

# d!

## d!rigenza medica

- 1 **Editoriale**  
Se fallisce il Ssn  
abbiamo fallito tutti
- 9 **Le coop in sanità**  
I medici a gettone  
e la sanità pubblica
- 12 **Anaaio Giovani**  
Allarme specializzazioni  
mediche
- 15 **Dirigenza Sanitaria**  
Il nomenclatore tariffario  
delle prestazioni ambulatoriali

Il mensile dell'Anaa Assomed



*Roma, 28 settembre 2023*

**CCNL  
DIRIGENZA  
MEDICA  
E SANITARIA  
2019-2021**

# FIRMATA LA PRE INTESA

**Di Silverio:**

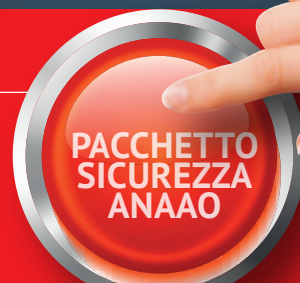
**“Gettate le basi perché cambi  
l’idea del nostro lavoro”**

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

**Fai la cosa giusta!**

**ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED**

SCOPRI TUTTI I SERVIZI  
GRATUITI  
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](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

**Direttore**  
Pierino Di Silverio

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

**Comitato di redazione:**

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

**Coordinamento redazionale**  
Ester Maragò

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

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

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

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

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

Finito di stampare  
nel mese di ottobre 2023

## Nadef: Se fallisce il Ssn, abbiamo fallito tutti

La Nadef licenziata dal Consiglio dei Ministri il 28 settembre ha riaperto il dibattito, in verità mai sopito, sulla sanità nel nostro Paese. Mostrando con i numeri che la spesa della sanità pubblica è prevista in calo nel 2024, sia in valore nominale, con 2 mld in meno rispetto al 2023, che in rapporto con il PIL. Dal 6,6% del 2023 si passa al 6,2% nel 2024 fino al 6,1% nel 2026, il punto più basso della storia del Ssn, giudicato inaccettabile da tutte le Regioni. Ad onta della richiesta di un incremento di 4 mld del Ministro della salute e delle organizzazioni sindacali della dirigenza del Ssn, nonché di quella della Conferenza delle Regioni, in maggioranza dello stesso colore politico del Governo, di “un finanziamento eccezionale” stante il perdurare di una fase non ordinaria della Sanità. Il finanziamento della Sanità pubblica oggi segna il punto più basso tra i paesi del G7, sia in rapporto al PIL che in quota capitolaria, mentre un quarto della spesa grava direttamente sul cittadino, alle prese con tempi di attesa che di fatto negano il suo diritto alla salute ponendolo davanti all’alternativa tra aspettare o pagare, tagliando le spese per lo studio dei figli o per l’assistenza agli anziani. Con queste cifre è messa a serio rischio la sopravvivenza del Ssn, “un patrimonio prezioso da salvaguardare”, secondo le ultime dichiarazioni del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella che già nel discorso di fine anno aveva lanciato un forte ammonimento “ad operare per il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, presidio insostituibile di unità del Paese”. Parole nel vuoto, come quelle di Papa Francesco, per il quale “Tagliare le risorse per la sanità rappresenta un vero e proprio oltraggio all’umanità”.

**Non siamo** all’inversione di rotta annunciata da alcuni dopo le parole non usuali con cui autorevoli esponenti governativi hanno preannunciato l’intervento sulla sanità. Le parole in politica, però, non sono pietre e la “priorità” della Premier, così come il “pilastro” del Ministro della Economia, hanno evidentemente un significato diverso da quello dei comuni mortali. Anche dopo il cambio di governo la sanità rimane in una preoccupante situazione di incapienza, di risorse economiche, umane, posti letto, infrastrutture cui nemmeno il Pnrr metterà fine. Mentre liste di attesa in crescita esponenziale accentuano la sfiducia dei cittadini, la loro rabbia sociale e le spinte verso la privatizzazione. Sarà anche vero che i problemi della sanità non si risolvono solo con i fondi, ma è certo che senza finanziamenti congrui è impossibile farlo.

**Il Ssn finora** si è sostenuto sul sacrificio di medici e dirigenti sanitari. E i Lea sono stati garantiti, almeno laddove è stato fatto, a spese dei professionisti, delle loro ferie, delle loro risorse accessorie, dell’abuso del loro orario di lavoro con eccedenze non retribuite né recuperate. Eppure, tra aggressioni, disservizi, denigrazioni il Ssn rimane un baluardo dello stato sociale, continuando ad assicurare, sia pure con forza calante, l’esigibilità



**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

Segue a pagina 16



*Roma, 28 settembre 2023*



# CCNL

# FIRMATA LA PRE INTESA

## Di Silverio: “Gettate le basi perché cambi l’idea del nostro lavoro”

L’Anaa Assomed, insieme a tutte le sigle sindacali in rappresentanza dei dirigenti medici, sanitari e veterinari, ha sottoscritto il 28 settembre all’Aran l’ipotesi di contratto di lavoro valido per il triennio 2019-2021. Un contratto che riguarda circa 135 mila professionisti del Ssn. L’aumento medio ammonta a 289,30 euro medi/lordi/mese, mentre gli arretrati al 31 ottobre 2023 sono pari a 10.757 euro medi/lordi. Prima della firma finale il testo dovrà passare le verifiche di competenza per entrare in vigore verosimilmente a inizio 2024.

