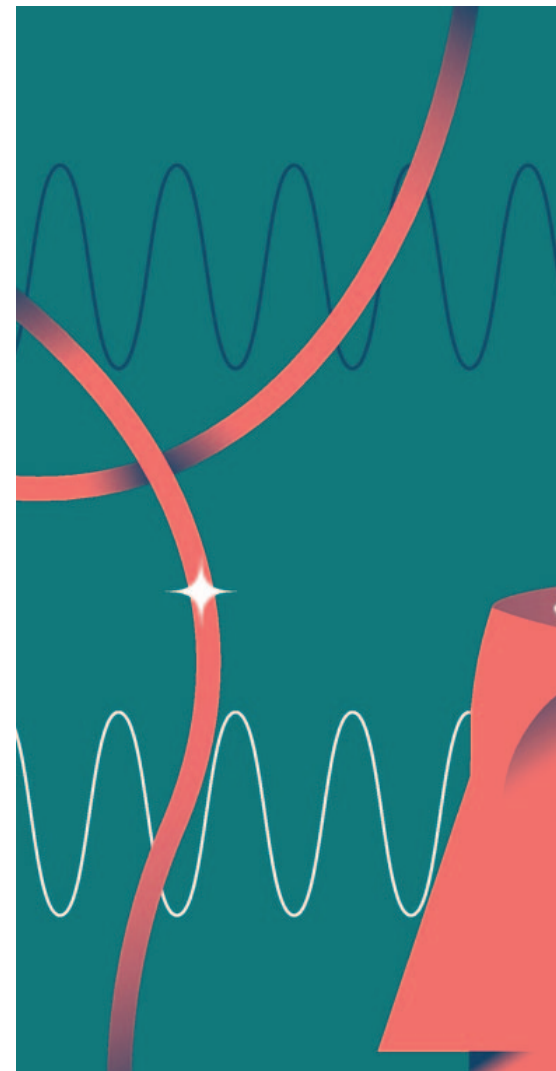
Alan Turing, nel 1950, aveva proposto il celebre "Test di Turing", un criterio per determinare se una macchina fosse in grado di esibire comportamenti intelligenti indistinguibili da quelli umani. La sua famosa domanda "Le macchine possono pensare?" anticipò molti degli argomenti legati all'IA. Il termine "Intelligenza Artificiale" fu coniato nel 1956 dal ricercatore John McCarthy durante una conferenza storica "Dartmouth Conference", che si tenne all'Università di Dartmouth, negli Stati Uniti. McCarthy, che è considerato uno dei fondatori dell'IA, propose l'idea che "ogni aspetto dell'apprendimento o qualsiasi altra caratteristica dell'in-

telligenza umana, può essere programmato per essere simulato da una macchina".

L'IA è dunque una tecnologia avanzata che si basa su algoritmi e modelli matematici progettati per analizzare i dati, imparare da essi, prendere decisioni e migliorare continuamente le proprie azioni nel tempo. Senza una componente di apprendimento, tuttavia, l'IA non sarebbe davvero intelligente, poiché rimarrebbe statica, limitata a risolvere solo i problemi per cui è stata programmata.

Per questo motivo, l'IA si avvale di tecniche di apprendimento automatico, come il **Machine Learning**, in cui le macchine apprendono dai dati senza essere esplicitamente programmate per ogni singolo compito. In altre parole, anziché seguire regole rigide impostate da un programmatore, un sistema di machine learning analizza i dati a sua https://worditout.com/word-cloud/createdisposizione, trova schemi e relazioni all'interno di essi, e utilizza queste informazioni per fare previsioni, prendere decisioni o risolvere problemi.

