

dirigenza medica

- 9 **Ufficio legale Anaa**
Le ferie arretrate vanno pagate. Come funziona?
- 13 **Annuario statistico**
Come è cambiato il Ssn in 10 anni
- 14 **Dirigenza sanitaria**
Poct: una diagnostica decentrata da governare

Il mensile dell'Anaa Assomed



Il Documento della Direzione Nazionale

La cronaca del convegno di Bologna

LA FINE DEL SSN

No all'autonomia differenziata
Le preoccupazioni dell'intera categoria di medici e dirigenti sanitari

ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED

Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI DEL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED



Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
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 XXI

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

Finito di stampare
nel mese di aprile 2024

AUTONOMIA DIFFERENZIATA

QUALI RISCHI
PER IL SERVIZIO
SANITARIO
NAZIONALE?

IL DOCUMENTO
DELLA DIREZIONE
NAZIONALE
ANAAO ASSOMED

L'Autonomia differenziata e la fine del Ssn

La Legge 833 del 1978, istitutiva del Ssn, pone tra i suoi obiettivi il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese e l'articolo 32 della Costituzione vuole i cittadini uguali nella esigibilità del diritto alla salute. A distanza di quarant'anni, però, non si registra alcuna reale convergenza e le distanze tra le varie aree del Paese si misurano non solo in km, ma in aspettativa di vita (minore al Sud), tassi di mortalità evitabile (maggiori al Sud), speranza di vita in buona salute (20 anni tra i due estremi), mortalità infantile (doppia al Sud), mortalità materna al parto (maggiore al Sud). Anche nei servizi sociali il divario è enorme, tra i 583 euro spesi per abitante di Bolzano e i 53 di Messina. Le Regioni del Mezzogiorno, mediamente più giovani, ricevono una quota capitaria media inferiore del 2,6% (-45,5 euro) rispetto a quella del Nord e del Centro, a causa di una iniqua ripartizione del Fondo sanitario nazionale, nonostante il lieve incremento dello 0,75% del parametro della deprivazione sociale, recentemente introdotto. La persistenza di inaccettabili diseguaglianze, sia nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie sia negli esiti di salute, particolarmente lungo la faglia Nord-Sud, fa dubitare che possa esserci una sola terapia per entrambe le aree del Paese.

**“I cittadini di serie A e quelli di serie B”
non sono un rischio paventato, ma l'iniqua realtà.**

Il disegno di legge per l'attuazione dell'autonomia differenziata, presentato dal Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie Roberto Calderoli, attualmente in discussione alla Camera, concede maggiori poteri alle Regioni su 23 materie, tra cui la sanità. Sull'altare degli equilibri di maggioranza viene sacrificato un diritto della persona costituzionalmente tutelato, uno dei pochi elementi di quella “coesione nazionale” caposaldo della comunicazione governativa. Ma in un Sistema sanitario lacerato da importanti differenze, che arrivano a comprendere la stessa erogazione dei LEA, il regionalismo potenziato può fare venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale. Per questa via, il diritto alla salute, uno e indivisibile, verrà declinato in 21 modi diversi, cessando di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale, che diventa così la fonte prima-

ria del diritto. Con una perdita complessiva di coesione sociale ed una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere, aggravati dal fenomeno inarrestabile della mobilità sanitaria che ha sottratto in un decennio, secondo la Corte dei Conti, 14 miliardi di euro alle regioni del Sud, ridotte al rango di clienti di quelle del Nord, cui garantiscono la tenuta dei conti.

L'obiettivo primo del Ddl Calderoli è, in tutta evidenza, quello di trattenere nelle Regioni, o meglio in alcune Regioni, più gettito fiscale, senza nemmeno indicare una soglia massima di compartecipazione al singolo tributo erariale che esse potranno ottenere in sede di intesa. Le Regioni del Nord, in particolare Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, danno oggi allo Stato più di quanto ricevono, a differenza di quelle del Sud. Una differente capacità fiscale delle Regioni finirebbe, però, per avvantaggiare quelle più ricche, le quali potrebbero assicurare ai propri residenti servizi pubblici essenziali migliori, per quantità e qualità, una sorta di LEPs di prima categoria, in violazione del principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini. La Svimez ha stimato che, qualora fossero state approvate le pre-intese sottoscritte dal Governo Gentiloni (2018), ne sarebbe derivato un «surplus tra i sei e i nove miliardi a favore delle tre Regioni interessate (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna)».

Diminuire, però, le disponibilità di risorse a livello centrale mette a rischio la possibilità per lo Stato di assolvere alle sue funzioni non delegabili, e di colmare i divari esistenti in diversi settori, come salute e istruzione. Con il rischio di approfondire una disarticolazione autonomistica in assenza di adeguati interventi di riequilibrio anche di tipo perequativo.

Non si possono nascondere dubbi e perplessità, riguardanti la mancanza di prerequisiti per richiedere ulteriore autonomia, così che anche Regioni in piano di rientro possono chiedere di espandere le competenze nella tutela della salute, o lo scarso coinvolgimento del Parlamento, essendo l'intesa di fatto un accordo tra esecutivi.

Per la sanità possiamo distinguere due parti: una riguardante la definizione e il finanziamento dei LEPs (Livelli Essenziali delle Prestazioni), vale a dire la soglia costituzionalmente necessaria per rendere effettivi i diritti civili e sociali, che meriterebbe una attuazione accelerata, l'altra contenente le materie **non LEPs**, contenente non pochi aspetti allarmanti.

L'art. 111 precisa che l'attuazione dell'autonomia differenziata è subordinata alla definizione dei LEPs concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Il combinato con l'articolo 119 della Costituzione («La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante») lascia intendere che l'insufficienza delle risorse regionali per assicurare i LEPs è da colmare senza se e senza ma. A garanzia per i più deboli di avere le stesse risorse per i loro diritti civili e sociali.

I LEPs, però, pur essendo fondamentali per allineare la qualità dei servizi delle Regioni del Centro-Sud a quelle del Nord, saranno definiti da una Commissione Tecnica, e non dal Parlamento, promulgati attraverso DPCM impugnabili solo davanti al TAR ma non davanti alla Corte Costituzionale. E restano, al momento, orfani di risorse. Ma si potrà procedere con l'autonomia prima ancora che le risorse siano stanziata, perché il trasferimento delle funzioni alle Regioni potrà essere effettuato dopo la definizione dei LEPs senza attendere la loro attuazione. In altri termini, l'autonomia precede il recupero dei divari tra le varie aree del Paese.



**Sanità di serie A
e sanità di serie B.
E tu di che serie sei?**

**+ diseguaglianze NORD/SUD
+ privatizzazione dei
servizi**

**Nessuna risposta all'11%
della popolazione
che rinuncia alle cure,
per problemi economici
o tempi di attesa.**



Preoccupa l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane, data la possibilità di pagarle al di fuori dei vincoli del CCNL

Un punto particolarmente critico è rappresentato dal ventaglio dei poteri concessi alle Regioni in materia sanitaria, senza nemmeno prevedere una clausola di supremazia, essenziale, ad esempio, in caso di pandemia. Essi spaziano dalla mano libera su tariffe e tickets, alla gestione dei fondi integrativi, con il rischio del risorgere di un sistema mutualistico-assicurativo, dalla governance delle aziende, con la possibilità di un sistema arlecchino più variegato di quello odierno, all'istituzione a livello di alcune regioni di quel contratto lavoro a scopo formativo per specializzandi e MMG che il Governo si ostina a negare a tutto il sistema nazionale. Preoccupa, soprattutto, l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane, data la possibilità di pagarle al di fuori dei vincoli del CCNL e l'autonomia nella regolamentazione dell'attività libero-professionale. Un mercato competitivo per l'ingaggio dei professionisti, nutrito dal dumping salariale e dalle contrattazioni regionali che metterebbero una "pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sul ruolo dei sindacati a carattere nazionale" (GIMBE).