“Siamo soddisfatti – ha commentato il Segretario Nazionale dell’Associazione Pierino Di Silverio – perché, pur muovendoci in un quadro economico e normativo che penalizza la categoria con norme ormai vetuste che ingabbiano e limitano ogni possibilità di manovra – il testo sottoscritto riesce a garantire ai colleghi condizioni di lavoro migliori delle attuali. Questo è sempre stato il nostro obiettivo e ci siamo riusciti”.

Grazie all’accordo raggiunto, ha aggiunto Di Silverio “abbiamo ottenuto alcuni risultati che possiamo definire ‘storici’: abbiamo sminato il terreno delle ore ‘regalate’ alle aziende; abbiamo assicurato la carriera ai dirigenti; abbiamo assicurato il riposo; abbiamo assicurato il pagamento delle ore extra; abbiamo definito le regole per i medici in formazione assunti nel Ssn e che grazie al Decreto Calabria potranno godere di diritti mai riconosciuti

### I punti qualificanti dell’accordo

- **Riconoscimento** e recupero delle ore di lavoro che oggi regaliamo alle Aziende.
- **Riconoscimento** indennità di specificità sanitaria.
- **Più potere** al confronto regionale e aziendale.
- **Riduzione** di guardie e reperibilità.
- **Eliminazione** dei “di norma” e “di regola” in virtù della quale finalmente il contratto diventa esigibile e chiaro.
- **Sicurezza** e obbligo di attribuzione degli incarichi da parte delle Aziende.
- **Sblocco** delle carriere.
- **Riconoscimento** delle ferie anche in caso di trasferimento ad altra azienda.
- **Eliminazione** dei residui nei fondi che oggi rallentano carriere.
- **Impossibilità** di fare guardie o reperibilità contemporaneamente in più presidi.
- **Definizione** della sede di lavoro.
- **Eliminazione** del servizio esterno per gli ospedali e presidi ospedalieri che alimentava il fenomeno dei medici globetrotter.
- **Definizione** della sede di guardia.
- **Depotenziamento** dell’organismo paritetico.
- **Introduzione** della norma che sancisce il pagamento del lavoro extra con prestazioni aggiuntive invece che con lo straordinario.
- **Aumento** del valore economico delle prestazioni aggiuntive a 80 euro che potranno essere ulteriormente aumentate in contrattazione aziendale.

### Per i medici specializzandi:

- **Definizione** del ruolo nel Ssn
- **Definizione** delle regole e dei diritti per i medici in formazione che con il dl Calabria finalmente potranno essere considerati professionisti e avere una formazione migliore.
- **Definizione** del ruolo e delle competenze dei medici in formazione che non saranno tappabuchi.

## CCNL DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA 2019-2021



Roma, 28 settembre 2023



medici globetrotter e definendo la sede di lavoro".  
Il nuovo testo contrattuale regola i principali istituti contrattuali. In particolare, è stata riformulata in modo completo la parte che riguarda le relazioni sindacali, con particolare attenzione alla tematica dell'informazione, sia preventiva sia consuntiva, nonché alle materie di confronto (aziendale e re-

gionale), ampliate su pronta disponibilità e guardia, riduzione del rischio clinico, misure concernenti la salute e sicurezza del lavoro.

**Si è proceduto** con la riscrittura dell'orario di lavoro, nonché degli istituti peculiari dell'area quali il servizio di guardia e il servizio di pronta disponibilità. Il sistema degli incarichi dirigenziali, già delineato nella precedente tornata contrattuale, è stato oggetto di specifici aggiornamenti per garantire un incarico a tutti i dirigenti, rendendo maggiormente esigibile anche il predetto istituto contrattuale. Miglioramenti significativi sono contenuti nella riscrittura del periodo di pro-

## Arretrati al 31 dicembre

### Ccnl 2019-2021 Dirigenza del ruolo sanitario

A cura di **GIUSEPPE MONTANTE**,  
Responsabile Nazionale Politiche  
Contrattuali Anaa Assomed

**Nel fare tale studio** sono stati calcolati gli arretrati che saranno maturati al 31 dicembre 2023 dal Ccnl 2019-2021, recentemente siglato da tutte le Organizzazioni sindacali della Dirigenza Sanitaria e dall'Aran in data 28 settembre 2023, al netto dell'Indennità di vacanza contrattuale.

Tali arretrati sono stati calcolati tenendo conto delle diverse posizioni funzionali tipo previste dal Ccnl e sono al lordo degli Oneri Previdenziali evidenti in busta paga (circa 11,1% del totale) e dell'Irpef nazionale, regionale e comunale.

L'Irpef nazionale, regionale e comunale che sarà applicata per gli anni dal 2019 al 2022 non sarà quella marginale, bensì la media di quelle medie applicate negli ultimi 3 anni fiscali. Per il 2023 sarà invece applicata quella marginale.

