

# d!rigenza medica

- 1 **Editoriale**  
Soluzioni strutturali contro la crisi dei Pronto Soccorso
- 2 **Studio Anaao Assomed**  
La grande fuga dei medici dal Ssn
- 12 **Formazione specialisti**  
La proposta Anaao Giovani

Il mensile dell'Anaao Assomed



## Conclusa a Roma la quarta Conferenza Nazionale Donne Anaao Assomed

# Soffrire sul lavoro non è un destino

Le donne al governo della sanità tradita



## Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza  
medica**

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

Sede di Milano:  
via D. Scarlatti, 27

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

**Direttore**  
Carlo Palermo

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

### Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma  
Giorgio Cavallero  
Pierino Di Silverio  
Fabio Florianello  
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

Giancarlo D'Orsi



**Edizioni Health Communication**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

**Editore**  
Edizioni Health Communication  
Via Vittore Carpaccio 18  
00147 Roma  
Tel. 320.7411937  
0331.074259

### Stampa

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

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 maggio 2022

# Soluzioni strutturali contro la crisi dei Pronto Soccorso. Senza medici restano solo i miracoli

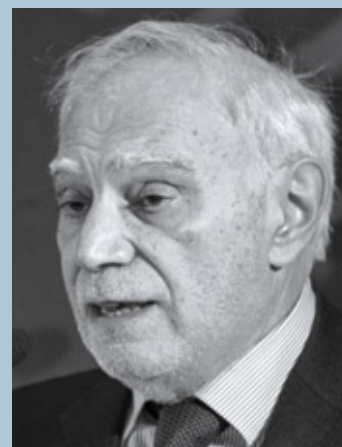
**Le immagini del Pronto Soccorso dell'Ospedale Cardarelli hanno suscitato molta indignazione. Pochi però hanno ricordato che esse sono figlie della crisi strutturale del sistema di emergenza-urgenza. E la latitudine non c'entra, visto che lo stato dei Pronto Soccorso è rimasto l'unico elemento nazionale di un Servizio Sanitario balcanizzato. Come dimostrano le notizie di stampa sul S. Camillo di Roma e le contestuali dimissioni del Primario, cinquantenne, del PS dell'Ospedale di Vicenza, un'altra faccia della stessa medaglia.**

**La trasformazione** dei PS da strutture sanitarie deputate all'emergenza ed all'urgenza in ambienti inadeguati, insicuri e, non di rado, indecenti, non è fenomeno attribuibile alla pandemia o alla post pandemia. Perché ha la sua prima causa nel fenomeno della attesa, ormai misurabile in giorni, di un posto letto che semplicemente non c'è. Una attesa che non è, come sostengono le Regioni, colpa dei cittadini, che non distinguono tra patologie banali e serie, quanto il prodotto dei tagli di posti letto e di personale effettuato in tutti gli ospedali pubblici del Paese. Dall'addio al posto fisso siamo giunti alla fine del "letto fisso" sotto i colpi di una mannaia che lo ha sostituito con più "moderni" posti barella, quando non sedie o scrivanie, in attesa del cartello solo posti in piedi. Per giunta in assenza di una contestuale riforma delle cure primarie.

Di fatto, la sottrazione progressiva e inesorabile di risorse umane ed economiche alla Sanità pubblica ha lasciato aperta la sola porta del PS per garantire il diritto a curarsi. In che condizioni e con quali sacrifici per pazienti e medici e infermieri, costretti a vivere lo stesso dramma su fronti contrapposti, è sotto gli occhi di tutti. Gli ospedali sono diventati i più grossi ammortizzatori sociali del Paese, simbolo del profondo malessere in cui è precipitata tutta la sanità pubblica.

**La tempesta perfetta** si è poi scatenata quando il lavoro in PS, caratterizzato da particolare stress psico-fisico e da numerosi turni di notte e nel week-end, è diventato oltremodo gravoso per i medici oltre i 50 anni, la maggioranza dell'attuale organico, e non più attrattivo per i giovani. La miscela costituita da turni ed orari senza limiti, rarefazione delle progressioni di carriera, burocrazia asfissiante, svilimento di un ruolo che una volta era professionale e oggi banale fattore di produzione, crescente gravosità e rischiosità senza corrispondente valorizzazione economica, ha portato oggi al rifiuto dei giovani ad entrare ed alla fuga dei meno giovani. Questo spiega il flop dei concorsi, in Campania come altrove. Questo spiega i soli 14 nuovi assunti in 4 anni in Campania e il contemporaneo abbandono della metà degli iscritti alle due scuole di specializzazione in Medicina di Emergenza e Urgenza.

Il Ssn sta precipitando nel baratro dell'incapienza, di posti letto, di medici, di infermieri, di spazi fisici, di risorse economiche. Siamo ai margini dell'Europa come numero di posti letto per mille abitanti, palesemente insufficiente per una popolazione in piena transizione demografica come quella italiana, sotto la media UE per le risorse destinate alla Sanità visto che il rapporto con il PIL è destinato a scendere, nel 2025, al di sotto dei valori pre-pandemici. E la Campania è al di sotto dello standard nazionale.



**COSTANTINO TROISE**

*Presidente Nazionale  
Anaa Assomed  
Presidente  
Commissione Statuto  
Congresso Straordinario*

Segue a pagina 16

A cura di  
 Carlo Palermo,  
 Chiara Rivetti,  
 Pierino Di Silverio,  
 Costantino Troise



# GREAT RESIGNATION

## La grande fuga dei medici dal Ssn

Anche i medici sono vittime del fenomeno meglio noto con l'espressione "Great Resignation", il significativo aumento delle dimissioni, che vede un numero crescente di persone in numerosi ambiti lavorativi lasciare il loro impiego. Le cause che portano a questa drastica decisione sono le più svariate: dal burnout, alla ricerca di un posto che preservi il proprio benessere, al desiderio di poter avere la possibilità di gestire le giornate di lavoro difendendo il work-life balance. Complice dell'innescare di questo meccanismo è stata sicuramente la pandemia che ha nettamente peggiorato le condizioni di lavoro negli ospedali.

Il fenomeno delle dimissioni dagli ospedali, con i medici che decidono di abbandonare il tanto ambito e prestigioso posto a tempo indeterminato, è una evidenza recente ed è stato da noi già analizzato in un precedente lavoro (La grande fuga dagli Ospedali; Quotidiano Sanità, 2021).

Il fenomeno in sé non è nuovo ma i dati del Conto Annuale del Tesoro (CAT) evidenziano che dal 2017 in tutta Italia si assiste ad una sua vera e propria esplosione con un trend in progressivo au-

mento. I dati del 2020 e del 2021, tratti dal database Onaosi, confermano il persistere di una quota importante di licenziamenti (da 2000 a 3000) che si aggiungono alle uscite per pensionamenti (tabella 1).

**Il 2020 è l'annus horribilis** della prima ondata pandemica, e poi della seconda. A meno che il nuovo lavoro non fosse pianificato da tempo, i medici dipendenti hanno rallentato i licenziamenti per non abbandonare i colleghi proprio durante la peggiore crisi sanitaria dell'ultimo secolo affrontata da tutti con un ammirevole senso responsabilità, che ha valso loro l'appellativo di "eroi". Purtroppo degli eroi ci si è presto dimenticati.

**Nelle ondate successive** alla prima, i medici hanno lavorato sempre nella stessa approssimazione e improvvisazione organizzativa della primavera 2020. Letti, professionalità e persone riconvertiti a seconda delle necessità, senza alcuna condivisione delle decisioni. Operatori spostati come pedine, un nome in una casella, non di rado vuota, causa infezione da Sars-CoV-2.

**Alla gestione** dei malati Covid, per i medici ospedalieri si è aggiunto il carico della campagna vaccinale e del recupero di lunghissime liste d'attesa, ormai valutabili non più in mesi ma in anni, a causa del rallentamento delle attività ordinarie per far fronte alla pandemia. Il tutto, con la aggiunta dell'enorme carico emotivo legato all'alto numero di contagi e alle morti per Covid tra gli stessi operatori sanitari, in un contesto che già lamentava pesanti carenze di organico (- 46 mila addetti tra il 2009 e il 2019).

**E dunque**, nel 2021, riprende la grande fuga, come si evince dal grafico 1. 2886 medici ospedalieri, il 39% in più rispetto al 2020 ha deciso di lasciare la dipendenza dal SSN e proseguire la propria attività professionale altrove\* (dati derivati dal database ONAOSI sulla cessazione della contribuzione obbligatoria).

Nel 2021 la media nazionale dei medici dipendenti che hanno deciso di licenziarsi è stata del 2,9%, percentuale abbondantemente superata dalla Calabria, 3,8%, e dalla Sicilia, 5,18%. La Lombardia, che era già oltre la media italiana nel 2020, aumenta ancora i suoi dimessi del 43%. La Liguria in un anno triplica i medici che si dimettono, la Puglia passa dal 2,04% al 3,29%.

Una fuga senza precedenti, da regioni con storie, organizzazioni e realtà sanitarie completamente diverse. Ma unite da un comune sentire: i medici non vogliono più lavorare in ospedale e se ne vanno.