Le note dolenti riguardano le **modalità di finanziamento dei LEPS**. In un sistema che non vuole "aggravi" per la finanza pubblica, sarà difficile comporre la differenza del 25% di spesa sanitaria individuale tra Nord e Sud e rispondere a quel 11% della popolazione che rinuncia alle cure, per problemi economici o tempi di attesa.

O colmare, in tempi rapidi, i profondi divari interterritoriali, soprattutto di tipo infrastrutturale, attraverso la realizzazione di efficaci interventi perequativi, cui pure mira il ddl Calderoli (articoli 9 e 10). Quando la Germania affrontò il problema della riunificazione decise di trasferire ingenti risorse da Ovest a Est. In mancanza delle quali, e nella vaghezza del finanziamento del fondo di perequazione, Regioni che in partenza sono al di sotto della soglia minima di LEPS non potranno recuperare terreno, vanificando anche le numerose sollecitazioni europee a favore della crescita dei territori più svantaggiati.

Infine, *last but not least*, la normativa in esame tende a configurarsi all'interno del sistema delle fonti come legge rinforzata e blindata nei confronti del Parlamento. E, per di più, non "aggredibile" nemmeno in via referendaria, ex articolo 75 della Costituzione. Come del resto la stessa legge-quadro, pervasa da frequenti richiami agli «obiettivi di finanza pubblica» e alle norme attuative dell'«equilibrio di bilancio», materie inibite al referendum abrogativo. Non a caso il Governo ha inserito la "legge-quadro" tra i provvedimenti collegati alla manovra di bilancio.

Nell'illusione di spendere meno dando servizi migliori, l'accesso alle cure, e i loro esiti, diventano funzione del reddito e della residenza, 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. La sanità divente-

rà un bene pubblico per i residenti in una Regione e un bene di consumo in altre. Ma il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale perché forti sono i rischi per l'integrazione sociale e la stessa unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute.

Per "mitigare" gli effetti collaterali del regionalismo potenziato in sanità si possono individuare tre contromisure:

- il contestuale aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato;
- la messa in atto di meccanismi di solidarietà tra Regioni;
- l'aumento in maniera consistente della quota di deprivazione da destinare alle Regioni del Centro-Sud

In conclusione, il quadro che viene fuori dal Ddl Calderoli è per taluni aspetti confuso, per altri chiaro, soprattutto sul piano della compressione delle garanzie sociali e dei diritti e sul risultato ultimo che rischia di conseguire: rendere i livelli essenziali ancora più essenziali.

In presenza di un elevato deficit e debito pubblico cui è soggetto il nostro Paese, tra i più elevati in Europa, e dell'imminente ripristino delle strettoie del patto di stabilità, appare assai arduo il finanziamento dei LEPs entro il termine ravvicinato previsto. Il pericolo che si cela dietro questa previsione a costo zero è quello di dare attuazione a una riforma autonomistica che, nonostante (o proprio per) l'ambizioso progetto, sarà costretta a conservare il criterio della spesa storica, con l'effetto di cristallizzare le disuguaglianze ancora esistenti nel Paese. Per di più, si introduce un vincolo di subordinazione delle prestazioni alle risorse, in netta contraddizione con una chiara giurisprudenza costituzionale) per la quale «è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione» (sentenza n.275/ 2016).

**Con 21 Servizi sanitari diversi
aumenta la mobilità sanitaria
e con essa gli squilibri
tra Regioni più ricche
e più povere**

La Direzione Nazionale di Anaa Assomed ritiene che si stia giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese.

Trasferire tutte le competenze previste dall'articolo 116 a una o più Regioni, senza che nemmeno esistano evidenze, come rilevato dalla Corte dei Conti, per affermare che ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità economiche e nella gestione delle risorse aumentino il grado di efficienza dei servizi erogati, appare azzardato in una epoca in cui l'Italia ha scelto di delegare, per ragioni di armonizzazione e per avere maggiore peso geopolitico, alcune materie alla competenza sovranazionale dell'Unione europea. In sanità significa sottrarre al diritto alla tutela della salute una dimensione nazionale, mettere in crisi il Servizio sanitario nazionale e anche un'idea unitaria di Paese, di Repubblica e di Stato. Senza contare il rischio di numerosi conflitti costituzionali tra Stato e Regioni.

Rafforzare il regionalismo in sanità significa, insomma, insistere su una strada sbagliata e contraria a quella indicata dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella nel discorso di fine 2022: *“Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese - tra Nord e Meridione, per le isole minori, per le zone interne - creano ingiustizie, feriscono il diritto all'uguaglianza.”* *“Occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Ssn si rafforzi”.*

L'Anaa Assomed ribadisce la propria contrarietà e opposizione ad un progetto siffatto, auspicando che si voglia evitare il colpo di grazia al welfare state del nostro Paese. O a quel che ne resta. Almeno togliendo la sanità dalle materie delegabili.

**Regione che vai,
costo che trovi.
Le Regioni avranno mano
libera su tariffe e tickets!**



SE PASSA SARA LA FINE DEL SSN

“Il servizio sanitario nazionale – ha affermato **Stefano Bonaccini**, Presidente dell’Emilia Romagna nel suo intervento di salute - non è mai stato a rischio come oggi. Il Governo lo sta smantellando e il risultato è che sono esplose le assicurazioni private, medici e infermieri, a causa di salari troppo bassi e di turni massacranti, emigrano verso il privato o cambiano lavoro. Presto potrà curarsi solo chi ne avrà le possibilità economiche.

“Se passa l’autonomia differenziata sarà la fine del servizio sanitario nazionale”.

Con queste parole **Pierino Di Silverio**, Segretario nazionale Anaa Assomed, ha rappresentato al numeroso pubblico che ha partecipato al Convegno di Bologna dal titolo “Autonomia differenziata. Quali rischi per il Servizio Sanitario Nazionale?” le preoccupazioni dell’intera categoria di medici e dirigenti sanitari

Serve una grande mobilitazione, perché ormai siamo di fronte a un’emergenza nazionale. Dobbiamo batterci per riaffermare che il diritto alla salute deve essere garantito a chiunque, ad un povero esattamente come ad un ricco”.

“L’autonomia differenziata in campo sanitario rappresenta una sfida per le Regioni, ma una sfida che può portare con sé grandi benefici: per quanto mi riguarda, dunque, ritengo sia necessa-

Convegno Anaa Assomed a Bologna



rio proseguire nel percorso intrapreso – ha dichiarato il presidente di Regione Liguria **Giovanni Toti** nel messaggio inviato all'Anaa Assomed – In primo luogo, autonomia significa assunzione di responsabilità da parte di chi amministra un territorio, senza la possibilità di “distribuire” gli effetti delle scelte fatte e di ciò che non va sul governo centrale ma con la necessità di rispondere in prima persona alle critiche e alle richieste dei cittadini. In secondo luogo, perché permetterà di adattare i servizi forniti alle esigenze specifiche del territorio, tenendo conto delle caratteristiche uniche di ogni area del Paese e con la possibilità di avere un costante dialogo con i cittadini, anche attraverso la digitalizzazione. Insomma l'autonomia consentirà di essere più competitivi ed efficienti”.

“L'autonomia differenziata è un progetto di contro Risorgimento, noi stiamo distruggendo l'unità nazionale”, ha dichiarato **Vincenzo De Luca**, Presidente della Campania, in apertura del suo intervento. Parlando con dei medici è emerso come sia un progetto con-

trario alla professione medica perché è contro i progetti di solidarietà umana” perché tanti cittadini campani non si curano più e “non fanno nemmeno gli screening oncologici.