#### ARRETRATI VOCI RETRIBUTIVE VARIE Euro

Retribuzione tabellare	8.015
Una tantum	1.430
Indennità di Specificità	1.372 Euro
<b>TOTALE PARZIALE TEORICO</b>	<b>10.817</b>

N.B: A questo totale parziale deve essere sottratta l'anticipazione dell'Indennità di Vacanza Contrattuale CCNL 2019-2021 pari a **1.393,24 Euro**, retribuita in busta paga dall'aprile 2019 al dicembre 2023

**TOTALE PARZIALE REALE 9.424**

#### ARRETRATI RETRIBUZIONE POSIZIONE FUNZIONALE Euro

Dirett. U. O. C. Area Chirurgica	1.080
Dirett. U. O. C. Area Medica	1.020
Dirett. U. O. C. Area Medica	960
Responsabile di struttura semplice dipartimentale	750
Respons. di struttura semplice articolazione interna U. O. C.	660
Altissima Profess. dipartimentale	750
Altissima Profess articolaz interna U. O. C.	660
Alta Specializzazione	390
Incarico Profess. > 5 anni	330
Incarico Profess. iniziale (> 5 anni)	240

#### ARRETRATI COMPLESSIVI VOCI RETRIBUTIVE Euro

Dirett. U. O. C. Area Chirurgica	10.504
Dirett. U. O. C. Area Medica	10.444
Dirett. U. O. C. Area Medica	10.384
Respons. di struttura semplice dipartimentale	10.174
Respons. di struttura semplice articolaz interna U. O. C.	10.084
Altissima Profess. dipartimentale	10.174
Altissima Profess articolaz interna U. O. C.	10.084
Alta Specializzazione	9.814
Incarico Profess. > 5 anni	9.754
Incarico Profess. iniziale (< 5 anni)	9.664



## MANOVRA, LA RICHIESTA DI ANAAO ASSOMED E CIMO-FESMED

# “Defiscalizzare la specificità medica e sanitaria, non le prestazioni aggiuntive”

“Dare un riconoscimento a tutta la categoria. Prima di defiscalizzare il lavoro straordinario intervenire sull'ordinario. Chiediamo che nella prossima Manovra il ruolo coperto da medici e dirigenti sanitari nella società sia ricordato e adeguatamente riconosciuto. È, questo, l'unico modo per evitare il collasso della sanità pubblica e garantire a tutti il diritto alla tutela della salute”, così Pierino Di Silverio, Segretario Anaa Assomed, e Guido Quici, Presidente Cimo-Fesmed

va, del meccanismo delle sostituzioni nel caso di assenza, impedimento, malattia o cessazione del titolare dell'incarico. Sono state poi ampliate alcune tutele, ad esempio quelle concernenti le gravi patologie che necessitano di terapie salvavita, le misure in favore delle donne vittime di violenza, le diverse tipologie di assenze, sia giornaliera che orarie.

È stata introdotta per la prima volta una nuova indennità di specificità sanitaria per i profili diversi da quello medico e veterinario, finalizzata al progressivo allineamento alla indennità già in godimento per medici e veterinari. Nel testo ha trovato spazio, anche per questa area, la disciplina del lavoro agile e del lavoro da remoto nonché l'assunzione dei dirigenti specializzandi a tempo determinato ai sensi della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 definendo gli istituti contrattuali a loro applicabili, tenuto conto della tipologia di prestazioni erogate e le peculiari caratteristiche del personale dirigenziale coinvolto.

**Parte economica** “Per quanto riguarda la parte economica, abbiamo sempre saputo che questo non sarebbe stato un contratto a molti zeri – spiega ancora Di Silverio – perché lo stanziamento fissato nella finanziaria di due anni erano esigui”. Il contratto riconosce incrementi a regime del 4,5%, corrispondenti a un beneficio medio complessivo di circa 290 euro/mese, distribuito in maggior parte sulla componente fondamentale del trattamento economico; ad esse vanno sommate risorse individuate da specifiche disposizioni di legge quali ad esempio le risorse per l'esclusività e quelle relative all'art. 1, commi 435 e 435-bis della Legge 205/2017. Per quanto riguarda gli arretrati, spettanti al 31 dicembre 2023, ammontano al circa 10.700 euro.

Sono stati incrementati i valori dell'indennità di specificità medico veterinaria, la parte fissa della retribuzione di posizione, la clausola di garanzia, l'Upg. Inoltre, sono state introdotte le nuove indennità di pronto soccorso e di specificità sanitaria, in precedenza non previste.

Per quanto attiene i fondi aziendali il contratto mantiene la struttura del sistema esistente perfezionandolo anche alla luce del debito informativo richiesto alle aziende.

**Agire ora per modificare le leggi e uscire da logiche superate.** “Abbiamo gettato le basi perché cambi l'idea del nostro lavoro – ha concluso Di Silverio – e venga visto e vissuto sempre meno come una gabbia professionale. Ora servirà agire per modificare le leggi e uscire da logiche ormai superate”.

“  
**Bisogna intervenire sul lavoro ordinario, schiacciato da una pressione fiscale pari al 43%, che rende sempre più appetibile per i professionisti lavorare a gettone, nelle strutture private o all'estero**”

“Anaa Assomed e Cimo-Fesmed, le principali organizzazioni sindacali dei medici e dei dirigenti sanitari, apprezzano l'intenzione annunciata dal Governo di intervenire sulle retribuzioni dei camici bianchi attraverso misure di defiscalizzazione. Tuttavia, ritengono che per dare un vero riconoscimento a tutta la categoria dei medici e dei dirigenti sanitari occorra defiscalizzare le indennità di specificità medica e sanitaria che riguardano trasversalmente tutti i professionisti, e non le prestazioni aggiuntive, come invece sembra essere intenzionato a fare il Governo. I sindacati infatti respingono il principio secondo il quale, per ottenere un vantaggio fiscale, ai medici, già sfiancati da turni massacranti e in burnout, sia richiesto di lavorare oltre il proprio orario di lavoro”.