**Tabella 1**  
 Uscite dal SSN dal 2019 al 2021 per raggiunti limiti previdenziali o licenziamenti

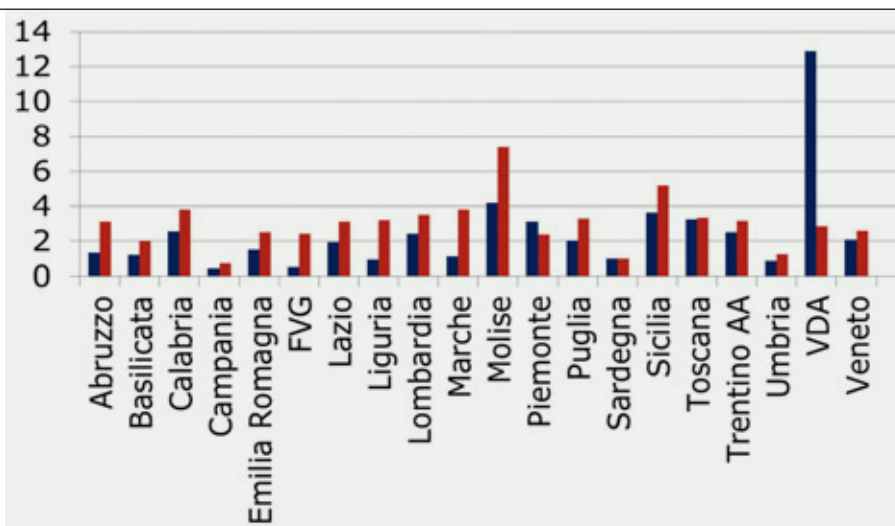
	Pensionamenti*	Licenziamenti**	Dati
2019	4598	3123	CAT
2020	4426	2075	Onaosi
2021	3621	2886	Onaosi

\*Pensionamenti: uscite per pensione, decessi, invalidità 100%

\*\*Licenziamenti: uscite per dimissioni volontarie, termine contratto TD

**Grafico 1**  
Percentuale di licenziamenti nel 2020 e 2021 sul totale dei medici dipendenti del SSN al 2019 nelle singole Regioni o Province autonome

■ 2020  
■ 2021



“

**Cosa cercano?** Cercano orari più flessibili, maggiore autonomia professionale, minore burocrazia. Cercano un sistema che valorizzi le loro competenze, un lavoro che permetta di dedicare più tempo ai pazienti e poter avere a disposizione più tempo anche per la propria vita privata, senza sacrificare la famiglia

**Raramente** la motivazione principale è la maggiore remunerazione. Ma la mancata applicazione in periferia del CCNL 2016/2018, firmato definitivamente nel lontano 19 dicembre 2019, la latitanza del CCNL 2019/2021, già scaduto ma nemmeno avviato alla contrattazione per mancanza dell'Atto di Indirizzo e il rinvio a un incerto futuro del CCNL 2022/2024 non possono che influire negativamente sulle scelte dei Colleghi, che decidono di abbandonare il luogo di lavoro per la scarsa considerazione che il sistema mostra nei loro confronti. Del resto, le remunerazioni, anche a causa del blocco contrattuale ultradecennale, oramai sono ridotte a circa il 50% di quelle che offrono i paesi dell'ovest europeo, che entreranno in diretta competizione con l'Italia nella ricerca di personale sanitario nei prossimi anni, potendo godere di una situazione di evidente vantaggio per la maggiore valorizzazione delle capacità professionali oltre che per gli alti salari. Anche a causa del blocco del turnover, i turni di servizio per i singoli operatori sono in netto incremento numerico negli ospedali italiani, con weekend quasi tutti occupati da guardie e reperibilità, difficoltà perfino nel godere delle ferie

maturate, straordinari non retribuiti. Il lavoro non solo è diventato sempre più gravoso ma gli operatori sanitari sono costretti quotidianamente ad affrontare rischi crescenti legati ad aggressioni, sia verbali che fisiche, e denunce in sede legale. In particolare è da considerare che la presenza delle donne in sanità è in progressivo aumento e i turni disagiati previsti dal lavoro in ospedale non consentono loro di dedicarsi alla famiglia come vorrebbero.

**Anche le possibilità** di carriera sono state rese scarse: in Italia nel 2009 i direttori di Struttura Complessa, cioè l'apice della carriera professionale, erano 9691, nel 2019 solo 6629, il 31,5% in meno. I Responsabili di Struttura Semplice, il livello immediatamente inferiore, nel 2009 erano 18.536, dopo 10 anni il 44% in meno, cioè 10.368.

Se si passa poi al ruolo dei Dirigenti medici nelle Aziende si può constatare un considerevole svilimento della loro autonomia decisionale con assente coinvolgimento nei processi decisionali mentre la professionalità risulta poco premiata e per nulla incentivata. In questo contesto, il lavoro dei Medici non solo ha perso valore economico, ma anche sociale. Il privato, pertanto, diventa sempre più attrattivo, anche per la possibilità di un trattamento fiscale agevolato del reddito prodotto. Per la medicina di famiglia o specialistica ambulatoriale si aggiunge il fatto di non prevedere il lavoro notturno e festivo. Soprattutto, il lavoro nel privato è considerato meno stressante: si affronta una casistica di elezione e la remunerazione, particolarmente in ambito chirurgico, è elevata. Il cambiamento culturale e sociologico è così forte che sempre di più i neo laureati ambiscono a specializzazioni spendibili sul mercato privato (cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, chirurgia plastica...), allontanandosi da quelle considerate più gravose e ri-

schiose (Medicina di Emergenza/Urgenza, Chirurgia Generale...) che non riescono più a saturare i contratti di formazione disponibili annualmente.

**Sono questi** i fattori che sostengono il dato riscontrato in varie ricerche di un burnout in incremento tra gli operatori sanitari e di malattie stress correlate sempre più diffuse. Le dimissioni volontarie in questo contesto assumono il significato di un tentativo di sottrarsi ad un lavoro usurante e poco gratificante, caratterizzato da scarsi riconoscimenti e da un carico, anche emotivo, troppo elevato. La drammatica esperienza di aver gestito le ondate pandemiche senza poi assistere a un concreto investimento nella sanità pubblica, soverchiata da slogan da propaganda, ha definitivamente tolto ogni illusione di cambiamento. Di fatto, il PNRR si sta rivelando un'operazione edilizia ed il rapporto spesa sanitaria/PIL scenderà sino a 6,2% nel 2025, meno di quello che era prima della pandemia.

Il quadro che emerge lascia presagire il progressivo declino della sanità universalistica, per come la conosciamo. Si dovrebbe considerare, infatti, che il livello attuale delle uscite (pensionamenti + dimissioni volontarie) è tale da mettere seriamente in pericolo la tenuta del SSN visto che di fronte ad uscite di circa 7.000 medici specialisti ogni anno, l'attuale capacità formativa della Università è pari a circa 6.000 neo specialisti, di cui solo il 65% accetterebbe un contratto di lavoro con il SSN.

**Per evitare** il disastro è necessario procedere alla rapida stabilizzazione del precariato e serve un cambiamento radicale nella formazione post-laurea. Occorre, in pratica, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici specializzandi di raggiungere il massimo della tutela previdenziale e al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche per far fronte ad una importante carenza che si prolungherà ulteriormente per almeno tre anni. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione attuale in un contratto a tempo determinato di formazione/lavoro con oneri previdenziali e accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete ospedaliera regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

**SOFFRIRE  
SUL LAVORO**

**NON È  
UN DESTINO**



**QUARTA  
CONFERENZA  
NAZIONALE**

**DONNE  
ANAAO  
ASSOMED**



# Soffrire sul lavoro non è un destino. Le donne al governo della Sanità tradita

**La Conferenza** – afferma la Coordinatrice dell'Area Formazione Femminile Anaa Assomed, Sandra Morano – è stata un'occasione per le donne, la maggioranza della forza lavoro in Sanità per dialogare con Amministratrici e Amministratori, decisori politici, managers, esprimendo criticità e portando visioni e proposte alternative per un governo della salute a misura di tutti. Oggi le donne in sanità sono prevalenti quanto ai numeri, ma non per questo più autorevoli. La crisi della rappresentanza, diffusa in tutti gli ambiti della politica e della società, non risparmia l'universo delle cure, e interroga anche l'area femminile, e le sue istanze di relazioni, priorità, differenze. A partire dall'organizzazione, perché è sulla pelle delle donne che si è massimamente accanita, prima occultata dalla storica disparità, poi messa tragicamente in evidenza attraverso il Covid. È in questa circostanza che si registrano numerosissimi traumi legati allo stress, soprattutto nei reparti in cui è massima la presenza di donne. È in uno di questi reparti che si consuma il primo "delitto sul lavoro" del nostro tempo. Su una giovane neospecialista e neo

assunta a Tempo Pieno in un ospedale del civilissimo Trentino. Si chiamava Sara Pedri. È a lei – conclude la Morano – che abbiamo voluto dedicare la nostra Conferenza e il nostro impegno per una sanità orientata dalle donne in cui episodi del genere non possano ripetersi.