“Ci sono elementi di truffa politica e amministrativa in questo disegno di legge: quando si dice che questa ipotesi legislativa va avanti senza oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato ci domandiamo come si faccia a garantire i livelli essenziali di prestazioni a quelle Regioni dove non sono garantiti senza toccare il bilancio dello Stato. È chiaro che siamo di fronte ad una vera e propria truffa.

Se noi destiniamo il 6,3% del Pil alla

Sanità pubblica – ha aggiunto – il problema dei finanziamenti diventa irrisolvibile e noi ci avviamo verso la distruzione del nostro Sistema sanitario nazionale. Mancano all'appello tra 20 e 30 miliardi di euro.

Servono minimo 4 o 5 miliardi di euro perché le risorse finora stanziare servono appena per pagare i costi del personale. In queste condizioni i problemi sono irrisolvibili, servono risorse.

Serve più personale sanitario anche se con l'autonomia differenziata si possono fare contratti integrativi regionali e questo vuol dire che il Sud è morto: ci avviamo ad una migrazione ulteriore dal Sud al Nord, che significa la morte

Queste distanze aumenteranno:

- **aspettativa di vita (minore al Sud)**
- **tassi di mortalità evitabile (maggiore al Sud)**

AUTONOMIA DIFFERENZIATA



del Sistema sanitario al Sud. Una carenza già evidente nei pronto soccorsi e nelle Case di Comunità.

Se qualcuno si illude di salvarsi realizzando una piccola Baviera in Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto credo che si stia illudendo. Così rischiamo solo di spaccare l'unità del Paese e di spaccare i valori di solidarietà nazionale e umana. Mi auguro – ha concluso – che ci fermeremo per tempo”.

Preoccupazione per il rischio di un servizio sanitario frammentato e disuguale è stata espressa dagli esperti intervenuti.

Per **Francesco Pallante**, Professore Associato di Economia Politica, l'Autonomia differenziata, così come proposta, non risponde all'attuale crisi del diritto alla salute e rischia di acuire le disuguaglianze tra le diverse regioni. Risolvere l'attuale crisi del diritto alla salute a beneficio delle sole regioni più dinamiche è una prospettiva che si colloca al di fuori dal quadro costituzionale e ha suggerito l'esigenza di tornare alla Costituzione, a partire dal pieno rispetto dei principi di uguaglianza e di unità.

Sull'identificazione e finanziamento dei Leps si è concentrato l'intervento di **Francesco Porcelli** Associato di Economia Politica - Università degli Stu-



Queste distanze aumenteranno:

- **speranza di vita in buona salute (20 anni tra i due estremi)**
- **mortalità infantile (doppia al Sud)**
- **mortalità materna al parto (maggiore al Sud)**

di di Bari “Aldo Moro” e membro del Comitato scientifico per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, il cui percorso, iniziato a maggio del 2023, dovrebbe portare a una normativa organica in tema di LEP. L'attività di ricerca ha cercato di rispondere a domande cruciali come: Cosa si intende per LEP? Quali sono i potenziali LEP che si possono rinvenire nella normativa vigente nelle materie che interessano i diritti sociali e civili? Quali sono i passaggi che consentono di tramutare i LEP in fabbisogno di spesa, sviluppando modelli di perequazione che ne consentono il finanziamento rispettando gli equilibri di finanza pubblica? Anche se le risposte non sono ancora complete e univoche, la definizione organica dei LEP,

indipendentemente dall'attuazione dell'autonomia differenziata, è un'operazione di grande portata, in quanto attua una parte della Costituzione che pone le basi per la riduzione dei divari territoriali.

Le preoccupazioni si basano su dati concreti per **Enrico Coscioni**, Presidente di Agenas, che sottolinea l'importanza di un dibattito attento e responsabile, che ponga al centro la salute dei cittadini e l'equità del Ssn: “Alla luce dei dati sulla spesa sanitaria, sulla carenza di personale e sulle disomogeneità regionali, è fondamentale interrogarsi se il Ssn sia pronto per questa nuova fase. Il dibattito sull'autonomia differenziata deve essere condotto con attenzione e

Convegno Anaa Assomed a Bologna

**AUTONOMIA
DIFFERENZIATA**



Addio al contratto nazionale per la sanità!
Si apre la stagione della concorrenza selvaggia per reperire il personale.

senso di responsabilità, ponendo al centro la tutela della salute dei cittadini e la garanzia di un Ssn equo ed efficiente.” E ricorda alcuni dati sul confronto impietoso sulla spesa sanitaria pubblica e privata rispetto a Germania e Francia: nel 2022 la spesa sanitaria pubblica italiana è pari a circa 131 miliardi rispetto ai 423 della Germania e ai 271 della Francia, mentre l'incidenza della spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil è stata pari al 6,8%, inferiore di ben 4,1 punti a quella tedesca (10,9%), di 3,5 punti a quella francese (10,3%), e inferiore di mezzo punto anche a quella spagnola (7,3%).

Anna Lisa Mandorino Segretaria Generale di Cittadinanzattiva ha evidenziato i rischi di una frammentazione nell'accesso alle cure sanitarie, con cittadini di serie A e di serie B a seconda della regione di residenza, richiamando l'urgente necessità di stabilire i Livelli Essenziali di Prestazioni (LEP) come standard minimi garantiti a tutti i cittadini. “Se facessimo l'ipotesi, estrema ma possibile, che tutte le Regioni chiedessero per sé forme di regionalismo asimmetrico così articolate, l'Italia, come Stato unitario, semplicemen-

te non esisterebbe più e lo si sarebbe deciso senza alcun tipo di partecipazione popolare”.

I rischi di un sistema sanitario frammentato sono stati evidenziati da **Giovanni Trianni** di Medicina Democratica Emilia Romagna. Teme un “marasma istituzionale” con gravi conseguenze per la sanità pubblica. “Siamo a dieci giorni dalla discussione del ddl di autonomia differenziata e Medicina Democratica propone azioni concrete quali una stagione di scioperi generali, preparazione a referendum abrogativi eventualmente possibili, la preparazione di ricorsi alla Corte Costituzionale, una campagna di sensibilizzazione verso i cittadini e cittadine di non votare candidati e candidate, alle prossime elezioni europee/amministrative che sostengono la autonomia differenziata”.

“Il convegno – ha concluso **Pierino Di Silverio** – ha messo in luce le profonde criticità dell'Autonomia Differenziata per il Ssn. Le voci degli esperti e delle associazioni chiedono un dibattito pubblico aperto e costruttivo sul futuro della sanità in Italia, con l'obiettivo di tutelare il diritto alla salute per tutti i cittadini”.

“È fondamentale che il dibattito sull'Autonomia Differenziata si svolga in modo aperto e trasparente, coinvolgendo tutti gli stakeholder interessati, al fine di trovare soluzioni che tutelino il diritto alla salute e garantiscano un Ssn di qualità per tutti i cittadini”.

Le ferie arretrate vanno pagate.

Come funziona?

La citata normativa europea, oltre a sancire il diritto del lavoratore a un periodo di ferie annuali retribuite di almeno 4 settimane, riconosce altresì il diritto al pagamento di un'indennità finanziaria per le ferie annuali non godute al momento della cessazione del rapporto di lavoro. Questa disposizione è stata recepita nell'ordinamento interno dall'art. 10 del D.lgs. n. 66/2003. Come noto, le continue riduzioni agli organici e i crescenti carichi lavorativi, hanno reso sempre più difficoltosa la fruizione delle ferie da parte del personale sanitario, che si vede spesso costretto ad accumulare, nel corso degli anni, un ingente numero di giorni di ferie che non riesce a smaltire per esigenze di servizio.