Questo l'invito lanciato in una nota congiunta dall'Anaa Assomed, e Guido Quici, e dalla Cimo-Fesmed.

Prima di parlare di defiscalizzazione del lavoro straordinario, che spesso non viene nemmeno pagato, chiariscono i sindacati, bisogna intervenire sul lavoro ordinario, schiacciato da una pressione fiscale pari al 43%, che rende sempre più appetibile per i professionisti lavorare a gettone, nelle strutture private o all'estero. La grave fuga di personale dagli ospedali è infatti causata, oltre che da condizioni di lavoro insostenibili, da stipendi ben lontani da quanto offerto dal mercato privato e da altri Paesi. Ed è evidente che gli aumenti del 3,78% previsti dal rinnovo del contratto di lavoro attualmente in discussione presso l'Aran, relativo al triennio 2019-2021, non siano sufficienti a recuperare la perdita di potere d'acquisto registrata in questi anni, in cui l'inflazione ha raggiunto l'8,7%.

“Chiediamo – dichiarano Pierino Di Silverio, Segretario Anaa Assomed e Guido Quici, Presidente Cimo Fesmed – che nella prossima Manovra il ruolo coperto da medici e dirigenti sanitari nella società sia ricordato e adeguatamente riconosciuto. È, questo, l'unico modo per evitare il collasso della sanità pubblica e garantire a tutti il diritto alla tutela della salute”.

# Tavolo tecnico con il Ministero della Salute sui DM 70/2015 e 77/2022

## Evento positivo e potenzialmente utile al rafforzamento ed all'innovazione del Ssn

1.

### INTRODUZIONE

L'istituzione decisa dal ministro della Salute del Tavolo Tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza ospedaliera (decreto interministeriale 2 aprile 2015, n. 70) e dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza territoriale (decreto interministeriale 23 maggio 2022, n. 77) - in specie nell'attuale composizione allargata a tutte le rappresentanze professionali - è sicuramente un fatto positivo e potenzialmente utile al rafforzamento ed all'innovazione del Ssn. Il DM 70 da diversi anni ha mostrato limiti, storture e inadeguatezze che hanno contribuito, senza esserne la causa principale, all'indebolimento dell'assistenza ospedaliera ed al peggioramento delle condizioni di lavoro al suo interno, costituendo un elemento di strutturale fragilità reso evidente dalla crisi pandemica. Prova ne sia che nel 2021 era già stato avviato un percorso di riforma che aveva prodotto una prima bozza mai arrivata a formalizzazione (cfr. paragrafo 3).

IL DM 77 vive - per il momento - sulla carta, nelle elaborazioni teoriche dei modelli organizzativi e nelle - poche e difformi - esperienze regionali che ne hanno anticipato i principi ispiratori. Ha l'inegabile pregio di affrontare - innovando e investendo - la non più rinviabile riforma dell'assistenza territoriale e delle cure primarie, pur con delle criticità (cfr. paragrafo 4).

È evidente che i due Decreti - pur nelle macroscopiche differenze di genesi e di fase di attuazione - costituiscono i riferimenti organizzativi delle due parti naturalmente complementari e sinergiche



del Ssn, che insieme dovrebbero realizzare la tanto auspicata continuità dei percorsi di cura ospedale-territorio e garantire la reale presa in carico dei bisogni di salute delle persone. Le migliori intenzioni riformatrici devono però fare i conti con condizioni di realtà.

Da molti anni il Ssn convive con una condizione di sottofinanziamento pubblico che ci ha reso "il primo dei paesi poveri" nel confronto internazionale, minando le fondamenta dell'universalismo egualitario su cui si regge il diritto alla salute. Invertire potentemente questa condizione di impoverimento strutturale, tecnologico e professionale è il presupposto necessario e prioritario di qualsiasi riforma di sistema che altrimenti sarebbe l'ennesimo libro dei sogni che diventano incubi nel buio del razionamento. La grande occasione del Pnrr sta diventando per la sanità un'occasione persa. La quantità di risorse sino ad ora utilizzata è irrisoria rispetto alla disponibilità ed è di attualità l'allarme lanciato dalle Regioni sulla mancanza di risorse dedicate al personale e la necessità di una parziale revisione del Piano su tempistiche e messa a terra di alcuni interventi previsti.

Questi due, soli macroscopici esempi, per ribadire la scontata evidenza che non sono credibili riforme parziali e tecniche di assetti organizzativi fuori contesto.

In modo sintetico, con l'impegno a sviluppare ulteriormente i temi evidenziati, si sottopongono all'attenzione del Tavolo Tecnico alcune specifiche tematiche strettamente dipendenti ed interconnesse con l'organizzazione del lavoro, che a sua volta, deriva dalle vigenti riforme ospedaliera e del territorio, discusse in altri ambiti tematici.

Esiste, in ogni caso, la consapevolezza della necessità di una profonda rivisitazione delle relazioni sindacali, dei livelli di contrattazione, degli stessi contratti di lavoro, fino alla formazione e all'accesso dei professionisti al Ssn. Tale rivisitazione dovrà tenere conto anche della digitalizzazione e innovazioni tecnologiche, del concetto di sanità globale e, quindi, di prevenzione e della necessità di eliminare "steccati" e dare omogeneità e continuità ai processi assistenziali che interessano il malato.