La sanità che vogliamo richiede una radicale trasformazione dell'organizzazione e gestione del lavoro di cure. Toccherà alle donne realizzarla.



**SANDRA MORANO**, Coordinatrice dell'Area Formazione Femminile Anaa Assomed



## Lettera aperta delle donne Anaa Assomed al Ministro della Salute

**Egregio Sig. Ministro Speranza,**  
è passato più di un anno dal confronto avuto in occasione della presentazione del libro "La Sanità che vogliamo" e oggi, in occasione della apertura della nostra IV Conferenza Nazionale, vogliamo farLe sapere che il nostro lavoro si è arricchito di proposte riguardanti il Servizio Sanitario che vogliamo. Come Lei sa, un SSN che si regge per due terzi sul lavoro delle donne ha nei suoi obiettivi ben più che una possibile miglior conciliazione, fatta di asili nido e altri strumenti su cui peraltro tutte le donne dovrebbero poter contare. Anche se i vertici raffigurano una Sanità tutta maschile, le professioniste che assicurano il funzionamento del nostro sistema di cure ne hanno già ereditato nei numeri la gestione per il futuro. Nelle corsie e nei reparti sono donne sempre più giovani che garantiscono, tutte le notti e tutti i giorni dell'anno, le migliori cure possibili. Ma a fronte di ottimi esiti, frutto di elevate competenze professionali, trovano ostacolo in una organizzazione lontana dalle proprie necessità e nelle pessime condizioni imposte al proprio lavoro. La storia degli ultimi anni, con la disastrosa performance mostrata durante i tre anni della pandemia, sono confermati sul campo anche dalla survey proposta alle dirigenti mediche, Anaa, da cui emerge una bocciatura su tutta la linea dell'attuale management. Per cui stupisce come, in condizioni di diffusa sofferenza sul lavoro per carenza di personale e super lavoro, si parli di efficienza e ottimizzazione come se nulla fosse successo, mentre non si è in grado di trovare soluzioni organizzative se non quella di schiavizzare ancor più chi lavora. Stupisce altresì che si continui a parlare di leadership femminile in sanità, e ci si chiede a quale sanità si pensi apparec-

chiando tavoli allo scopo di favorire le carriere femminili in aziende sempre più simili ad altrettanti Titanic.

**Caro Ministro,**  
con questa Conferenza sosteniamo fortemente che la Sanità deve essere al centro della politica, perché un paese che non gode di buona salute non può crescere. Per questo c'è bisogno di una politica alta, dotata di uno sguardo lungimirante, capace di guardare con attenzione alle proposte delle donne che, tradizionalmente lontane dal "potere", hanno uno sguardo più lucido, meno compromesso riguardo a ciò che non funziona nella sua organizzazione, i cui

esiti dovrebbero essere peraltro valutati.

Dopo tre anni vissuti pericolosamente, oggi presentiamo le tappe e i risultati del lavoro delle dirigenti mediche e sanitarie della Area Formazione Femminile del più rappresentativo Sindacato della dirigenza del SSN.

Prima che la disperazione abbia la meglio è ora che il mondo politico sindacale, le associazioni di curanti e curate/i, i media, inizino ad ascoltare con attenzione le donne.

Non solo in omaggio ai numeri, non per far tornare i conti, ma per ritrovare la salute, i suoi tempi, i suoi luoghi, e una visione per cui soffrire e morire per curare non sia più un destino.

  
*Al Ministro della Salute*

Roma, - 3 MAG 2022

Prot.35con/rs/maggio 2022


*Le parole che arrivano dalle donne di Anaa-Assomed mettono a fuoco dei temi centrali nella riflessione che si sta facendo sul futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale.*

*La pandemia ha messo in evidenza il ruolo fondamentale della salute, ma anche le criticità dovute a decenni di tagli e alla mancata valorizzazione delle professionalità che si dedicano ogni giorno alla cura. Oggi stiamo finalmente rispondendo con un grande piano di investimenti, aumentando strutturalmente il Fondo sanitario nazionale e ottimizzando le risorse straordinarie messe a disposizione dal PNRR e dal PN Equità e Salute.*

*Dobbiamo fare di più ed è nostro dovere ascoltare con attenzione le difficoltà registrate da chi lavora nel sistema dell'assistenza. Ogni spunto che potrà emergere dalla vostra iniziativa sarà oggetto di considerazione e stimolo a migliorare ancora i nostri interventi.*

*Con le risorse e le riforme messe in campo stiamo riportando al centro la necessità di puntare sulle donne e sugli uomini del nostro SSN, con nuove assunzioni, straordinari investimenti sulla formazione e sull'innovazione e con la valorizzazione dei percorsi professionali.*

*Roberto Speranza*



Sandra Morano  
Responsabile Area Formazione Femminile Anaa  
Carlo Palermo  
Segretario Nazionale Anaa Assomed  
[Segreteria.nazionale@anaao.it](mailto:Segreteria.nazionale@anaao.it)

CARLO PALERMO

“È il tempo  
delle donne.  
Valorizziamo  
il loro lavoro  
e il loro ruolo”



“Nelle corsie e nei reparti ospedalieri oggi la maggioranza della forza lavoro è donna. Ma l'organizzazione del lavoro in sanità rimane ancora lontana dalle necessità del suo capitale umano, come ribadisce la *survey* realizzata dalle dirigenti mediche e sanitarie iscritte ad Anaa che la boccia senza appello, insieme con la linea dell'attuale *management*. Che, in condizioni di diffusa sofferenza sul lavoro, per carenza di personale e aumento dei ritmi e dei turni, parla di efficienza e ottimizzazione senza essere in grado di trovare soluzioni diverse da quella di ridurre i medici a fattore produttivo, il cui costo è da tagliare prima e più degli altri.

La IV Conferenza nazionale delle donne Anaa chiede di portare la Sanità al centro della politica, realizzando quell'inversione di rotta promessa all'inizio della pandemia e mai realizzata com-

piutamente. Dopo due anni vissuti pericolosamente, oggi intende presentare le tappe e i risultati del lavoro dell'Area Formazione Femminile, un laboratorio del più rappresentativo Sindacato della dirigenza del SSN.

Prima che fughe e disaffezione dei medici, giovani e meno giovani, mettano a rischio la sopravvivenza del SSN, il mondo politico e sindacale, deve ascoltare con attenzione le donne, maggioranza nei numeri ma non nei ruoli decisionali. Per ritrovare una visione del lavoro in cui soffrire e morire non sia un destino inevitabile. È il tempo delle donne e l'Anaa intende fare tesoro del lavoro compiuto fin qui per valorizzare il loro lavoro e il loro ruolo, le loro idee e le loro esigenze. Per una nuova organizzazione del lavoro, a beneficio di chi cura e di chi è curato, nella tradizione storica di questo sindacato”.





# SURVEY ANAAO ASSOMED

**Umanizzazione**, sia delle cure che dell'organizzazione, meritocrazia ed equità, conciliazione vita/lavoro, formazione e condivisione. Queste le parole d'ordine di un Sistema sanitario pensato dalle donne mediche e dirigenti sanitarie, deluse e insoddisfatte dall'attuale organizzazione del SSN emerse dalla Survey Anaa Assomed presentata alla IV Conferenza Nazionale Donne Anaa.

La pandemia da SarsCOVID-19 ha avuto un forte impatto sul Sistema Sanitario Nazionale e la componente femminile del personale sanitario, per quantità e qualità, è stata un'imprescindibile risorsa in questi anni difficili.

L'esperienza sul campo ha dimostrato che alle professioniste del lavoro di cura non servono patenti di leadership per assicurare l'assistenza fin nella più periferica postazione, organizzando e adattando conoscenze e abilità a ciò che bisognava fronteggiare. Ciò, nonostante la non rara inadeguatezza del sistema manageriale.

Il questionario condiviso alle iscritte Anaa Assomed attraverso la piattaforma SurveyMonkey tra il 9 marzo e il 14 aprile 2022 ha raccolto 1668 risposte tra partecipanti di età compresa tra i 26 e i 70 anni (età media 49,85 ± 10,03), la maggior parte convivente o sposata (69%), con figli (57%).

La maggior parte delle partecipanti ha un'anzianità di servizio di oltre 15 anni (54%), appartiene a un'area di specializzazione medica (60%) con un contratto a tempo indeterminato (92%) e lavoro a turni (60%).

La maggioranza delle risposte segnala insoddisfazione e delusione per il proprio lavoro (51,8%), con aspettative peggiorate nel 65% dei casi. Il 37%, tuttavia, si vede nel lavoro attuale anche nel prossimo futuro, prevalentemente perché ama il proprio lavoro (55,7%), una modesta maggioranza rispetto a chi segnala la prossima intenzione di cambiare lavoro. Tra le motivazioni adottate da quest'ultimo gruppo prevale l'insoddisfazione per le condizioni di lavoro (carenza di personale, disorganizzazione, carichi di lavoro, scelte aziendali, clima lavorativo (35,7%), la stanchezza, la demotivazione e il burnout con la percezione di non essere più in grado di gestire il proprio lavoro (24,7%), e anche l'assenza di sviluppo professionale (14,9%).