Un fardello questo che i dirigenti si portano dietro fino al momento in cui vanno in pensione, oppure fino a quando decidono di concludere il rapporto con l'azienda per cambiare lavoro o passare ad altra amministrazione.

Ecco quindi che sta assumendo sempre maggiore importanza il tema della monetizzazione delle ferie nel pubblico impiego, anche alla luce della recente evoluzione giurisprudenziale, sia interna che europea, sempre più favorevole a riconoscere il diritto del dipendente ad ottenere un'indennità economica per le ferie non godute al termine del rapporto di lavoro, nonostante le limitazioni poste dalla legislazione interna.

Sappiamo, infatti, che nel 2012 il Legislatore, con il D.L. n. 95/2012 (c.d. decreto "spending review"), ha introdotto, solo per il pubblico impiego e per ragioni di contenimento della spesa pubblica, un generale divieto di monetizzazione delle ferie non godute al termine del rapporto, che ha finito per generare un grande contenzioso con le aziende e che oggi sembra arrivato a un punto di svolta. La citata norma, come prevedibile, ha generato un grande contenzioso, arrivando anche al vaglio della Corte Costituzionale, la quale pur dichiarando non fondata la questione di legittimità, ha chiarito che il divieto di monetizzazione introdotto dal D.L. 95/2012 non può trovare applicazione in maniera assoluta, restando escluse dall'ambito applicativo quelle vicende estintive del rapporto di lavoro che non

Ogni dipendente ha diritto a un periodo di ferie annuali retribuite non rinunciabile, garantito sia dalla Costituzione che dalla normativa comunitaria e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.



“**Sul piano operativo, è necessario procedere ad una preliminare istruttoria della singola fattispecie, mediante acquisizione e studio della documentazione e fornita dall'iscritto**

chiamino in causa la volontà del lavoratore (es. malattia, infortunio, maternità...) e la capacità organizzativa del datore di lavoro (es. diniego delle ferie per esigenze organizzative). Al contrario, sempre secondo la Consulta, il divieto di monetizzazione trova comunque applicazione in quei casi in cui la cessazione del rapporto di lavoro sia riconducibile ad una condotta volontaria del lavoratore (es. dimissioni volontarie, risoluzione consensuale) o ad eventi, quali la mobilità, il pensionamento o il raggiungimento dei limiti di età, che comunque consentono di pianificare per tempo la fruizione delle ferie e di attuare il necessario contemperamento delle scelte organizzative del datore di lavoro con le preferenze manifestate dal lavoratore in merito ai periodi di riposo. Tali principi sono stati a loro volta "sviluppati" dalla Corte di Cassazione con riferimento al rapporto di lavoro del dirigente sanitario, arrivando ad affermare che non può sussistere la perdita del diritto all'indennità economica al termine della cessazione del rapporto se il datore di lavoro non dimostra di aver esercitato tut-

ta la diligenza necessaria affinché il lavoratore sia posto effettivamente in condizione di fruire delle ferie annuali retribuite e di aver assicurato altresì che l'organizzazione del lavoro e le esigenze di servizio cui il dirigente era preposto non fossero tali da impedirne il godimento. In definitiva, secondo la più recente giurisprudenza interna, il dirigente il quale al momento della cessazione del rapporto di lavoro non abbia fruito delle ferie, ha diritto a un'indennità sostitutiva, a meno che il datore di lavoro dimostri di averlo messo nelle condizioni di esercitare il diritto in questione prima di tale cessazione, mediante un'adeguata informazione nonché, se del caso, invitandolo formalmente a farlo. Fino ad oggi, l'applicazione dei suddetti principi giurisprudenziali è apparsa comunque "difficoltosa" nei casi di interruzione anticipata del rapporto dovuta a dimissioni volontarie rassegnate dal dirigente, le quali precludono la possibilità di fruire in tempo delle ferie maturate nel corso degli anni precedenti, rendendo di fatto il pagamento dell'indennità sostitutiva l'unica opzione possibile.

Le ferie arretrate vanno pagate. Come funziona?

La Corte di Giustizia dell'Unione Europea del 18 gennaio 2024 – causa C- 218/22

Nel descritto contesto, tuttavia, si inserisce la recente sentenza della **Corte di Giustizia dell'Unione Europea del 18 gennaio 2024 – causa C- 218/22**, la quale, ponendosi nel solco di altri precedenti della stessa Corte, ha stabilito che la normativa italiana sul divieto di monetizzazione delle ferie dei pubblici dipendenti, si pone in contrasto con il Diritto Europeo, nella parte in cui prevede il divieto di versare al lavoratore un'indennità finanziaria per i giorni di ferie annuali retribuite maturati e non goduti alla data della cessazione del rapporto di lavoro, nei casi in cui lo stesso lavoratore ponga fine volontariamente al rapporto di lavoro e non abbia dimostrato di non aver goduto delle ferie nel corso del predetto rapporto per ragioni indipendenti dalla propria volontà.

In altri termini, secondo i Giudici europei, il motivo della cessazione del rapporto di lavoro è irrilevante ai fini del diritto all'indennità finanziaria, sicché la monetizzazione può essere esclusa solo nel caso in cui il lavoratore, deliberatamente e con piena cognizione delle conseguenze che ne possano derivare, si sia astenuto dal fruire delle ferie annuali retribuite dopo essere stato posto in condizione di esercitare in modo effettivo tale diritto da parte del proprio datore di lavoro.

La recente pronuncia della Corte di Giustizia Europea, per la prima volta diretta proprio contro la normativa italiana, ha altresì chiarito che è onere del datore di lavoro assicurarsi concretamente e in piena trasparenza che il lavoratore sia effettivamente posto in condizione di fruire delle ferie annuali retribuite, invitandolo, se necessario formalmente, a farlo, e nel contempo informandolo, del fatto che, se egli non ne fruisce, tali ferie non saranno monetizzate. La sentenza della Corte di Giustizia Europea avrà di certo un grande impatto sia sui procedimenti giudiziari pendenti che su quelli futuri, sebbene, occorre precisare, che i richiamati principi giurisprudenziali non hanno una portata applicativa generalizzata ma vanno sempre contestualizzati in relazione alla fattispecie concreta, la quale può presentare profili e caratteristiche tali da escludere il diritto alla monetizzazione.

L'azione giudiziale

L'azione giudiziale va introdotta con ricorso ordinario ex art. 414 c.p.c. dinanzi al Tribunale civile in funzione Giudice del Lavoro. Qualora la fattispecie concreta presenti un'alta probabilità di accoglimento e sia supportata da adeguata documentazione probatoria, può valutarsi l'avvio di un procedimento monitorio per ingiunzione di pagamento, ai sensi degli artt. 633 e ss. del c.p.c., finalizzato ad ottenere in tempi brevi e senza chiamare in causa la controparte, un titolo esecutivo da notificare all'amministrazione. Se quest'ultima non si oppone entro 40 giorni dalla notifica, il creditore potrà avviare l'esecuzione forzata (preetto e pignoramento dei beni). In caso di opposizione della controparte, invece, si darà il via alla fase di merito del processo a cognizione piena, al pari di quanto avviene con un normale ricorso ex art. 414 c.p.c..

Lo strumento monitorio può rivelarsi particolarmente efficace per indurre l'amministrazione ad adempiere spontaneamente all'obbligazione risarcitoria oppure a raggiungere un accordo transattivo.

In ogni caso, il giudice competente per le controversie relative ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni è quello nella cui circoscrizione ha sede l'ufficio al quale il dipendente è addetto o era addetto al momento della cessazione del rapporto (art. 413 c.p.c.).

Pertanto, i ricorsi andranno radicati sull'intero territorio nazionale e non sarà possibile avviare un'azione collettiva presso un unico foro.