2.

### ALCUNI SUGGERIMENTI A LIVELLO NORMATIVO

La migliore riscrittura del DM 70 e la più forte implementazione del DM 77 non vivrebbero in un Sistema sanitario in cronica crisi d'identità e di risorse. Di qui la necessità di cominciare a riflettere su alcuni grandi temi che devono essere affrontati prioritariamente sotto un profilo politico e in subordine legislativo e contrattuale.



**SPESA SANITARIA:** Recuperare l'attuale gap tra la quota di PIL investita dall'Italia per la salute pubblica (6,41% nel 2019; 7,2% nel 2021; 6,4% nel 2023) rispetto ai principali paesi del continente europeo (Francia, Germania, UK) che, ad oggi, vale circa 33,2 miliardi di euro. Tale ipotesi implicherebbe una crescita del finanziamento nell'ordine dei 6,5 miliardi/anno in media per 5 anni (2024-2029).

**TETTO SPESA PERSONALE:** Abolire il tetto di spesa del personale sanitario, quale misura preliminare ad un piano straordinario di assunzioni corroborato da adeguate motivazioni in merito a retribuzioni, chiare prospettive di carriera e migliore equilibrio tra vita lavorativa e privata.

**STATO GIURIDICO:** Modificare lo stato giuridico della Dirigenza sanitaria, rafforzando il concetto di dirigenza speciale, di cui all'art. 15 d.lgs. 502/1992 e ssmi.

**ACCESSO AL SSN:** rivisitazione della normativa concorsuale DPR 483/97 riducendo le prove scritte a due, equiparando a dovere di ufficio la partecipazione alle commissioni, prevedendo l'obbligo di contemporaneo bando di selezione per soli titoli (per approfondimenti cfr. paragrafo 5, 5.3).

**RETRIBUZIONI:** aumentare le retribuzioni dei professionisti anche attraverso processi di fiscalità di vantaggio – defiscalizzazione – per alcune voci stipendiali. In particolare, sosteniamo che la detassazione, legittima in quanto abbiamo la pressione fiscale ingestibile al 43%, debba riguardare prima di tutto il lavoro ordinario, e questo vuol dire iniziare a render appetibile il nostro lavoro a livello economico. Altrimenti si continuerà a viaggiare spediti verso il lavoro a cottimo sempre più remunerativo e sempre più flessibile per i medici e dirigenti sanitari.

**AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE:** Riordino delle aziende ospedaliere-universitarie e Iress, ridisegnando i rapporti tra ricerca, didattica e clinica investendo in ricerca, con particolare attenzione a quella applicata, almeno il 3% del fondo sanitario nazionale.

**RAPPORTI ISTITUZIONALI:** Ridefinizione dei rapporti istituzionali e di governance tra Stato, Regioni e Province autonome (PA) attraverso una riforma che includa il sistema di welfare e il servizio sanitario nazionale come un siste-

ma unitario e ridefinisca i rapporti stato Regioni. L'autonomia differenziata si configura come una rottura profonda che farebbe venir meno l'equità sociale.

**PRONTO SOCCORSO:** Misure urgenti per incrementare il reclutamento e ridurre la fuga dei medici di Pronto Soccorso.

### 3.

## DM 70: CRITICITÀ E PROPOSTE

Alle premesse considerazioni generali se ne possono aggiungere alcune preliminari e più specifiche riguardo al “nuovo” DM 70.

La crisi di capienza - siamo il paese con il più basso rapporto posti letto/1000 abitanti tra i paesi occidentali, pur sommando i PL pubblici e del privato accreditato - e l'eccesso di rigidità delle reti ospedaliere che la pandemia ha evidenziato con chiarezza, mettono in evidenza la forte necessità di incrementare la dotazione di posti letto e di aumentare l'elasticità ricettiva degli ospedali applicando un necessario principio di ridondanza.

È necessario potenziare alcune attività a sostegno della rete dell'emergenza, a partire dalle terapie intensive e dalle aree semintensive.

Alcuni nodi irrisolti richiedono scelte chiare e univoche: ruolo e funzioni dei piccoli ospedali, permanenza dei punti nascita sotto standard, declinazione delle reti cliniche, equilibrio tra i principi volumi/esiti e autosufficienza territoriale/prossimità.

In particolare, sarebbe opportuno riflettere sulle seguenti fattispecie:

**AUMENTARE le possibilità di carriera dei professionisti** recuperando i tagli in strutture complesse e semplici (11813 incarichi gestionali persi in totale).

**AUMENTARE il numero dei posti letto** (attualmente 3,1 per 1.000 abitanti) in linea con la media europea (5 per 1.000 abitanti), anche sfruttando gli ospedali di comunità per la degenza dei pazienti con patologie croniche al fine di ridurre le ospedalizzazioni per patologie non acute. A partire dalle U.U.O.O. a maggiore domanda assistenziale, come quelle di terapia intensiva, dove l'aumento tra il 2012 e il 2018 (da 8,2 a 8,6 per 100.000 abitanti), si è rivelato del tutto insufficiente e, soprattutto, non adeguato a rispondere rapidamente all'aumento delle necessità in caso di even-

tuale ripresa della pandemia. E dalle Regioni del Sud ancora lontane dallo standard.