Mediche e dirigenti sanitarie bocciano l'organizzazione del servizio sanitario nazionale

## Più attenzione alle tutele senza essere discriminate

L'Anaa Assomed ha promosso su scala nazionale un questionario anonimo rivolto alle donne del SSN per interrogarle in merito alle criticità rilevate, alle esperienze vissute, alle proposte di miglioramento del lavoro di cura e di cambiamenti necessari a un SSN a prevalente componente femminile

**Rispetto alla pandemia** il 58% delle partecipanti riterrebbe utile un confronto tra la direzione organizzativa e i professionisti per analizzare le criticità, giudica la catena di comando rispetto al Covid inadeguata e priva di effetti sul proprio lavoro (66%), alla proclamata fine dell'emergenza.

Per rendere il lavoro nel Sistema Sanitario Nazionale più appetibile per i giovani professionisti, la maggioranza ritiene necessario un aumento della retribuzione, una riduzione dei carichi di lavoro e un maggior coinvolgimento nei processi decisionali rispetto al proprio lavoro. Anche nell'immaginare una sanità del futuro governata dalle donne emergono temi legati alla riorganizzazione del lavoro, alla maggiore conciliazione del lavoro con la propria vita e la famiglia, alla maggiore equità e possibilità di carriera. Un aspetto segnalato come prioritario, e assente in altre indagini del genere, è la possibilità reale di uno sviluppo di carriera e un lavoro più flessibile negli orari e nei carichi rispetto alle esigenze. Sottolineata anche la necessità di umanizzazione sia delle cure sia dell'organizzazione: un'organizzazione sanitaria diretta da persone per le persone, dove il paziente torni ad essere al centro del processo. Da segnalare come il 40% delle partecipanti riferisca di non aver mai partecipato a uno sciopero e di non ritenerlo uno strumento utile, mentre frequentemente segnalano alla propria direzione, da sole o con colleghi, diversi tipi di problematiche.

In sostanza, dalla survey è emersa la ricerca delle professioniste di un maggior ruolo, di maggior tempo, di maggiore partecipazione alla vita della organizzazione.

### Le criticità

Distanza percepita tra le scelte organizzative e le necessità degli operatori

22,6%

Eccessivo carico di lavoro

19,2%

Carenza di personale

17,9%

Impossibilità di conciliare lavoro e vita privata

16,7%

Tra le criticità emergono aspetti legati alla distanza percepita tra le scelte organizzative e le necessità degli operatori (22,6%), l'eccessivo carico di lavoro (19,2%) e la carenza di personale (17,9%), l'impossibilità di conciliare i tempi relativi al lavoro e alla propria vita privata (16,7%).

La maggioranza delle intervistate ritiene fondamentale migliorare l'organizzazione del lavoro attraverso l'aumento del personale, la riduzione dei carichi, orari più flessibili, turnistiche di reperibilità, notturne e festive ridotte, possibilità di usufruire di riposi e ferie, una riduzione del carico burocratico, un aumento della retribuzione e del tempo adeguato alla propria formazione professionale.

**La stragrande maggioranza** (93%) ritiene le attuali politiche di conciliazione casa-lavoro non sufficienti a rendere il proprio lavoro più soddisfacente, perché trattasi di soluzioni marginali o lontane dalle reali necessità, in una società maschilista in cui poche donne sono al comando e nella quale le dottoresse vengono ancora chiamate signorine che dimostra anche una mancanza di attenzione verso la maternità. Viene anche denunciato come le tutele esistenti spesso non vengono praticate e che chi le richiede sia spesso esposto a emarginazioni e discriminazioni da parte dei superiori e – talvolta – anche dai colleghi stessi.



“Le donne con equilibrio, determinazione, competenza e professionalità hanno avuto un ruolo centrale nella gestione della pandemia” ad introdurre è **Marlene Giugliano**, fisiatra AORN dei Colli e Responsabile Regionale del Settore Femminile Anaa Campania.

“Quante donne hanno dovuto ulteriormente abbandonare le famiglie nel periodo del Covid magari non tornando a casa per paura di essere un rischio, questo è il segno tangibile del sacrificio delle donne in sanità” dice **Bruno Zuccarelli** Presidente OMCeO di Napoli e provincia e Vice Segretario Nazionale Anaa Assomed “Grande rispetto per le colleghe che in prima fila con commozione hanno lanciato il loro grido di dolore di chi è rimasto da solo a combattere a mani nude contro il Covid”, conclude Zuccarelli.

Il Convegno si è articolato in due sessioni scientifiche, entrambe sono state caratterizzate da interventi di ottimo livello offrendo molti spunti di riflessione alla tavola “Misure e strategie per nuovi modelli di cura” moderata dalla Giornalista **Veronica Bencivenga**.

È stata la dottoressa **Angela Anichiarico**, direttrice sanitaria dell'azienda ospedaliera di Caserta a esordire nel suo intervento dichiarando l'ormai avvenuta consapevolezza che nel sistema sanitario nazionale dovrà esistere un sistema post Covid. Una ristrutturazione del comparto sanitario

## Dobbiamo essere consapevoli che la realtà è cambiata e prendere le effettive decisioni

**Piglio deciso** e pragmatismo sono state le caratteristiche principali che hanno contraddistinto gli interventi del dibattito dal titolo “Sars-Cov2, il virus del terzo millennio, donne protagoniste”, organizzato da Anaa Assomed donne, un gruppo di colleghe medico e dirigenti sanitarie che da anni attivamente porta le istanze del settore all'opinione pubblica organizzando dibattiti con le Istituzioni. Non è un caso infatti che il convegno si sia tenuto lo scorso 29 marzo in una sede istituzionale come l'Ordine dei medici di Napoli

di cui ad oggi non si può più fare a meno. Una richiesta che mette tutti d'accordo, perno centrale dell'intero dibattito. Dopotutto le stesse proposte presentate dall'Anaa Assomed donne convergevano sul tema.

**Ecco i 6 punti:**

- 1 **Diversa organizzazione** del SSN con numero di posti letto e di specialisti adeguati ai bisogni della popolazione;
- 2 **Riorganizzazione** delle strutture ospedaliere in ambienti che offrano maggiore trasversalità e minore in-

terferenza tra percorsi di urgenza ed elezione attraverso nuove linee di indirizzo della politica sanitaria pronte ad affrontare le possibili future pandemie o emergenze sanitarie, che permettano modelli meno dispersivi delle risorse esistenti;

- 3 **Ospedali organizzati** per intensità di cure per garantire un uso ottimale dei posti letto e favorire un uso appropriato delle risorse umane e tecnologiche compresa la telemedicina nei confronti di persone con le stesse necessità e complessità, at-



traverso il cambiamento degli aspetti normativi per una nuova riorganizzazione del modello operativo che porti ad una migliore efficienza delle cure;

- 4 **Migliorare** i bisogni di cura attraverso una rete territorio-ospedale-territorio con l'azione di filtro della medicina e della pediatria di LS, l'uso di cure intermedie in strutture e case di comunità, avendo come obiettivo la "presa in carico" del paziente, utilizzando l'ospedale infine per le vere emergenze-urgenze;
- 5 **Maggiore** partecipazione alla gestione della Sanità da parte dei dirigenti medico-sanitari in particolare nei percorsi organizzativi e nella redazione di PDTA con l'obiettivo di produzione di salute, con valutazione degli "outcome" dei percorsi;
- 6 **Prevedere** una presa in carico dei pazienti cronici anche in situazioni di emergenza con percorsi separati, che eviti quanto osservato durante la pandemia da Sars-Cov-2.

Un insieme di grandi obiettivi che l'Anaa Assomed donne chiede a gran voce di realizzare, con lo sforzo comune di tutti, dalla politica a chi dirige, sino a chi ogni giorno negli ultimi due anni si è ritrovato sul fronte, a combattere questa guerra chiamata pandemia. Per mesi, durante soprattutto il primo lockdown, mentre il mondo si era congelato dinanzi alla

paura di non poter sopravvivere, quei medici e quelle dottoresse, non hanno mai lasciato il campo. Oggi, quegli eroi e quelle eroine pretendono una riorganizzazione al fine di migliorare la qualità sia professionale che dei pazienti.

"I posti letto che ogni azienda ha dichiarato non erano i posti reali - ha poi aggiunto **Annechiario** - e questo è un punto centrale perché avere un censimento dei posti letto reali è un elemento imprescindibile per sapere quali altri assistenziali occorrono " "Dopo i due anni più difficili che ognuno di noi ha vissuto - dichiara **Gennaro Volpe**, direttore generale Asl Bn, oggi possiamo avere un distretto che mette al centro la comunità e potremmo così dare il via agli ospedali di comunità. Realtà che esistono già in alcune regioni ma che nella nostra non erano ancora decollati. Apriremo nel prossimo mese la prima casa di comunità in largo anticipo rispetto al Pnrr. Ecco a cosa ci è servito il Covid, a fare presto, a fare prima" conclude Volpe.