L'AZIONE GIUDIZIALE

- **Il ricorso per la monetizzazione delle ferie va presentato al competente Tribunale del Lavoro.**
- **L'azione ha natura risarcitoria per cui si prescrive in 10 anni decorrenti dalla data di cessazione del rapporto.**
- **È opportuno far precedere il ricorso da una formale richiesta di monetizzazione all'azienda (lettera di diffida e messa in mora), anche per interrompere la prescrizione.**
- **Ogni ricorso, avendo caratteristiche e specificità uniche, va esaminato e proposto individualmente, sulla base di un parere di fattibilità.**



Indicazioni operative per gli iscritti che vogliono avvalersi del supporto dell'Ufficio Legale

Sul piano operativo, è necessario procedere ad una preliminare istruttoria della singola fattispecie, mediante acquisizione e studio della documentazione fornita dall'iscritto.

In tale contesto, andrà valutata l'opportunità di proposizione del ricorso in termini di sussistenza dei presupposti giuridici per un accoglimento della domanda giudiziale

L'istruttoria preliminare della fattispecie è comunque garantita gratuitamente a tutti gli iscritti che si rivolgono all'Ufficio Legale. Le richieste possono essere trasmesse al nostro Ufficio legale di Roma scrivendo a servizi@anaao.it

Al termine dell'istruttoria sarà formulato un parere di fattibilità sulla proponibilità dell'azione.

In caso di parere di fattibilità positivo, occorre comunque tener presente che l'azione per ottenere il pagamento dell'indennità sostitutiva ha natura risarcitoria e si prescrive in 10 anni.

Pertanto, nelle more dell'avvio del contenzioso, è opportuno che il singolo dirigente, dopo l'avvenuta cessazione del rapporto, interrompa la prescrizione del diritto formulando un'espressa richiesta di monetizzazione delle ferie nei confronti dell'azienda.

A tal fine, l'Ufficio legale potrà fornire all'iscritto un modello di istanza da presentare all'amministrazione.

In sintesi:

Scrivete a servizi@anaao.it

SUPPORTO DELL'UFFICIO LEGALE

Gli iscritti possono avvalersi del supporto offerto dall'Ufficio Legale dell'Anaa, il quale:

- **effettua l'istruttoria del caso**
- **esprime un parere di fattibilità**
- **predispone e/o invia per conto dell'iscritto una richiesta di monetizzazione all'Azienda**
- **garantisce il supporto legale per tutta la fase stragiudiziale**
- **offre tutela legale per i ricorsi mettendo a disposizione una rete di Avvocati Anaa**

Il Documento di economia e finanza 2024

Nel 2024 la spesa per il Ssn è a quota 138,7 mld (+5,8%). Ma nel triennio 2025-2027 in rapporto al Pil scende dal 6,3 al 6,2%

La spesa sanitaria prevista per il 2024 è pari a 138.776 milioni, con un tasso di crescita del 5,8 per cento rispetto all'anno precedente. Nel triennio 2025-2027, la spesa sanitaria è prevista crescere a un tasso medio annuo del 2 per cento; nel medesimo arco temporale il Pil nominale crescerebbe in media del 3,1 per cento. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e Pil, pari al 6,3 per cento nel 2025 e nel 2026, si assesta al 6,2 per cento nel 2027.

L'incremento per il 2024, si spiega nel documento, è influenzato anche dagli oneri per assicurare l'assistenza sanitaria correlata con l'accoglienza umanitaria per la crisi in Ucraina. Andando più nel dettaglio, la previsione per il 2024 evidenzia:

- per i redditi da lavoro dipendente un livello di spesa previsto pari a 43.968 milioni, equivalente a una crescita del 9,7 per cento rispetto al 2023. Questo aumento è influenzato dagli oneri correlati al rinnovo contrattuale dei dirigenti degli enti del Ssn per il triennio 2019-2021/93 nonché da quello relativo all'intero personale dipendente per la tornata 2022-2024. A legislazione vigente sono, inoltre, preordinati maggiori costi in termini di miglioramenti economici, il potenziale mantenimento in servizio dei lavoratori nonché la riprogrammazione delle procedure di reclutamento in virtù di proroghe circa le tempistiche applicative. L'aggregato è in crescita anche in ragione delle spese previste per l'attuazione della 'Missione 6: Salute' del Pnrr.

- per i consumi intermedi un livello di spesa pari a 45.639 milioni, con un incremento del 2,9 per cento rispetto al 2023. L'aumento è imputabile soprattutto ai prodotti farmaceutici per i quali si stima una crescita del 7,1 per cento. Quest'ultima è determinata, oltre che da una generale dinamica in aumento, anche dai riflessi

L'incremento per il 2024 è dettato da diversi fattori quali, ad esempio, l'assistenza per i rifugiati ucraini, il rinnovo contrattuale dei dirigenti degli enti del Ssn e il nuovo tetto per acquisti diretti della spesa farmaceutica. Nel triennio 2025-2027, la spesa sanitaria è prevista crescere a un tasso medio annuo del 2%. Nello stesso arco temporale il Pil nominale crescerebbe in media del 3,1%. Conseguentemente, la spesa sanitaria sul Pil scende dal 6,3 al 6,2%



Link al documento di economia e finanza

TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2024 - 2027

	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria	138.776	141.814	144.760	147.420
In % di PIL	6,4%	6,3%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	5,8%	2,2%	2,1%	1,8%

Valori assoluti in milioni di euro

derivanti dalla rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti e dall'ulteriore incremento del fondo per il concorso al rimborso dei farmaci innovativi. A parziale compensazione dei succitati fattori di crescita viene scontata nel 2024 un'ipotesi di incasso di pay-back di poco superiore all'importo contabilizzato l'anno precedente. Le altre componenti afferenti ai consumi intermedi mostrano un incremento dello 0,9 per cento.

- per le **prestazioni sociali** in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market un livello di spesa pari a 44.582 milioni, in crescita rispetto all'anno precedente (+5,2%).
- per le altre componenti di spesa è prevista una quantificazione pari a 4.587 milioni, in crescita del 6,9 per cento rispetto al valore riscontrato l'anno precedente. Tale aumento è sostanzialmente riconducibile a una maggiore quota dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (Irap) associata al pagamento di consistenti oneri per i miglioramenti economici del personale del Ssn.

Previsioni per gli anni 2025-2027

Nel triennio 2025-2027, la spesa sanitaria è prevista crescere a un tasso medio annuo del 2 per cento; nel medesimo arco temporale il Pil nominale crescerebbe in media del 3,1 per cento. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e Pil, pari al 6,3 per cento nel 2025 e nel 2026, si assesta al 6,2 per cento nel 2027. La previsione, oltre a una parziale contabilizzazione degli oneri per i miglioramenti economici per il triennio 2025-2027, sconta una dinamica incrementale dei costi.

Nel Def si spiega inoltre come tale previsione rifletta anche:

- la dinamica dei diversi aggregati di spesa coerente con gli andamenti medi registrati negli ultimi anni;
- gli interventi di razionalizzazione dei costi già programmati a legislazione vigente;
- la spesa sanitaria corrente per l'attuazione del Pnrr.

Di Silverio: “Servono politiche coraggiose”

“Questo governo già dalla versione definitiva prossimo Def deve fare una scelta coraggiosa: riconoscere l'esigenza più grande di questo Paese, quella di salvare i due pilastri welfare-state, sanità e istruzione, tutto il resto è secondario e il governo deve destinare più soldi a questi due pilastri, distrarli da altro, perché non è una questione di percentuali sul Pil ma di quanto si investe”

È quanto ha dichiarato all'Ansa, il segretario del maggiore dei sindacati dei medici ospedalieri, l'Anaa-Assomed, Pierino Di Silverio che chiede “politiche coraggiose”.