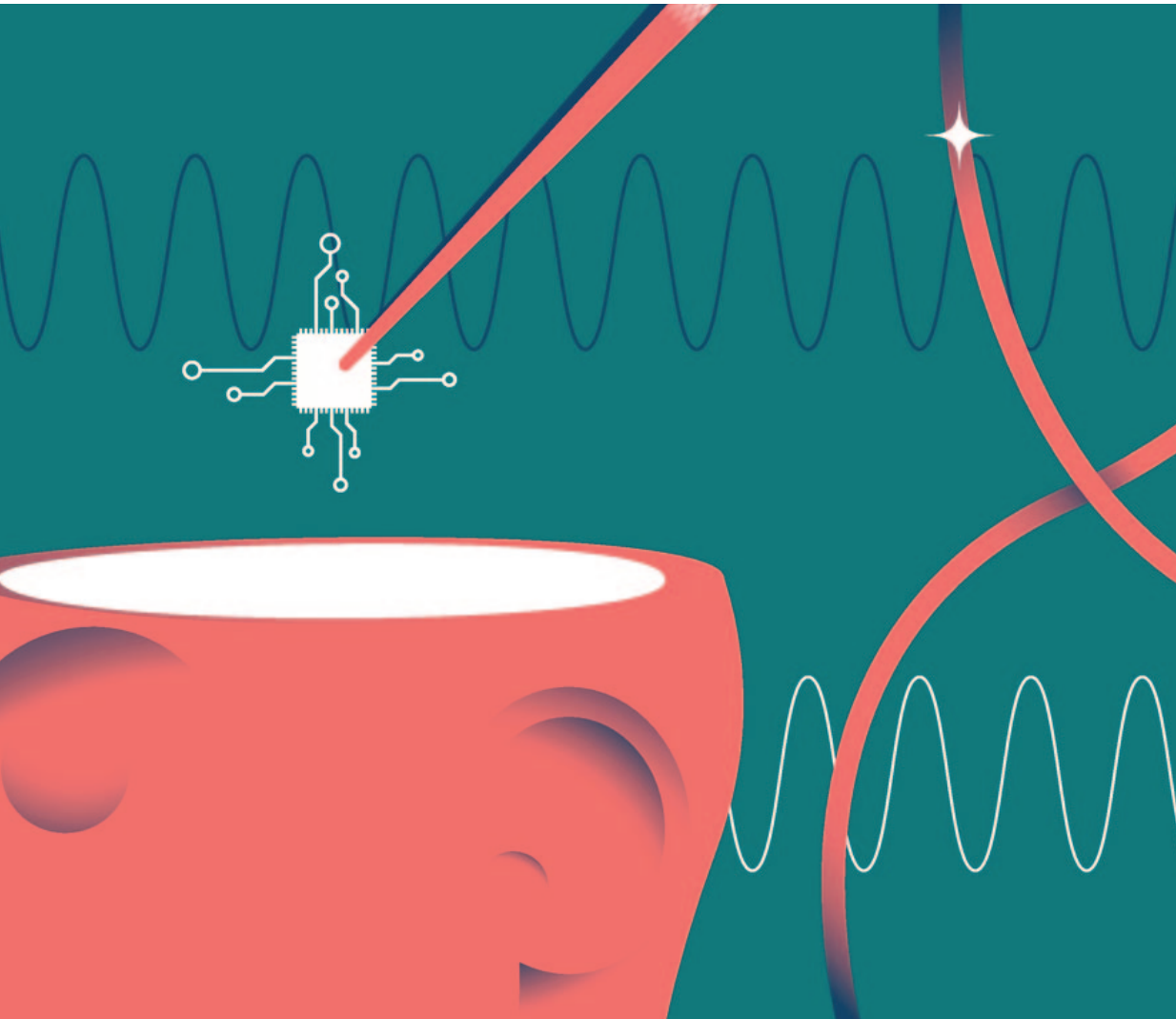
Il machine learning si basa su tre elementi fondamentali: i dati (informazioni che vengono utilizzate per "allenare" il modello), il modello (una rappresentazione matematico-statistica che cerca di apprendere dai dati) e gli algoritmi (metodi che permettono al modello di identificare degli schemi nei dati e migliorare nel tempo). Gli algoritmi, a loro volta, possono apprendere in tre modi principali: apprendimento supervisionato (l'algoritmo impara da dati etichettati), l'apprendimento non supervisionato (l'algoritmo trova schemi nei dati non etichettati) e l'apprendimento per rinforzo (l'algoritmo apprende attraverso un processo



di tentativi ed errori, ricevendo "feedback" dall'ambiente in base alle sue azioni).

Un sottoinsieme del Machine learning è il **Deep Learning** (apprendimento profondo) che utilizza **reti neurali artificiali** con molti strati per schematizzare e risolvere compiti complessi. Le reti neurali sono sistemi informatici ispirati al funzionamento del cervello umano, composti da molti "neuroni" artificiali che sono organizzati in strati (da qui il nome "profondo", perché ci sono tanti strati di neuroni). I dati, passando per ognuno di questi strati, vengono analizzati in modo sempre più preciso ed approfondito e ciò consente alla rete di "affinare" la comprensione dei dati e di riconoscere schemi molto complessi, come differenze sottili tra immagini, suoni o frasi. Queste reti sono progettate per apprendere automaticamente dai dati senza la necessità di un intervento umano per identificare le caratteristiche rilevanti.