**RENDERE omogenei i criteri di accreditamento legati al numero dei posti letto tra strutture pubbliche e private.**

**AUMENTARE** la sicurezza degli operatori, visto che il tasso di incidenza di aggressione per gli operatori ospedalieri è pari a 9,3 per 10.000 contro un valore di 2 nei lavoratori delle industrie del settore privato (fonte: Bureau of Labor Statistics). **Istituire un presidio fisso delle Forze dell'Ordine** presso il Pronto Soccorso, ove possibile, e **introdurre telecamere di sorveglianza, almeno nelle sale di attesa dei pronto soccorso.**

**FLESSIBILITÀ di applicazione dei parametri** tra aree metropolitane ed aree a bassa densità abitative (zone interne e montane).

### 4.

## DM 77: CRITICITÀ E PROPOSTE

“È necessario potenziare alcune attività a sostegno della rete dell'emergenza, a partire dalle terapie intensive e dalle aree semintensive

**ASSEGNARE il tempo medico** degli Ospedali di comunità a personale dipendente, internista o geriatra, per garantire un link con la rete ospedaliera. Garantire una **collaborazione** con specialisti ospedalieri anche mediante teleconsulto in tutti i luoghi di cura del sistema, in particolare dotando le RSA di dispositivi tecnologici e telematici di monitoraggio e diagnosi in grado di trasmettere dati ed immagini alle strutture ospedaliere per tele-visite e tele-consulenze dei pazienti.

**ATTIVARE un ammodernamento a livello infrastrutturale e tecnologico**, visto che il 60% delle strutture ospedaliere ha più di 40 anni e la metà è di dimensioni troppo piccole, con conseguenti problemi di sicurezza per pazienti e operatori e di scarsa efficienza.

**PREVEDERE continuo monitoraggio** per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione attiva tra servizi sanitari e sociali, attualmente profondamente divisi dal punto di vista del finanziamento e del funzionamento.

**UNIFICARE** punto di accesso (PUA) sanitario e sociale.

**IMPLEMENTARE la telemedicina** nelle Case e Ospedali di Comunità. Ricollocare le cure domiciliari e la residenzialità **all'interno del sistema salute**, sotto la governance del SSN, senza relegarle completamente alle

# DOCUMENTO

## ANAAO ASSOMED / CIMO-FESMED



autonomie non omogeneamente disciplinate del settore privato.

**POTENZIARE** le attività dei **consultori familiari** (prevedendo la figura dell'ostetrica di comunità) e integrarle con le case di comunità nel percorso verso il punto nascita ospedaliero.

**GARANTIRE** il **finanziamento** dei costi di parte corrente indotti dalla riforma e non coperti dal PNRR, e promuovere una condivisione di obiettivi e strumenti tra tutti gli attori del sistema per dare corso al modello dei servizi territoriali in rete che il DM 77/2022 si propone di attuare.

**DEFINIRE** il **coordinamento** tra reti di prossimità, reti domiciliari e reti semi-residenziali.

**GARANTIRE** il **reperimento del personale medico e infermieristico** necessario per gli Ospedali di Comunità (3200 unità).

**GARANTIRE** **continuità dei percorsi di cura ospedale-territorio** e di reale presa in carico dei bisogni di salute delle persone.

“  
**Prevedere continuo monitoraggio per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione attiva tra servizi sanitari e sociali, attualmente profondamente divisi dal punto di vista del finanziamento e del funzionamento**

della convenzionata). Da qui un vero cambio di paradigma che preveda la necessità di lavorare in un'ottica di "filiera" dove la presa in carico del paziente e la prosecuzione delle cure sia costantemente assicurata dai medici e sanitari perfettamente integrati in un solo sistema di cure.

Al di là di quella che sarà la futura riorganizzazione del Ssn, attraverso i DM 70/15 e 77/22, dobbiamo considerare che, oggi, al Ministero della salute sono assegnate specifiche competenza quali la prevenzione, la sicurezza delle cure, la definizione dei Lea, degli standard, i Piani Sanitari Nazionali, ecc.. Ne consegue che alle Regioni spetta il compito di declinare gli indirizzi emanati dal Ministero in processi organizzativi autonomi e, a cascata, definire il lavoro dei sanitari, modulato proprio sulla base dell'organizzazione.

Da qui la necessità di rivisitare i contratti di lavoro anche attraverso una rivisitazione dei sistemi di rappresentanza e rappresentatività.

In particolare, si propone di:

**A Prevedere** il passaggio della rappresentanza sindacale della dipendenza dalla Funzione Pubblica al Ministero della Salute.

**B Definire** un livello di contrattazione nazionale per tutti i sanitari con un Ccnl "cornice" di area autonoma che tratti i principi fondamentali e peculiari della categoria della dirigenza e della convenzione, indicando i principi generali.

**C Continuare** ad assicurare, in ogni caso, la separazione dello stato giuridico tra professionisti (medici convenzionati e dipendenti) con due contratti diversi ma paralleli tra di loro, che assicurino, in modo condiviso, alcuni aspetti organizzativi e professionali, pur mantenendo delle dovose peculiarità.

**D Affidare** la rappresentanza datoriale al Ministero della Salute e alle Regioni, prevedendo una struttura di intermediazione attraverso un'unica Agenzia Negoziante.

**E Eliminare** la previsione della costituzione delle RSU per la dirigenza sanitaria e innalzare il tetto della rappresentanza nazionale delle Organizzazioni Sindacali al 10%.