“Non stiamo dicendo che non sono stati destinati fondi alla sanità ma che semplicemente non bastano perché il gap, dopo 15 anni di disinvestimenti, è troppo ampio e il Servizio sanitario nazionale ha troppo bisogno oggi di risorse e di riforme, perché le risorse da sole non bastano”, afferma. “Basti pensare che secondo precedenti studi, per colmare quel gap che si è maturato in 15 anni servirebbero quasi 50 miliardi di euro, cosa impossibile”, dice Di Silverio per il quale il Mes è stato tra le occasioni perse.

Da qui la richiesta di “scelte coraggiose, quelle che distraggono soldi da altre situazioni, dalla guerra, dalle armi, dai lodi Lotito e company che regalano 800 milioni alle squadre di calcio di serie A, dall'evasione fiscale”.

“Il ddl autonomia per come viene portato avanti aumenterà ben oltre il 24% la percentuale di quei cittadini che in Italia si rivolge già oggi alla sanità privata, a fronte di una media europea che si aggira intorno all'8-9 per cento”, sottolinea ancora il segretario Anaa augurandosi “una lunga discussione in Parlamento e annunciando una serie di incontri e campagne informative, in varie città d'Italia da aprile a giugno, aperte a cittadini, sindaci e governatori”.

Una tabella di previsione tecnica della NadeF dello scorso ottobre, si ricorda, parlava di un calo della spesa per la sanità sul Pil, tra il 2020 e il 2025 di 1,2 punti, sottolineando però che nel 2020 il Pil ha registrato una forte contrazione per effetto della fase iniziale dell'emergenza Covid e per tornare ai livelli del 2022 servirebbero quasi 10 miliardi nel 2024 e nel 2025. In un appello poi del 3 aprile, 14 scienziati e Nobel hanno evidenziato che nel 2025 sarà destinato il 6,2% del Pil, meno di vent'anni fa. Oggi il Fondo sanitario è di 134 miliardi (contro i 114 del 2019) e sono stati stanziati dal governo 3 miliardi in più per il 2024, 4 per il 2025 e 4,2 per il 2026.

Com'è cambiato il Ssn in 10 anni

Ci sono sempre meno ospedali, sempre più strutture private e un territorio sempre più sguarnito di medici di famiglia, pediatri e medici di continuità assistenziale. Inoltre, dopo il boom di posti letto per acuti del 2020, anno dello scoppio della pandemia nel 2022 è proseguito il taglio. Il personale è sempre meno rispetto a 10 anni fa ma negli ultimi anni si nota fortunatamente un'inversione di tendenza.

È questa la fotografia che emerge dal nuovo annuario statistico del Ssn del Ministero della Salute relativo al 2022. E così andando a confrontare il medesimo rapporto relativo al 2012 emerge con la limpidezza dei numeri la dieta forzata cui i vari Governi che si sono succeduti nello scorso decennio hanno sottoposto il Ssn che in 10 anni si è ritrovato con 95 ospedali in meno, un peso del privato sempre più forte e un'assistenza territoriale pubblica al palo con progressi nell'Assistenza domiciliare integrata che però ancora non risente del boost dato dal Pnrr.

Iniziamo dagli ospedali. In 10 anni ne sono stati chiusi 95, ben il 9%. Nel 2012 tra pubblici e privati erano 1.091 mentre nel 2022 sono scesi a 996, con un taglio più marcato per quelli pubblici (67 in meno in 10 anni).

In calo anche le strutture per l'assistenza specialistica ambulatoriale: erano 9.268 nel 2012 e sono scese a 9.085 dieci anni dopo. In crescita, ma solo grazie al privato quelle di assistenza Territoriale Residenziale che a fronte delle 6.526 strutture presenti nel 2012 ne conta 8.045 nel 2022 (pubbliche sono appena il 15%). Stesso trend per quanto riguarda le strutture di assistenza territoriale semi residenziale che vede crescere le strutture: erano 2.787 nel 2012 e sono 3.126 nel 2022. Stesso dicasi per la Riabilitativa che da 1.027 strutture è passata a 1.180. In crescita anche i numeri per l'altra assi-



Sono alcuni degli scatti che emergono dal nuovo Annuario del Ssn relativo al 2022 appena pubblicato dal Ministero della Salute che confrontato con il medesimo report di 10 anni prima evidenzia come il Servizio sanitario abbia lentamente mutato volto con un'assistenza territoriale in difficoltà e sostenuta in gran parte dal privato. Pochi progressi nell'Assistenza domiciliare integrata mentre pare invertirsi il trend sul personale sanitario che torna a crescere anche se rispetto a dieci anni prima segna un - 4.500 unità

stenza territoriale in questo caso con il pubblico a farla da padrone. Ma ciò che più fa effetto è che i tagli hanno riguardato il settore pubblico che nel 2022 annovera il 42,7% delle strutture totali contro il 46% di 10 anni prima.

Sempre meno personale rispetto a 10 anni fa ma il trend pare invertirsi. Nel 2012 il Ssn annoverava 629.713 unità contro le 625.282 del 2022. Un



*Link all'Annuario
2022*



*Link all'Annuario
2012*

Segue a pagina 16

Point-of-care testing (Poct)

Nell'ultimo decennio la Medicina di Laboratorio ha incrementato l'utilizzo di sistemi di analisi decentrate al fine di garantire attività diagnostiche per l'emergenza clinica e per il governo di situazioni logistiche che richiedono lunghi tempi di attesa delle prestazioni (Turn Around Time), e al fine di ridurre i costi di gestione

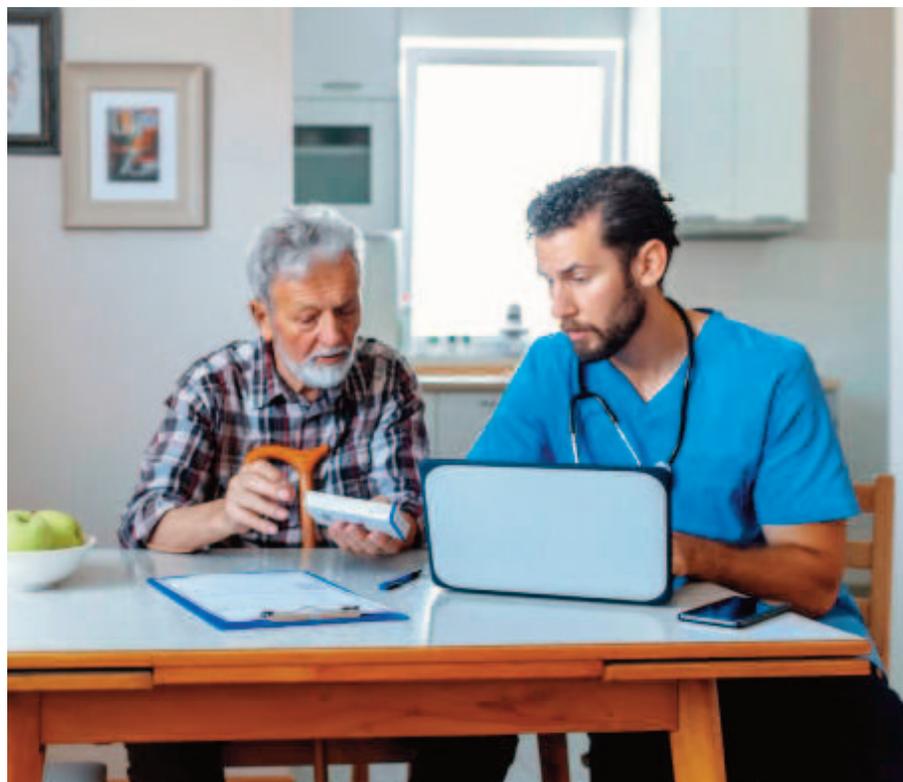
Il concetto di test vicino al paziente per l'analisi del sangue fu inizialmente introdotto in Inghilterra negli anni '50 e venne chiamato "test vicino al paziente". All'inizio degli anni '80, il dottor Gerald J. Kost introdusse il termine "point-of-care testing" dopo approfondite ricerche sull'applicazione di biosensori per il monitoraggio dei livelli di calcio ionizzato nel sangue intero. Il termine "point-of-care testing" è stato successivamente codificato con la definizione di "test presso o vicino al luogo di cura del paziente". I tradizionali test di laboratorio comportano in genere un processo in più fasi che include la raccolta di campioni dal paziente al capazzale o in clinica, il loro trasporto in un laboratorio centralizzato (a volte situato lontano) e il successivo sottoporli a diverse fasi di elaborazione. Il Point of Care Testing (Poct) è invece un test di laboratorio condotto vicino al luogo di cura del paziente dove viene fornita assistenza o trattamento. I progressi tecnologici, come la miniaturizzazione dell'elettronica e il miglioramento della strumentazione, hanno rivoluzionato i Poct, consentendo lo sviluppo di dispositivi più piccoli e più accurati. Il Poct all'avanguardia integra microaghi e microfluidica per migliorare sensibilità, velocità e precisione.