Il deep learning funziona attraverso una rete neurale artificiale, che è composta da tre principali tipi di strati: lo strato di input (questo è il punto di partenza, dove i dati, come un'immagine, un suono o un testo, vengono inseriti nel sistema), gli strati nascosti (questi sono gli strati intermedi che elaborano e tra-



sformano i dati ed ogni strato impara a riconoscere particolari caratteristiche nei dati e passa le informazioni allo strato successivo) e lo strato di output (questo strato fornisce il risultato finale, che potrebbe essere, ad esempio, una classificazione o una previsione). Il deep learning è attualmente utilizzato in molte applicazioni avanzate come il riconoscimento delle immagini, del linguaggio naturale, la traduzione automatica, il riconoscimento vocale ecc... L'Intelligenza Artificiale offre un supporto fondamentale in tutti gli ambiti della sanità, assistendo i Dirigenti Medici, i Dirigenti Sanitari e tutti gli operatori sanitari nelle loro attività quotidiane, rendendo più efficienti i processi clinici e amministrativi. Esploriamo alcune delle applicazioni attuali dell'Intelligenza Artificiale nel settore sanitario.

L'IA supporta la Diagnosi

Uno degli usi più avanzati dell'IA è nell'analisi di immagini mediche come radiografie, risonanze magnetiche (MRI), tomografie computerizzate (TAC), ecografie e mammografie. Gli algoritmi di deep learning possono rilevare in modo automatico anomalie nelle immagini, come tumori, lesioni, fratture e ano-

“
Gli algoritmi di deep learning possono rilevare in modo automatico anomalie nelle immagini, come tumori, lesioni, fratture e anomalie cardiache

malie cardiache. Nelle diagnosi di cancro al seno, ad esempio, l'IA è in grado di analizzare mammografie per individuare micro-calcificazioni ed altri segni clinici precoci che potrebbero indicare una crescita tumorale.

L'IA analizza elettrocardiogrammi (ECG) ed altre immagini cardiache per individuare problemi come aritmie, insufficienza cardiaca ed anomalie nelle valvole cardiache. Gli algoritmi possono rilevare segni di patologie cardiache latenti, migliorando la diagnosi precoce e la gestione delle malattie cardiovascolari.

Durante la pandemia di Covid-19, l'IA è stata utilizzata per analizzare radiografie del torace e rilevare segni di polmonite virale. Questo ha permesso di supportare i medici nel diagnosticare rapidamente e gestire i pazienti affetti da Covid-19. Gli algoritmi di IA possono anche identificare patologie respiratorie come Bpco, tubercolosi ed altre infezioni polmonari.

L'IA analizza scansioni cerebrali per individuare patologie come ictus, Alzheimer, sclerosi multipla e tumori cerebrali. Per esempio, nelle diagnosi di Alzheimer l'IA può rilevare segni di atrofia cerebrale ed alterazioni strutturali anche in fasi molto precoci della malattia.

L'IA aiuta nell'interpretazione dei dati genetici, consentendo di identificare mutazioni e predisposizioni genetiche a malattie ereditarie o rare. Gli algoritmi di machine learning possono analizzare sequenze genetiche ed associare specifiche mutazioni genetiche a condizioni rare, accelerando la diagnosi. L'IA analizza immagini cutanee per riconoscere melanomi, carcinomi e altre anomalie cutanee. I “software” per la diagnosi dermatologica sono progettati per analizzare immagini di nei e lesioni cutanee e fornire una valutazione del rischio, aiutando i dermatologi ad individuare precocemente le neoplasie. Questi esempi sottolineano quanto l'IA possa essere uno strumento utile per migliorare il processo diagnostico.

L'IA supporta la Prognosi

La medicina di precisione si avvale dell'IA per combinare dati genetici, stili di vita e condizioni ambientali al fine di prevedere in modo personalizzato il decorso delle malattie. Questi modelli permettono di creare piani di trattamento su misura per il singolo paziente, stimando come risponderà a determinate terapie e quale potrebbe essere l'evoluzione clinica.

Gli algoritmi di IA vengono utilizzati per monitorare e prevedere il decorso di malattie croniche come il diabete, le malattie cardiovascolari e l'insufficienza renale, permettendo così di intervenire in anticipo.

Nella cura dei tumori, l'IA è utilizzata per stimare il rischio di recidiva, analizzando dati clinici e genetici del paziente. Attraverso algoritmi che considerano dati su tumori simili, caratteristiche genetiche e risposte ai trattamenti, l'IA può fornire informazioni sul rischio di recidiva, supportando così piani di follow-up sempre più personalizzati.