### 5.2 Istituti normativi e contrattuali

I professionisti della salute e, in particolare i medici, necessitano di una vera "spinta motivazionale" legata sia agli aspetti economici che normativi. L'attuale contesto è caratterizzato da una professione economicamente governata dal mercato (vedi le Cooperative dei medici a gettone) ed estremamente burocratizzata, con importanti limiti di au-

tonomia legati anche alle norme che governano la responsabilità professionale, fino alla definizione di contratti di lavoro spesso "ambigui" e penalizzanti che, di fatto, hanno impedito ai medici di essere gratificati, esponendoli anche a lavori particolarmente usuranti con evidenti ripercussioni negative sulla qualità di vita professionale e sociale. Da qui occorre:

**A Riallineare** cronologicamente i contratti di lavoro per renderli esigibili nei previsti tempi.

**B Rendere** esigibili i contratti di lavoro al fine di evitare inutili contenziosi e conflitti in ambito aziendale.

**C Modulare** i futuri Ccnl implementando quegli strumenti di Governo clinico che rendono il lavoro più vicino alla professione e più distante dalla burocrazia.

**D Assicurare** un vero percorso di carriera gestionale e/o professionale che sia davvero valorizzante passando ad un sistema che premia quello che il Medico è in termini di impegno, competenza e capacità individuale.

**E Rivedere** l'impianto contrattuale che regola l'orario di lavoro rendendolo più flessibile, ma vincolato alle attuali norme di legge. Da un lato va affermato il principio del riposo settimanale, il rispetto alle 11 ore della normativa europea calibrate sui lavoratori turnisti e il diritto ad un congruo riposo; tutti diritti invalicabili che assicurano, ai pazienti, la sicurezza delle cure e, ai professionisti, una dignitosa vita familiare sociale. Al tempo stesso occorre introdurre strumenti contrattuali che rendano più flessibile il lavoro dei professionisti sia in ambito libero-professionale, ma anche quale supporto alla riduzione dei tempi di attesa e di integrazione con l'assistenza territoriale ad iniziare dagli ospedali di comunità.

**F Prevedere** strumenti per incrementare l'indennità dei turni notturni e festivi.

**G Prevedere** l'esonero dai turni notturni/festivi in considerazione dell'età del professionista.

**H Attribuire** ai medici di PS di un numero di giorni di ferie aggiuntivo (come radiologi e anestesisti).

**I Riconoscimento** del lavoro usurante.

**J Valorizzazione** del lavoro del medico attraverso strumenti contrattuali integrativi basati sulla compartecipazione ad attività aggiuntive erogate su base volontaria, anche ad integrazione della riduzione dei tempi di attesa o ad integrazione delle attività territoriali ad iniziare dagli ospe-

## 5.

### SULL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO.

#### 5.1 La Rappresentanza, la Rappresentatività, i Livelli di contrattazione

Gli attuali sistemi di rappresentanza e rappresentatività sono obsoleti, soprattutto in sanità dove la frammentazione dei processi organizzativi e, a cascata, il lavoro dei sanitari ha subito un evidente processo involutivo, oggi sfociato nella fuga dei medici dal Ssn. Occorre, pertanto, recuperare la centralità dei professionisti, ed uscire da quella logica dei "silos" che crea evidenti barriere nei processi assistenziali e nelle comunicazioni tra gli stessi professionisti (ad esempio medici della dipendenza e medici

Segue da pagina 14

# I MEDICI A GETTONE E LA SANITÀ PUBBLICA

**Sono stata** assunta nel Ssn come medico ospedaliero nel 2006. In fondo, non poi così tanti anni fa. Eppure, sembra passata un'era. Allora, era un traguardo vincere un concorso per un posto a tempo indeterminato, nel pubblico. Lavorare in ospedale era quello per cui avevamo studiato, e il posto fisso permetteva di pensare a far figli, a chiedere un mutuo, dava sicurezza e stabilità.

**Entravi a far parte** della grande famiglia dell'ospedale che ti aveva assunto, con tutto l'amore e l'odio che c'è nelle grandi e vivaci famiglie. Ma, come fan presto amore ad appassir le rose, così è per noi: ora, il posto a tempo indeterminato interessa, ma fino ad un certo punto. **Perché c'è l'alternativa dei medici a gettone.**



**CHIARA RIVETTI**  
Segretaria Regionale Anaao Assomed Piemonte



**Come una** piaga d'Egitto, l'esternalizzazione dei servizi medici ad agenzie di somministrazione lavoro, amichevolmente dette cooperative, si è diffusa, partendo dai pronto soccorso e via via espandendosi agli altri reparti, mortificando e desertificando i servizi.

Il peccato originale va ricercato in una errata programmazione degli specialisti: per lavorare in ospedale non è sufficiente la laurea in medicina ma è necessaria anche una specialità, e negli anni scorsi sono stati formati meno specialisti del necessario. Così, i medici andavano in pensione e i concorsi per trovare specialisti da assumere per sostituirli erano puntualmente deserti. Soprattutto nelle specialità nuove e più usuranti, come la medicina d'emergenza-urgenza.