"La pandemia da Covid ha messo in risalto la criticità dell'organizzazione, i medici del territorio così come gli ospedalieri si sono trovati ad affrontare un nemico che nessuno conosceva - ha dichiarato **Erminia Bottiglieri** - Presidente Ordine dei medici di Caserta. La pandemia ci ha ricordato che non solo è necessario ma indispensabile riorganizzare il sistema. Bisogna ridurre la medicina amministrata che ci distrugge, l'obiettivo è ridurre gli accessi non appropriati nei pronto soccorso per i non acuti. Il lavoro da fare non è facile perché serve anche una cultura diversa di formazione dei cittadini. È necessario lavorare sulla fase pre-ospedaliera e sulla post ma anche avere maggiori confronti ed incontri con i medici di medicina generale".

**Maria Vittoria Montemurro**, direttrice sanitaria dell'AOU Vanvitelli ha ricordato di come "il Covid abbia riportato al centro il nodo delle malattie infettive, nel caso specifico infettive e contagiose" ed il fatto che ad oggi le risorse per poter riformulare il sistema ci sono, "il Pnrr ha due grossi pilastri, quello della valorizzazione del territorio e quello della tecnologia informatica della salute dei cittadini, non dimentichiamo che la regione Campania esce dal commissariamento nel 2018 e che sulla carenza del personale non abbiamo avuto il tempo di esperire a tutte le esigenze. Dobbiamo essere bravi a snellire tutta la burocrazia" conclude **Montemurro**.

L'intervento conclusivo lo ha tenuto **Sandra Morano**, la responsabile di Area formazione femminile Anaa Assomed nonché autrice del libro "La sa-

“

**La presenza di tante donne che dirigono e quindi sono responsabili in un sistema sanitario troppo ingessato e che ancora sente questa impostazione maschile fa capire come tra pochissimo le donne saranno chiamate a dirigere tutto il sistema sanitario nazionale**

“

**Dobbiamo ribaltare ciò che c'è oggi, e le donne hanno dimostrato che c'è da cambiare molto nel sistema**

nità che vogliamo, le cure orientate dalle donne". Intervento che si è concentrato molto su come riuscire per adoperarsi al meglio per rivalutare non solo le condizioni di cura ma anche le reti ospedaliere attraverso lo sguardo attento delle donne, che ad oggi sono il 75 per cento nella sanità italiana.

"La presenza di tante donne che dirigono e quindi sono responsabili in un sistema sanitario troppo ingessato e che ancora sente questa impostazione maschile fa capire come tra pochissimo le donne saranno chiamate a dirigere tutto il sistema sanitario nazionale. Dichiara Morano che è chiarissima: "Dobbiamo ribaltare ciò che c'è oggi, e le donne hanno dimostrato che c'è da cambiare molto nel sistema". Morano aggiunge anche che il confronto e l'incontro delle parti sarà centrale in questo nuovo percorso organizzativo per tracciare le linee di un ragionamento collettivo. Dopotutto, anche il libro è nato così, dalle opinioni, risposte, denunce e proposte che tutte le donne, anche se a distanza a causa del Covid, hanno continuato ad "incontrarsi" per invertire la rotta e cambiare le cose. Oggi queste donne sanno dove vogliono andare e quali sono le esigenze primarie.

"Il Covid è stato un formidabile indicatore, una cartina di tornasole di ciò che sono le criticità del SSN". Ha dichiarato **Carlo Palermo** segretario nazionale Anaa Assomed. "Noi non abbiamo un SSN capace di affrontare una maxi emergenza perché abbiamo una dotazione di posti letto di 3,1 x 1.000 abitanti, nettamente al di sotto della media europea. Veniamo da una fase storica in cui la spesa sanitaria è stata considerata da tagliare, ma con il Covid abbiamo visto cosa ci è costato" e conclude dichiarando che "con la nostra azione, come sindacato, come Anaa abbiamo risolto un problema enorme, ovvero l'imbutto formativo e l'impossibilità per i laureati di accedere al percorso di specializzazione. Abbiamo la necessità nei prossimi 3 anni di andare a riparare il danno del decennio precedente attraverso un altro meccanismo, ovvero spostare nella rete ospedaliera gli specializzandi dal terzo anno in poi.

# I sistemi informatici degli ospedali sono al servizio del medico, o il medico è al loro servizio?

Un'indagine a campione tra gli iscritti per fotografare l'opinione dei medici sui software informatici che utilizzano quotidianamente

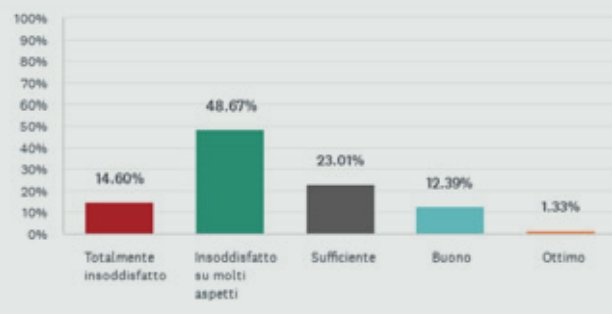


I software utilizzati dai medici ospedalieri offrono un prezioso database per consultare la storia clinica del paziente, elaborare analisi statistiche ed epidemiologiche, recuperare e duplicare i referti. Ma chi li utilizza nel quotidiano non è soddisfatto. I clinici vorrebbero visitare, operare, curare e non occupare tempo in quella che viene percepita come attività burocratica. Quando i software sono lenti, le procedure informatiche indugineose e ripetitive, l'insoddisfazione cresce. E cresce ancor di più considerandone i prezzi proibitivi di acquisto e di gestione. Non a caso il carico di lavoro burocratico è citato tra le maggiori cause di burnout.

Per questo come Anaa Assomed Piemonte abbiamo promosso un'indagine a campione tra gli iscritti per fotografare l'opinione dei medici sui software informatici che utilizzano quotidianamente. Al sondaggio hanno risposto 227 medici ospedalieri e dirigenti sanitari.

1

Qual è il tuo grado di soddisfazione nell'utilizzo quotidiano del software di gestione della tua attività clinica?



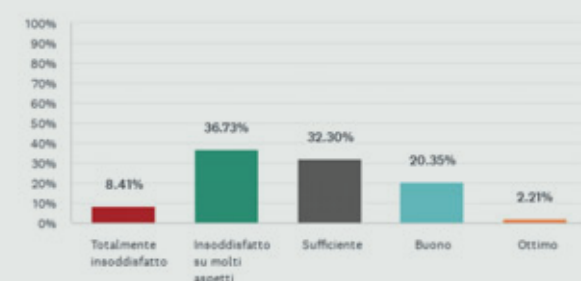
2

Quante volte un mal funzionamento del software rallenta/ostacola la tua attività clinica?



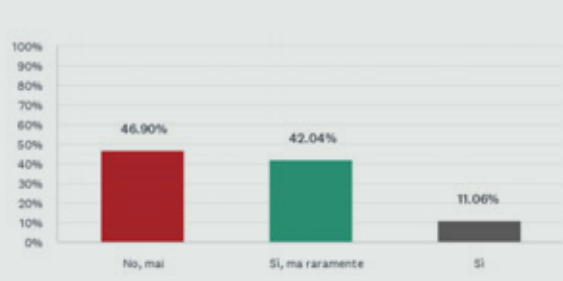
3

Qual è il tuo grado di soddisfazione del supporto tecnico in caso di difficoltà nell'uso del software?



4

Il software aziendale è periodicamente ottimizzato per le esigenze del tuo reparto?



- 1 Il 63,2% si ritiene totalmente o per molti aspetti insoddisfatto del software di gestione dei pazienti.
- 2 L'83% riferisce che il mal funzionamento del software rallenta l'attività clinica, e per il 42% del totale questo avviene quotidianamente.
- 3 Il supporto tecnico in caso di difficoltà è insufficiente per il 41% dei responders, buono solo per il 22%. E per i responders non vi sono periodiche ottimizzazioni dello strumento di lavoro, che dovrebbe adeguarsi alle mutate necessità lavorative e non chiedere ai medici di adattare le loro esigenze alla rigidità del sistema.
- 4 Ma purtroppo per l'83,6% dei medici, i software in uso in ciascun reparto sono più di uno: per gli esami di laboratorio, per quelli radiologici, per i pazienti ricoverati, ancora un altro per i pazienti ambulatoriali e di pronto soccorso, poi per la richiesta di farmaci, per le esenzioni, per i certificati vari. Insomma, un dedalo di password, piattaforme differenti, logiche di sistema una diversa dall'altra.  
Infatti per il 72% di chi ha più software, questi sistemi sono diversi tra loro e non si parlano. E quindi, per visionare gli esami di un paziente è necessario uscire da un sistema ed entrare in un altro.