L'IA può supportare inoltre la prognosi di malattie neurodegenerative come Alzheimer, Parkinson e Sclerosi Multipla, analizzando dati di imaging cerebrale, profili genetici e dati clinici. Grazie a questi modelli, si può ottenere una stima più accurata del decorso della malattia e migliorare la qualità della vita del paziente.

L'IA è impiegata anche per prevedere i tempi di recupero e i rischi post-operatori, considerando dati su procedure simili, condizioni del paziente, età e storia clinica. Queste previsioni aiutano a pianificare i tempi di riabilitazione ed

a gestire le risorse ospedaliere, riducendo le complicazioni ed ottimizzando il recupero.

Gli algoritmi di IA possono inoltre prevedere quali sono i pazienti più a rischio di ricoveri frequenti o riammissione dopo la dimissione, soprattutto per patologie croniche come insufficienza cardiaca e malattie polmonari. Prevedendo questi rischi, le strutture sanitarie possono implementare strategie di gestione e follow-up per ridurre i ricoveri e migliorare la gestione del paziente a lungo termine.

L'IA supporta la terapia

L'Intelligenza Artificiale nel trattamento terapeutico è un campo con enormi potenzialità, capace di migliorare l'efficacia, la precisione e la personalizzazione delle cure, permettendo di adattare i trattamenti alle esigenze specifiche di ogni paziente.

In oncologia, l'IA viene utilizzata per personalizzare i regimi terapeutici in base alla tipologia di tumore, allo stadio della malattia ed al profilo genetico del paziente. Gli algoritmi possono suggerire combinazioni di farmaci più efficaci, monitorare la risposta ai trattamenti ed adattare il piano terapeutico in tempo reale riducendo il rischio di recidiva e migliorando gli esiti clinici.

L'IA sta accelerando il processo di scoperta di nuovi farmaci: analizzando grandi database di dati molecolari e genetici ed utilizzando metodi di simulazione possono prevedere l'efficacia e la sicurezza di nuove molecole riducendo il numero di test necessari e accelerando le fasi di sviluppo preclinico.

L'IA può analizzare i dati dei dispositivi medici indossabili e monitorare i parametri vitali del paziente, come frequenza cardiaca, pressione sanguigna e glicemia. Questo monitoraggio consente di adattare i trattamenti terapeutici in tempo reale, ad esempio agjustando i dosaggi dei farmaci per i pazienti con diabete o insufficienza cardiaca, garantendo così una terapia più precisa e tempestiva.

L'IA è utilizzata nella riabilitazione motoria e cognitiva, aiutando a sviluppare programmi personalizzati per pazienti che hanno subito lesioni o interventi chirurgici. Robot e dispositivi indossabili assistiti dall'IA possono fornire feedback in tempo reale ai pazienti, guidandoli attraverso gli esercizi di riabilitazione e migliorando la qualità del recupero.

L'IA aiuta a progettare piani di trattamento per malattie complesse, dove non esistono protocolli terapeutici stan-

dardizzati, ed a identificare terapie sperimentali adatte a casi unici.

Una parola che allora dobbiamo iniziare ad utilizzare è Intelligenza Aumentata

La sinergia tra intelligenza umana ed IA rappresenta un modello di collaborazione che unisce i punti di forza di entrambe, superando le limitazioni che ciascuna delle due forme di intelligenza ha da sola. Mentre l'intelligenza umana è creativa, adattabile, interattiva e capace di comprendere contesti complessi, l'IA eccelle nell'analisi di grandi volumi di dati e nell'elaborazione veloce di informazioni. La sinergia tra queste due intelligenze crea una nuova forma di intelligenza: "l'Intelligenza Aumentata" che può raggiungere risultati altrimenti impossibili. Automatizzando i compiti ripetitivi e delegando alla IA alcune analisi di base, gli esseri umani possono dedicarsi a compiti che richiedono competenze avanzate quali creatività, interazione ed innovazione. Tuttavia, è fondamentale che questa collaborazione mantenga un bilanciamento tra il controllo umano e l'uso responsabile dell'IA, valorizzando l'etica e la tutela della dignità umana.