Tutti i Poct dovrebbero avere le seguenti caratteristiche: essere semplici da usare; i reagenti e i materiali di consumo devono essere stabili durante la conservazione e l'uso; i risultati Poct devono essere in linea con i metodi in uso in laboratorio.



MARINA TARSITANO
Responsabile regionale
Dirigenza sanitaria Anaa
Campania

Una diagnostica decentrata da governare



ESISTONO TRE FASI PRINCIPALI, COME PER LE ANALISI ESEGUITE IN LABORATORIO, NELL'ESECUZIONE DEI TEST POCT: PRE-ANALITICO, ANALITICO E POST-ANALITICO.

La fase pre-analitica prevede la raccolta, il trasporto, la preparazione ed il caricamento. La fase analitica è la fase in cui viene condotto l'esame e vengono prodotti dei risultati. La fase post-analitica è quella in cui i risultati degli esami di laboratorio vengono verificati e interpretati per guidare azioni e interventi appropriati. Durante questa fase, il risultato ottenuto dal test viene comunicato al clinico attraverso la cartella clinica elettronica o mediante un referto cartaceo.

In tutte e tre le fasi ci possono essere dei punti critici che possono mettere a rischio l'accuratezza dell'esito del test Poct. La fase pre-analitica della raccolta e della manipolazione dei campioni

è cruciale e rappresenta la variabile più critica, ma anche più controllabile. Il rispetto dei protocolli da parte del personale competente, la preparazione adeguata dei contenitori per la raccolta dei pazienti e dei campioni (inclusi fissativi o terreni speciali) e la garanzia della conformità ai requisiti di identificazione dei pazienti e dei campioni sono essenziali per una raccolta e una manipolazione efficaci.

Durante la fase analitica per ottenere risultati accurati è essenziale impostare e calibrare il Poct specifico prima dell'uso. Seguire dunque le istruzioni per l'uso del produttore o il foglietto illustrativo per ciascun apparato Poct è fondamentale per ottenere risultati accurati.

Nella fase post-analitica le criticità sono legate all'interpretazione del risultato stesso.

I dispositivi di test Poct sono classificati in base alla metodica di esecuzione del test, ad esempio abbiamo Poct che utilizzano saggi immunologici o meto-

personale e dei diversi processi del flusso di lavoro all'interno di un contesto clinico.

I Poct si possono utilizzare in un'ampia gamma di contesti clinici, inclusi ambienti ospedalieri, ambulatoriali e non clinici, come case, aeroporti, navi da crociera, carceri, etc.

Vari professionisti sanitari, tra cui dirigenti medici, dirigenti biologi, dirigenti chimici, tecnici biomedici e infermieri gestiscono ed eseguono i test presso il punto di cura. A causa della vasta gamma di professionisti sanitari e flussi di lavoro coinvolti nei Poct, è fondamentale fornire una formazione adeguata, facilitare la comunicazione interprofessionale e stabilire una guida chiara per garantire test accurati e un'efficace trasmissione dei risultati dei test ai clinici. I Poct inoltre devono essere sottoposti ad adeguati controlli di qualità sotto la responsabilità di un Laboratorio di Analisi.

Il decreto Ministeriale 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" nell'allegato 1 (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale), tra i servizi previsti da standard nelle Case della Comunità annovera i servizi diagnostici di base a cui afferiscono anche gli esami svolti in modalità Poct. In assenza di una normativa nazionale relativa ai Poct, diverse regioni, come l'Emilia Romagna, la Campania, la Lombardia, la Puglia facendo riferimento al documento Sibioc "Principi per l'implementazione e la gestione del point-of-care-testing (PoCT): indicazioni essenziali" pubblicato il 07.05.2021, hanno emanato dei decreti regionali per regolamentare il loro utilizzo. In tutti i decreti regionali sono stati raccomandati comitati interprofessionali dedicati all'implementazione, all'esecuzione e alla gestione continua della qualità del Poct poiché svolgono un ruolo rilevante nel migliorare la qualità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria all'interno di interi sistemi sanitari. Questi comitati promuovono la collaborazione, la standardizzazione e la supervisione efficace delle procedure Poct. In particolare si individua la necessità di gestire i Poct mediante la costituzione di un comitato multidisciplinare che dovrebbe includere: direttore del laboratorio, dirigente di laboratorio (coordinatore Poct con funzioni di Poct Manager di laboratorio), direttore sanitari, direttore di farmacia, tecnico di laboratorio biomedico (co-

ordinatore Poct), consulente infermiere, consulente clinico referente di Unità Operativa, responsabile servizio di ingegneria clinica, responsabile dei sistemi informativi. Il ruolo del comitato multidisciplinare è fondamentale nell'effettuare un'attenta valutazione della realtà locale ed operare la giusta scelta del tipo di Poct da usare. Oltre al comitato multidisciplinare si dovrà costituire un comitato esecutivo che include: direttore del Servizio di Medicina di Laboratorio, Poct Manager in Laboratorio (Dirigente di laboratorio), coordinatore Poct in laboratorio (Tecnico Biomedico), operatori abilitati all'utilizzo (tecnici biomedici/infermieri). Le analisi in Poct devono essere eseguite sotto la responsabilità del Direttore del Servizio di Medicina di Laboratorio, che deve definire in collaborazione con gli altri professionisti sanitari le modalità d'uso, le procedure per la verifica di qualità e la formazione degli operatori. Se da un lato in tutti i documenti è riportata l'organizzazione dei suddetti comitati, non è chiaro come gestire la validazione e firma di un referto che deve essere rilasciato in cartella clinica elettronica o al paziente. Il rilascio dei risultati di un test, ossia della semplice stampa dello strumento o la trascrizione del risultato da parte di un tecnico biomedico o di un infermiere, non rappresenta un referto e dunque non ha alcun valore clinico. È un'informazione incompleta che non può essere inserita nel tracciato elettronico del paziente e dunque priva di contenuti di efficienza ed efficacia clinica. Dunque a questi primi documenti deliberati, se ne dovranno integrare altri che regoleranno la refertazione da parte dei Dirigenti Biologi, Dirigenti Chimici e Dirigenti Medici, onde evitare problemi di ordine medico-legale in caso di risultati erranei.