- 5 Ma perché i sistemi non sono adeguati alle necessità dei clinici? Sicuramente perché i medici non sono stati coinvolti ed ascoltati in fase di progettazione.  
Infatti, tra i medici coinvolti nell'implementazione dei sistemi informatici, il grado di soddisfazione aumenta dal 13,6% al 44% mentre chi dà un giudizio nettamente negativo scende dal 63,2% al 22%.
- 6 Preoccupa infine che il 73% dei responders ritenga che il malfunzionamento dei software causi un rallentamento del lavoro del medico e di maggiore permanenza in ospedale. È inutile sottolineare come, in periodi di carenza di personale e liste d'attesa da recuperare, il tempo dei medici sia prezioso e dovrebbe essere utilizzato meglio.
- 7 Insomma, il 96% dei responders ritiene che la scarsa efficienza dei sistemi informatici contribuisca allo stress lavoro correlato.  
E quindi, probabilmente è una delle cause che induce un medico ospedaliero piemontese al giorno a dimettersi dall'ospedale, per cercare differenti opportunità di lavoro.  
Questi risultati sono estremamente eloquenti, offrono l'opportunità di migliorare l'efficienza degli ospedali, la soddisfazione dei lavoratori e quindi impongono una revisione della rete informatica, che deve obbligatoriamente coinvolgere i medici ed i sanitari che quotidianamente utilizzano i software.

## Un problema diffuso. Palermo: "Usare i fondi del Pnrr"

**"Il dato piemontese è interessante perché può essere assunto come indicativo a un livello più ampio – osserva Carlo Palermo, segretario nazionale di Anaa Assomed.**

**In particolare, dall'indagine condotta emerge la scarsa partecipazione dei medici allo sviluppo dei programmi, che sembrano qualcosa di estraneo alla vita quotidiana del reparto e la sensazione che in qualche modo si punti al controllo dei costi e alla standardizzazione dei piani diagnostico terapeutici più che alla semplificazione e alla "sburocrazia" del lavoro e, in ultima analisi, al rapporto con i pazienti".**

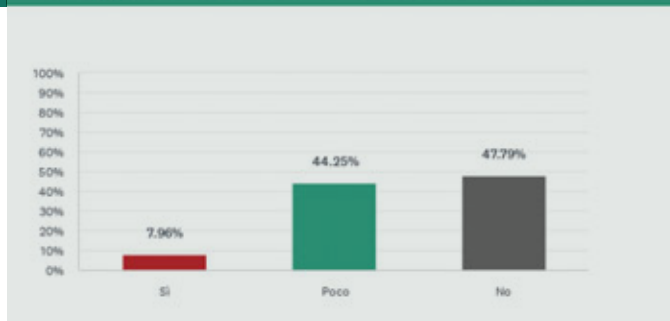
**Le conseguenze, sottolinea Palermo, non riguardano infatti solo una maggiore farraginosità nell'operato del medico, ma si ripercuotono direttamente sul malato. "Inoltre il fatto che il rapporto con il paziente passi in seconda linea può essere uno dei fattori che contribuiscono a quel disagio del medico che già ha poco tempo per le visite di per sé a causa degli organici cronicamente carenti, a cui si aggiunge l'ulteriore carico di gestire i software e i malfunzionamenti della rete, del programma stesso o la mancanza di interoperabilità con altri sistemi, ad esempio con il database radiologico o dei laboratori".**

**Cosa fare? "Innanzitutto far partecipare i medici e gli operatori sanitari, come infermieri e tecnici, allo sviluppo dei software, che dovrebbero essere molto *friendly* e invece spesso appaiono come un ulteriore step burocratico e causa di lungaggini".**

**I fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (che stanziava ben 8 miliardi e 63 milioni di euro per innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale) potranno essere usati per migliorare la situazione? "Penso e spero proprio di sì, soprattutto per garantire ai medici percorsi di formazione e per un supporto amministrativo che è necessario per l'attivazione e l'uso dei software".**

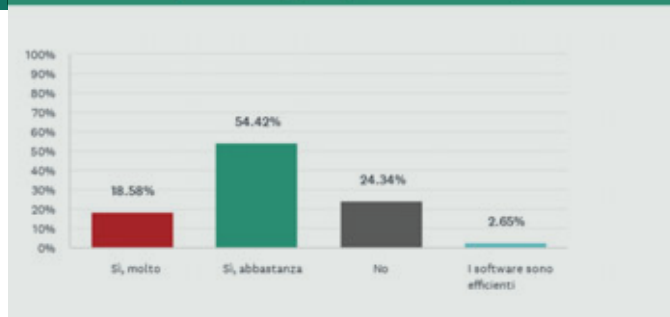
5

**La dirigenza medica e sanitaria viene coinvolta nello sviluppo e nell'implementazione dei sistemi informatici?**



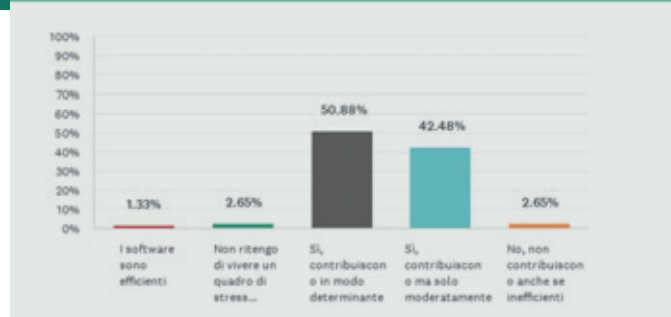
6

**La scarsa efficienza dei software è causa di rallentamento del tuo lavoro e quindi di maggiore permanenza in ospedale?**



7

**Credi che la scarsa efficienza dei software informatici contribuisca allo stress lavorativo?**



## Giovani medici

# Come formare gli specialisti di domani. Dall'università all'ospedale



## LA PROPOSTA ANAAO GIOVANI



**PIERINO DI SILVERIO**  
Responsabile Nazionale Anaaio Giovani

**La carenza** di personale medico nelle corsie ospedaliere e nei servizi territoriali, presente da anni ed emersa con forza durante la sindemia COVID-19, rischia di dare un colpo mortale alla sostenibilità del SSN. Il fenomeno nasce dalla progressione della gobba demografica, che vede nei nostri ospedali la popolazione medica più vecchia del mondo, dall'ulteriore brusca accelerazione dovuta alla "Quota 100" prevista nella Legge di Bilancio 2019, che modifica la cosiddetta "Riforma Fornero" e infine dalla fuga costante dei medici dal SSN, rilevata dal recente studio dell'Associazione.

Intanto il Governo ha aumentato il numero dei contratti di formazione specialistica finanziati dallo Stato per il prossimo quadriennio e ha aumentato a 12.000 l'anno i posti in scuola di specializzazione. Tale iniziativa, se da un lato comporterà sicuramente un innesto di giovani professionisti in un mondo del lavoro sempre più in difficoltà, dall'altra rischia di spostare, senza i dovuti accorgimenti e una reale program-

mazione dei fabbisogni, l'imbuto formativo combattuto per anni, a imbuto lavorativo.

Da non sottovalutare peraltro il fulcro della problematica legata alla carenza di personale. Oggi nel nostro sistema sanitario pubblico esiste un'esigenza immediata di medici, aumentata da una crisi vocazionale imperante e destrutturante. I medici specialisti servono subito, e occorre inoltre assicurare agli stessi una formazione adeguata e di qualità.

Soprattutto alla luce dell'incremento di borse previsto per il futuro la capacità formativa delle Università non riuscirebbe a garantire una formazione di qualità e sufficiente.

Occorre una riforma strutturale del sistema formativo italiano, una riforma le cui basi sono state poste dal ddl Calabria, con risultati positivi.

Mentre in Europa gli specializzandi sono integrati e spesso dipendenti dei servizi sanitari nazionali, in Italia sono un ibrido tra studenti e lavoratori, una figura assai difficile da inquadrare nell'ottica di diritti e doveri. L'Italia è l'uni-

co Paese europeo nel quale l'Università ha il monopolio della formazione medico-specialistica la cui qualità, a detta degli stessi specializzandi, è spesso insufficiente e, quando confrontata con quella delle strutture del SSN, nettamente inferiore (Fonte: Survey Anaaio Giovani 2017).

La sfida della formazione post laurea del personale medico, elemento strutturale per garantire la sostenibilità della sanità pubblica, richiede una riforma, organica e nazionale che la renda meno vincolata a dinamiche universitarie e più legata al fabbisogno e alla programmazione del SSN.

Una riforma strutturale deve prevedere il passaggio della gestione della formazione specialistica pratica dal MIUR al Ministero della Salute, con rilascio del titolo da parte dell'Università. La quale continuerebbe a offrire la formazione teorica agli specializzandi, partecipando al controllo della qualità del percorso. L'attività professionalizzante si svolgerebbe, invece, in ospedali di apprendimento con volumi minimi soglia per ogni specialità, stabiliti dalle Regioni, compresi quelli universitari, attualmente detentori esclusivi della formazione medica specialistica e unici destinatari del lavoro prodotto.

Occorre, in sostanza, individuare reti formative in cui l'Università svolga un ruolo di coordinamento delle attività didattiche e di ricerca, in collaborazione con strutture ospedaliere, **learning hospitals**, capaci di trasmettere competenze professionali insegnando il 'saper

fare' e il 'saper essere' del medico di domani. Anticipando l'incontro dell'attività formativa con l'attività assistenziale attraverso un vero contratto di lavoro dipendente, a tempo determinato e a scopi formativi, dal primo anno o dopo il tronco comune, che sancisca il passaggio dei giovani medici dallo status di studenti a quello di lavoratori, garantendo loro tutele assistenziali e previdenziali attraverso un pieno e precoce inserimento professionale nel SSN.