Si può immaginare l'Intelligenza Aumentata come a una **pianta in crescita** in un giardino curato. In questo giardino, il **Machine Learning** è come il sistema di radici: permette alla pianta di assorbire costantemente nuove informazioni dal terreno, aiutandola a cre-

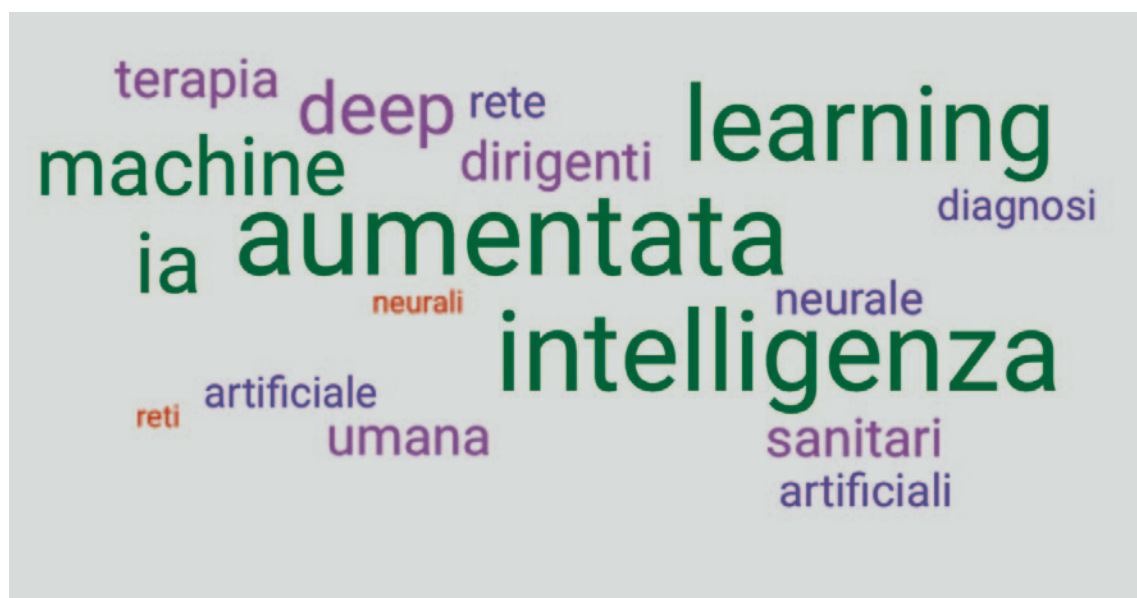
“

L'Intelligenza Aumentata", in sanità offrirà un potenziale straordinario per migliorare la qualità e l'efficienza delle cure mediche, con benefici tangibili sia per i pazienti sia per tutti gli operatori sanitari

scere ed a rispondere all'ambiente circostante. Le radici, proprio come il Machine Learning, si espandono e si rafforzano con il tempo e con l'esposizione a diversi nutrienti, cioè i dati. Il **Deep Learning** rappresenta invece lo **stelo principale della pianta**, che cresce più in alto e si ramifica. Grazie ai suoi molteplici "strati" di foglie, la pianta può captare la luce in modi diversi e complessi, proprio come il Deep Learning riesce ad interpretare e classificare informazioni complicate, imparando da dettagli sottili e nascosti. La crescita della pianta è guidata e curata dall'intelligenza umana, che rappresenta il **giardiniere**. Senza la guida del giardiniere, la pianta potrebbe crescere solo in modo disordinato o persino dannoso.

Dunque l'Intelligenza umana, come il giardiniere, è il fattore decisivo che guida e cura la crescita dell'IA. Senza la supervisione umana, l'IA potrebbe non sapere come orientare la sua "crescita", e potenzialmente evolversi in modo disordinato o inefficace. L'Intelligenza umana, con la sua esperienza e discernimento, assicura che l'IA si sviluppi in modo etico ed utile, che sia applicata in contesti appropriati e che i suoi potenziali danni siano minimizzati.

In conclusione il frutto di questa sinergia, "l'Intelligenza Aumentata", in sanità offrirà un potenziale straordinario per migliorare la qualità e l'efficienza delle cure mediche, con benefici tangibili sia per i pazienti sia per tutti gli operatori sanitari.





myAnaao

Connessi per Assisterti.

Polizze assicurative, busta paga,
ufficio legale, previdenza.
**Tutte le tue domande
con noi trovano risposta.**



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

L'ultimo mercoledì di ogni mese
dalle 15 alle 18 consulenti esperti
offriranno assistenza personalizzata
e gratuita per le esigenze
anche dei non iscritti.

#ioscelgoAnaao



www.anaao.it



d!

d!rigenza medica



Il mensile dell'Anaao Assomed

ANAAO ASSOMED