Nei casi in cui i Poct fossero presenti in una struttura extra-ospedaliera o non clinica si dovranno definire i vari ruoli e le responsabilità in relazione alla situazione specifica e prevedere una rete di collegamento con i laboratori del Sistema Sanitario Nazionale che avendo il personale con una specifica formazione di laboratorio dovranno gestire i sistemi periferici per tutte le attività necessarie per il corretto uso dei Poct.

Come Anaao crediamo che sia fondamentale un vero e proprio coordinamento interprofessionale per gestire i Poct in modo efficace. Solo lavorando insieme il team clinico può prendere decisioni e fornire cure mirate e tempestive al paziente.

“
Come Anaao crediamo che sia fondamentale un vero e proprio coordinamento interprofessionale e per gestire i Poct in modo efficace. Solo lavorando insieme il team clinico può prendere decisioni e fornire cure mirate e tempestive al paziente

diche di biologia molecolare come la reazione a catena della polimerasi inversa (RT-PCR). Coagulometri, Emogasanalizzatori, Glucometri, Analizzatori di Chimica Clinica, Immunometri, Test Antigenici Sars Cov-2, Test Molecolari Sars Cov-2, Tromboelastografi, Contaglobuli ecc. sono i Poct maggiormente diffusi in Italia.

QUALI SONO I VANTAGGI DEI POCT?

I Poct, eseguiti vicino ai pazienti, eliminano la necessità di trasportare il campione, riducono i tempi di consegna del referto ed evitano ritardi nella procedura. I Poct forniscono risultati rapidi e se utilizzati al di fuori dell'ambiente ospedaliero, come ad esempio in ambulatori sul territorio, possono evitare il ricovero o possono ad esempio confermare una malattia virale, riducendo così l'uso di antibiotici. Inoltre in popolazioni di pazienti specifiche come i neonati o quelli soggetti ad una maggiore perdita di sangue a causa del salasso, il volume di campione più piccolo richiesto per il Poct è vantaggioso.

QUALI SONO GLI SVANTAGGI DEI POCT?

I Poct presentano alcuni inconvenienti, legati principalmente alla possibilità di ottenere risultati certamente meno accurati rispetto ai tradizionali test di laboratorio. Ciò è attribuibile alla mancanza sia di personale formato ed in possesso delle specifiche competenze, sia di adeguato controllo sulle variabili pre-analitiche, analitiche e post-analitiche che sono gestite sicuramente meglio in una struttura di laboratorio. I Poct inoltre possono essere più costosi rispetto ai tradizionali test di laboratorio, principalmente a causa della natura monouso della maggior parte dei dispositivi Poct. Problemi di documentazione e potenziali errori nella registrazione o nella documentazione dei risultati Poct possono verificarsi a causa dei diversi "modus operandi" del



I dati dell'Annuario statistico del Ssn

Segue da pagina 13

COM'È CAMBIATO IL Ssn IN 10 ANNI

dato però in crescita rispetto alle 603.856 del 2019, l'anno che ha preceduto la pandemia.

Posti letto, dopo il Covid si torna a tagliare: Rispetto a 10 anni fa tra pubblico e privato sono stati tagliati appena 7.183 letti tra degenze ordinarie, day hospital e day surgery. Merito del 2020 quando con lo scoppio della pandemia c'è stato un elevato aumento di posti. Ma è da notare che in appena due anni, passato il momento più duro del Covid, ne sono stati tagliati oltre 30 mila: nel 2020 i posti letto erano 257.977 contro i 225.469 del 2022.

In discesa anche il numero dei Consultori: ne sono stati chiusi 1 su 10 (erano 2.467 nel 2012 contro i 2.161 del 2022). Giù anche il numero dei Centri di Salute mentale (erano 1.574 dieci anni e fa sono diventati 1.496 nel 2022).

Meno medici convenzionati. I medici di famiglia dai 45.437 che erano nel 2012 sono diventati 39.366 nel 2022 (-6.071). In calo anche i pediatri (-694 in 10 anni per un totale nel 2022 di 6.962 unità). In frenata anche i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) che dagli 12.027 che erano nel 2012 sono diventati 10.671 nel 2022 (-1.356).

Dieta amministrativa. Le Asl sono passate dalle 145 del 2012 alle 106 del 2022.

Cresce l'assistenza domiciliare integrata (Adi). In 10 anni sono praticamente raddoppiate le persone assistite: dai 633.777 pazienti del 2012 nel 2022 esse sono state 1.244.891. A peggiorare però sono le ore dedicate a ciascun paziente: nel 2012 erano 22 contro le 18 ore del 2022.

Pronto soccorso. Nel 2022 si registrano 17.208.251 accessi nei pronto soccorso (292 accessi ogni 1000 abitanti), ovvero circa 3 mln in meno di accessi rispetto al 2012 quando erano stati 20.916.353 con una media di 350 accessi ogni 1.000 abitanti. Nel 2022 sono stati 1.318.953 accessi nei pronto soccorso pediatrici (143 accessi ogni 1000 abitanti fino a 18 anni), un numero poco inferiori rispetto al 1.447.039 di accessi di 10 anni prima (in media 144 accessi ogni 1.000 abitanti).

Focus Covid. Continua a diminuire l'allocazione di posti letto di degenza ordinaria destinata a pazienti affetti dal virus Covid-19. Nelle strutture pubbliche e private accreditate la percentuale di reparti covid si attesta al 10% del totale. Al loro interno sono presenti 23.342 posti letto, che rappresentano l'11,5% sul totale dei posti letto di degenza ordinaria. L'andamento mensile dei posti letto Covid-19 effettivamente utilizzati mostra un andamento crescente nella prima metà del 2022, per poi stabilizzarsi nella seconda metà del 2022. Il massimo differenziale tra il 2021 e il 2022 lo abbiamo nel mese di Aprile, con uno scarto di 13.973 posti letto.

Nel Ssn sempre meno medici

Tra ospedalieri, Mmg, pediatri e continuità assistenziale quasi 11 mila in meno in dieci anni

In dieci anni il Servizio sanitario nazionale ha perso 10.912 medici tra ospedalieri, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e di continuità assistenziale (ex guardia medica). È questo il dato che emerge dal confronto tra il 2022 e il 2012 secondo i dati del Ministero della Salute. In controtendenza gli infermieri che negli ultimi dieci anni sono aumentati di 7.076 unità.

Medici ospedalieri

Nel 2012 il Ssn ne annoverava 104.618 contro i 101.827 del 2022 (-2.791)

Medici convenzionati

I medici di famiglia dai 45.437 che erano nel 2012 sono diventati 39.366 nel 2022 (-6.071). In calo anche i pediatri (-694 in 10 anni per un totale nel 2022 di 6.962 unità). In frenata anche i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) che dagli 12.027 che erano nel 2012 sono diventati 10.671 nel 2022 (-1.356).

Infermieri

In crescita gli infermieri: nel 2012 erano 260.937 contro i 268.013 del 2022.

**STATI GENERALI
DELLA FORMAZIONE SPECIALISTICA
DEI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI**

Il futuro delle cure inizia qui.

**Save
the date**

**Costruiamo insieme un nuovo
percorso di competenze
per i professionisti di domani**

Roma 31 maggio – 1 giugno 2024

**Hotel Sheraton Parco de' Medici
Via Rebecchini 39**

Segreteria organizzativa
Telefono 064245741 - 0817649624
segreteria.nazionale@anaao.it
segr.naz.napoli@anaao.it

Ufficio Stampa
Telefono 3356324259
ufficiostampa@anaao.it





**Più sicuri
in tutti
i momenti.**

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

**Anche
in quelli
peggiori.**

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

Qui le caratteristiche
della polizza



 **AmTrust**
Assicurazioni

MEDICAL
INSURANCE BROKERS

MORGANTI
INSURANCE BROKERS