Il percorso di specializzazione verrebbe diversamente articolato con acquisizione progressiva, e certificata di autonomia professionale fino al conseguimento del titolo di specialista.

Se il medico in formazione al primo anno di specialità è ancora privo di autonomia, dal secondo potrà effettuare attività di base e attività specialistiche sempre tutorate, fino ad arrivare nella fase finale a compiere atti e procedure cliniche in prima persona, con un tutor sempre disponibile in caso di bisogno. L'iter formativo prevede la possibilità di formazione all'estero, con una borsa di studio ad hoc della durata massima di 12 mesi, prolungabile, a scelta del medico, fino a 18 mesi, ma in regime di aspettativa senza assegno. Inoltre, nel primo biennio dovrà essere prevista in maniera obbligatoria una formazione sulle urgenze emergenze attraverso tirocini nei Pronto Soccorso e corsi di BLS-D, ALS e PTC.

In questo nuovo sistema formativo il **tutor** rappresenta una figura chiave. Troppo spesso, nell'attuale modello, il tutor è solo sulla carta, senza alcun potere decisionale sulla formazione del giovane medico, ostaggio del volere del Direttore di Scuola di Specializzazione. In questo caso il tutor sarebbe uno specialista con almeno 5 anni di specializzazione ed esperienza, titolare insieme con la équipe di una specifica funzione formativa che va retribuita con una voce stipendiale specifica. La sua attività sarebbe giudicata dagli specializzandi stessi e dal Direttore di Struttura ogni 3 anni, con possibilità di revoca dell'incarico. Da un punto di vista giuridico e contrattuale il medico in formazione specialistica entra come tale nell'area della dirigenza medica, al fine di poter usufruire delle tutele previdenziali e assistenziali proprie di ogni lavoratore. Occorre in definitiva mutare il paradigma formativo che oggi è polarizzato verso un insegnamento teorico, shiftando decisamente verso quell'insegnamento pratico che in medicina appare di importanza imprescindibile al fine di formare professionisti di qualità.

SURVEY ANAAO GIOVANI

## I medici specializzandi chiedono la proroga del Decreto Calabria: si alle assunzioni stabili

Oltre il 90% degli specializzandi è favorevole all'adozione del Decreto Calabria (71,2% molto favorevole, 19,2% moderatamente favorevole) e oltre l'80% (81,8%) si è espresso a favore di una stabilizzazione oltre il 31 dicembre 2022. Questi i risultati della Survey Anaaio Giovani su 1.645 risposte uniche, di cui 1.468 specializzandi, 48 neolaureati e 129 neospecialisti.

**Il Decreto Calabria** è stata una delle prime mosse eversive, per di più in tempi pre-COVID, che hanno cercato di sollevare il ruolo degli specializzandi da studenti a giovani dirigenti medici. In uno scenario di carenze di medici specialisti, il graduale inserimento negli ospedali del territorio, dopo regolare procedura concorsuale, è stato apparentemente ben accolto dagli specializzandi e dai colleghi senior come una ulteriore opportunità di professionalizzazione e un modo più rapido e intensivo di trasferimento di conoscenze al fine dell'autonomia definitiva al termine del percorso di specializzazione.

**Con questa survey** – commenta Marco Evangelista Anaaio Giovani Campania curatore della Survey - abbiamo voluto sondare proprio con i giovani medici, la percezione del DL Calabria, in scadenza al 31 dicembre 2022, al fine di comprendere l'effettivo gradimento del meccanismo.

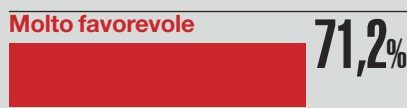
**Alla domanda** se il DL Calabria abbia impattato sulla qualità dell'offerta formativa nelle mura universitarie, il 34,6% degli intervistati ha ritenuto che non vi fosse alcuna variazione, e addirittura il 43,9% ha rilevato addirittura un miglioramento dell'offerta stessa.

**Degli intervistati**, il 14,5% ha effettivamente usufruito del DL Calabria (il 31,1% degli aventi diritto, ovvero gli iscritti dal terzo anno in poi), ritenendo l'esperienza fruttuosa nell'84,6% dei casi (61,4% estremamente positiva, 23,2% positiva).

**Alla domanda conclusiva**, se si ritenesse opportuna una riforma del contratto di formazione specialistica in contratto di formazione-lavoro, l'88,8% degli intervistati ne ha un'opinione positiva (66,7% estremamente positiva, 22,1% positiva).

**Appare cristallino, dunque, che i tempi sono finalmente maturi per mettere sul tavolo il tema specializzandi e svolgerlo, con responsabilità e rispetto, nei più brevi tempi possibile.**

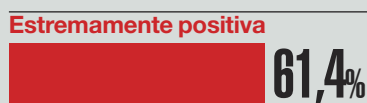
È favorevole all'adozione del Decreto Calabria?



Moderatamente favorevole



Come giudica l'esperienza del DL Calabria?



Positiva



# Legge delega di riordino

# IRCCS

È in corso in XII Commissione della Camera dei Deputati l'esame del disegno di legge delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) – AC 3475. L'Anaa ha trasmesso alla Commissione della Camera un Documento evidenziando le criticità e proponendo delle modifiche

## È mancato il coraggio

Molte erano le aspettative che si erano create su una materia, che aveva avuto grandi promesse dal Piano Nazionale della Ricerca 2020-2022 in termini del riconoscimento della necessità di dare un forte impulso alla ricerca sanitaria, soprattutto alla luce dell'esperienza maturata durante la pandemia che ne ha evidenziato come assolutamente imprescindibile il potenziamento in termini di risorse.

A questo si aggiunge che la riforma nasce dal mandato della componente 2 della missione 6 del PNRR (M6C2.1 – Aggiornamento tecnologico e digitale – Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS), con "l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie. Ciò al fine di sviluppare le potenzialità degli IRCCS e di incrementare la qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale". Peraltro come previsto nella NADEF 2021, costituisce un disegno di legge collegato alla manovra di bilancio 2022-2024.

Pur ritenendo apprezzabile lo sforzo dell'Esecutivo in chiave di riforma, è tuttavia evidente che si è molto lontani dal livello di investimento in ricerca sanitaria degli altri paesi europei.

L'articolo 1, comma 5 del disegno di legge delega chiarisce che "dall'attuazione della riforma non devono derivare



**MARIA ANITA PARMEGGIANI**  
Commissione IRCCS Anaa Assomed

nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica". Diventa quindi difficile immaginare come si possa intervenire con un vero e proprio piano di sviluppo senza aumentare le risorse disponibili, ma anzi dicendo sostanzialmente alle regioni (articolo 1, comma 1, lettera e)), che hanno ampia titolarità in materia di riconoscimenti, che, qualora si vogliano riconoscere altri IRCCS, loro stesse devono metterci del denaro, vincolando stabilmente quote di finanziamento alla ricerca. Quote che si immagina vengano stornate dal Fondo Sanitario, ricordando, peraltro, come attesta il DEF 2022 che nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria è prevista crescere a un tasso medio annuo dello 0,6 e conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e PIL decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato, ad un livello pari al 6,2 per cento.

È pleonastico dire che tutto questo renderà impossibile riconoscere nuovi istituti, ma il combinato disposto con quanto indicato dall'articolo 1, comma 1 lettera b), che riguarda le procedure di riconoscimento, conferma e revoca, attraverso la definizione di nuovi criteri non ben specificati, fa sì che, neppure tanto velatamente, si adombri la possibilità di diminuirne il numero.



È chiaro che proporre di introdurre criteri e soglie di valutazione elevati con meccanismi trasparenti e oggettivi è sicuramente un ottimo obiettivo, ma senza risorse adeguate rischia di diventare solo penalizzante per chi deve accettare la sfida. Sembra evidente il tentativo di limitare futuri riconoscimenti e provare a toglierne alcuni assegnati in passato. Peraltro, negli ultimi 20 anni il numero di IRCCS è passato da circa 35 a 52, con riduzione sostanziale del finanziamento complessivo ordinario di ricerca corrente. Se questi nuovi criteri di revoca e conferma saranno davvero oggettivi, trasparenti e soprattutto non penalizzanti per gli IRCCS pubblici, potrebbero migliorare complessivamente le eccellenze IRCCS, ma sui tali criteri non è dato sapere nulla se non generiche dichiarazioni. Il nodo della scarsità di risorse quindi resta in tutta la sua portata e la soluzione conseguente va nella direzione opposta allo sviluppo e al sostegno della ricerca soprattutto pubblica.

La separazione inoltre dei criteri di revoca e conferma fra mono e polispecialistici potrebbe inoltre contenere nella sua attuazione meccanismi di agevolazione dei grandi centri privati e/o dei policlinici universitari. Andrebbe previsto, che possano essere ricono-





sciute non più di due discipline e che ciò sia possibile per tutti gli IRCCS e non solo per i policlinici universitari.

Sul fronte del personale (articolo 1, c. 1 lettera n)) è sicuramente positivo che si riduca il periodo di precariato attualmente in essere con la cosiddetta “piramide del ricercatore” che ad oggi è di dieci anni (5+5), ma il non prevederne uno sbocco di stabilizzazione nell’area della dirigenza e un accesso obbligato in sovrannumero alle scuole di specialità, si traduce in una ennesima mortificazione proprio di quei giovani che rappresentano il futuro della ricerca italiana. Con l’assenza di prospettive di stabilizzazione come fatto per il personale precario dell’assistenza, (D.lgs 25 maggio 2017, n. 75 e ssmi.,) si è creato un “vulnus” profondo nella ricerca pubblica sanitaria, separandola di fatto dall’assistenza per la quale, al contrario, è stato previsto un vero e proprio percorso di reale stabilizzazione. Va anche aggiunto che le condizioni di assunzione di questo personale sono state così penalizzanti che solo un terzo scarso degli aventi diritto ha aderito e che quindi, con una spesa veramente irrisoria, sarebbe possibile porre fine ad una vergognosa pagina della ricerca sanitaria pubblica.

Esiste una grande differenza fra IRCCS

pubblici e privati e in tema di risorse si sono sempre messi e si continuano a mettere sullo stesso piano realtà molto diverse, tant’è che molte delle norme proposte riguardano l’organizzazione dei IRCCS pubblici, che però sono solo 21 su 30.

Fra le modifiche proposte sicuramente i criteri di selezione dei Direttori Scientifici, il loro rapporto con la Direzione Generale tenta di porre fine ad annosi problemi di convivenza nelle strutture pubbliche fra realtà diverse, ricerca e assistenza, che spesso hanno anche obiettivi diversi. Ma non è certo agendo solo sui vertici delle strutture pubbliche, giacché il privato fa quello che vuole, che si risolve la dicotomia tra ricerca e assistenza. Manca completamente infatti una visione complessiva di politica del personale IRCCS pubblico che, va ricordato, ha l’obbligo non solo dell’assistenza, ma anche della ricerca. Ricerca che non compare né nei criteri di selezione, né nel tempo lavorativo, ma magicamente solo negli obiettivi di risultato. Non è solo chiarendo bene le incompatibilità dei direttori scientifici per non incorrere in conflitti di interesse, che si qualifica il sistema, ma selezionando e motivando ad hoc il personale che ci lavora.

Infine tra criterio di territorialità, baci-

no minimo di riferimento e dimensione sovraregionale alla lettera c) e d) dell’articolo 1, comma 1 del disegno di legge, si è capito ben poco, ma si rischia di veder riconosciuto un IRCCS dove non c’è e di negarlo dove ci sono le potenzialità o, peggio, dove c’è e funziona. Il messaggio che arriva, dalle due lettere citate sarebbe di evitare concentrazioni di IRCCS nella stessa area geografica, con possibili sbilanciamenti ed “attrattori” nella mobilità extraregionale. Fermo restando il diritto dei pazienti ad usufruire dei servizi là dove ci sono, se non disponibili nella propria regione. Tutto ciò, sembra indirizzato principalmente alle regioni che sugli IRCCS hanno patria potestà e con cui in occasione dell’emanazione dei decreti delegati si potrebbe aprire l’ennesimo scontro, e non sarebbe certo la prima volta.

La convivenza fra ricerca e assistenza, che fa degli IRCCS un modello unico anche a livello internazionale, è un patrimonio sicuramente da sostenere e la spinta verso l’alto della qualità e la valorizzazione delle reti contenuta nella riforma va certamente in questa direzione. Sarebbe ora che in questo paese si investisse davvero in ricerca sanitaria pubblica finanziata da soldi pubblici per valorizzare questo Sistema Sanitario Nazionale che ha dimostrato di avere, anche in tempo di pandemia, insostituibili capacità anche in territori apparentemente e numericamente di nicchia, ma di grande rilevanza per la salute pubblica come gli IRCCS. In questo senso auspichiamo un intervento del legislatore.

Segue da pagina 1

## Soluzioni strutturali contro la crisi dei Pronto Soccorso. Senza medici restano solo i miracoli

**Avere pensato** di riorganizzare ed “efficientare” il sistema sanitario attraverso tagli lineari su posti letto e dotazioni organiche rappresenta una sciocchezza prima di essere un errore. Ridurre l’offerta pensando che la domanda si adeguasse automaticamente è stato un cinico azzardo, che ha avviato la sanità ospedaliera ad un certo e rapido peggioramento. Ma non esiste sanità senza ospedali. E non esistono ospedali senza medici. Senza Medici restano solo i miracoli.

**I corifei dell’aziendalismo** ed i cultori della tecnocrazia preferiscono promuovere non-soluzioni, con l’aria di chi descrive verità scientifiche. Come quelle di reclutare specialisti ambulatoriali, che per contratto non lavorano di notte e nei festivi, chiamare docenti universitari, aprire nuovi PS senza porsi il problema del personale, per poi chiuderli in un batter d’occhio. E disquisire di accorpamenti e di “efficientamento”. Con rari esempi di fantasia amministrativa, come una mega azienda dei PS a Napoli, che somiglia alla mega azienda della Pediatria della Liguria. Curioso che le due uniche Regioni prive di Assessore alla Salute diano prova della stessa creatività organizzativa. Intanto, illustri esponenti del Governo e delle Regioni sono affaccendati in tutte altre faccende, certamente più urgenti, come l’affermazione della meritocrazia e la abolizione del numero chiuso a Medicina.

**La crisi dei Pronto Soccorso** necessita non di provvedimenti tampone ma di soluzioni strutturali, quali norme che garantiscano la riduzione dei tempi per il reclutamento del personale, investimenti per un adeguamento degli organici, sia in PS che nei reparti, e l’aumento dei posti letto ordinari, soprattutto per le specialità mediche. Ed occorre creare le condizioni per rendere desiderabile il lavoro del medico, nel PS e nelle corsie, riducendo il disagio, aumentando le retribuzioni, garantendo tutele e diritti attraverso la applicazione puntuale dei contratti di lavoro. I medici in formazione specialistica degli ultimi anni potrebbero, come accade in tutta Europa, associare alla formazione universitaria la attività lavorativa, adeguatamente retribuita, evitando di svalutare il capitale formativo impiegato in sanità attraverso il ricorso al reclutamento extra legem di medici nemmeno iscritti al corso di formazione.

Se si vuole che la esigibilità del diritto alla salute non venga affidata alla carta di credito oltre che al luogo di residenza.

### I NUMERI DI UNA CRISI CHE VIENE DA LONTANO

La crisi attuale dei pronto soccorso non è nata dal nulla. Come le indagini e gli studi negli ultimi 20 anni ci hanno rivelato a più riprese ospedali e personale del Ssn hanno subito un vero e proprio salasso.



**Il Ssn nel 2007 poteva contare su 259.476 posti letto** contro i 190 mila del 2019, circa 70 mila in meno (il 27%). Un calo in tutti i comparti: degenza ordinaria, day hospital e day surgery. E se si confronta il dato con l’anno 2000 il calo è ancora più vistoso: nel 2000 c’erano di degenza ordinaria ben 272 mila posti letto (oltre 80 mila in più rispetto al 2019). Se non si trova un posto letto è facile quindi capire il perché, praticamente non ci sono quasi più.



**Male anche il personale.** Nel 2007 il Ssn poteva contare su 650 mila unità e risultava così ripartito: il 69,7% ruolo sanitario, il 18,3% ruolo tecnico, l’11,7% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale. Di questi vi erano 106,8 mila medici e 264,1 mila infermieri. Con la dieta di finanziamenti e il blocco del turnover nel 2019 tale personale ammonta a circa 600 mila unità (-50 mila) e risulta così ripartito: il 72,2% ruolo sanitario, il 17,5% ruolo tecnico, il 10,1% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale. Nell’ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 102,3 mila unità (-4.500 rispetto al 2007) e quello infermieristico da 256,4 mila unità (-7.700 rispetto al 2007).



**Ma la dieta ha colpito anche le strutture.** Nel 2007 c’erano 1.197 ospedali che nel 2019 sono diventati 992 (205 in meno).

E se si guarda ancora più indietro vengono i brividi: nel 2000 gli ospedali erano 1.321, oltre 300 in meno in quasi 20 anni.

# Il contratto che vogliamo



**Le richieste  
dell'Anaa  
per il Ccnl  
2019-2021**

Scarica  
la versione  
integrale  
pubblicata su  
**Iniziativa  
Ospedaliera**



**ANAAO ASSOCIAZIONE ASSOMED MEDICI DIRIGENTI**

[www.anaao.it](http://www.anaao.it)



# SEGUI IN TEMPO REALE LE ATTIVITÀ DELLA TUA ASSOCIAZIONE WWW.ANAAO.IT



www.anaao.it

## RASSEGNA STAMPA QUOTIDIANA

## NEWS

## SERVIZI

## ASSISTENZA LEGALE

## POLIZZE ASSICURATIVE

## COMUNICATI

## CONTRATTO

## EVENTI

## DALLE REGIONI

## ATTIVITÀ PARLAMENTARE

## ANAAO GIOVANI

## DIRIGENZA SANITARIA

## VIDEO

## PUBBLICAZIONI