Ecco che per tenere aperti i servizi, oltre 10 anni fa, iniziarono a spuntare dei contratti di sub-ap-

palto alle coop: le coop i medici riuscivano a trovarli, perché la remunerazione oraria era (ed è) quasi il doppio di quella di un dipendente, perché i criteri di selezione sono molto meno stringenti, perché spesso erano medici di altre regioni o stranieri, che accumulavano una serie di turni ravvicinati dormendo magari in albergo, per poi tornare a casa. Le coop siglavano appalti prevalentemente negli ospedali meno appetibili della provincia, e prevalentemente nei Pronto Soccorso.

Rispetto a 10 anni fa, ora decidono di lavorare a gettone anche colleghi pensionati con esperienza, neolaureati e neospecialisti. Proprio perché la remunerazione è alta e la flessibilità oraria pure. Per il resto, la situazione negli anni è drammaticamente peggiorata: le cooperative sono ovunque, anche in città, coma a Torino. Tantissimi re-

# I MEDICI A GETTONE E LA SANITÀ PUBBLICA

parti ne fanno uso, oltre al Pronto Soccorso: radiologia, rianimazione, pediatria, ortopedia, neurologia, nefrologia, ecc. Secondo la Simeu, in Piemonte vi fa ricorso il 50% degli ospedali, il 60% in Liguria, il 70% in Veneto. In Friuli Venezia Giulia e nelle Marche tutte le strutture sanitarie ricorrono ai medici a gettone.

**Ma scegliere di sub-appaltare i servizi ad agenzie di somministrazione lavoro non è a costo zero. È una scelta che il sistema paga, e caro.**

## PERCHÉ

**rovina l'ambiente di lavoro:** il senso di equipe e la possibilità di formare un gruppo affiatato viene meno con le prestazioni occasionali di colleghi che oggi ci sono e domani non più.

## PERCHÉ

**i medici a gettone** non conoscono l'organizzazione della struttura, le procedure, il software di gestione delle cartelle dei pazienti e l'azienda non ha alcun interesse ad investire nella loro formazione, essendo solo di passaggio.

## PERCHÉ

**gli ospedali delegano** la valutazione delle competenze dei medici alle cooperative stesse: mentre i dipendenti devono avere la specialità e superare un concorso, ai medici delle coop spesso è solo richiesto di essere iscritti all'Ordine.

## PERCHÉ

**dei medici** che magari cambiano due Asl in un giorno, è impossibile controllare il rispetto dell'orario di lavoro e delle pause previste per legge per il ripristino del riposo psico-fisico.

## PERCHÉ

**demotiva il personale dipendente,** che lavora gomito a gomito con colleghi che guadagnano il doppio ed hanno contemporaneamente molta più autonomia e flessibilità di orari.

La presenza delle coop, in aggiunta ai carichi di lavoro insostenibili e alla scarsa valorizzazione delle professionalità, porta al fenomeno delle grandi dimissioni: in Italia sette medici al giorno abbandonano gli ospedali pubblici, con un incremento del fenomeno del 39% nel 2021 rispetto all'anno precedente.

**I medici si dimettono del Ssn** e decidono di aprire partita IVA, andare nel privato, sul territorio o nelle coop. Appunto.

E questo crea un circolo vizioso perverso, per cui chi rimane avrà sempre più lavoro e sempre più sarà necessario far ricorso alle esternalizzazioni per coprire i turni.

**Allora perché le aziende decidono di reclutare il personale medico con questi contratti piuttosto che assumere?**

**La motivazione** ufficiale è che non si hanno alternative, e senza i medici delle coop alcuni servizi sanitari dovrebbero chiudere.

In parte, è vero. Ma solo in parte. Da un lato, ancora adesso non è facile trovare gli specialisti da assumere, che aumenteranno in maniera rilevante solo a tra 2-3 anni.

La legge finanziaria del 2010, però, ha fissato un tetto di spesa per il personale sanitario, che non deve superare il livello della spesa del 2004 ridotta dell'1,4%. Questo tetto è nettamente inferiore alle esigenze attuali, così si procede con i contratti a prestazione, il cui costo cade su un capitolo di spesa che si chiama 'beni e servizi' e non su quello del 'personale', che è gravato appunto dal limite imposto per legge.

Ma la vera, sincera risposta al perché le Asl si appoggino alle coop è che, di fatto, la sanità non è una priorità. Né lo è stata nel recente passato. Che i governi regionali e nazionali in questi anni hanno lasciato che le cose lentamente peggiorassero, fregandosene, mentre i gruppi privati arrivavano come gli avvoltoi su un banchetto ancora palpitante di vita. Le soluzioni c'erano e ci sono, ma ignorare è più comodo, forse più conveniente.

**Il nostro grido di allarme di 10 anni fa, quando da subito denunciavamo il pericolosissimo fenomeno delle cooperative, fu colpevolmente ignorato.**

**Allora, sarebbe stato necessario** formare nuovi specialisti che adesso sarebbero in numero sufficiente per coprire tutte le carenze di organico. Invece, l'aumento, a livello nazionale avvenne in misura modesta nel 2019 (da 6.200 a 8.000) e considerevolmente solo dal 2020 (13.400 fino a 17.400 nel 2021).

Ma nell'immediato, oltre a formare nuovi medici, qualcosa si potrebbe fare per arginare il fenomeno delle esternalizzazioni. Per esempio, il tetto di spesa al personale andrebbe tolto, subito. Infatti, anche dove gli specialisti ci sono, le Asl sono frenate dall'assumere da questo limite di spesa.

Poi, le remunerazioni dei dipendenti dovrebbero essere competitive con quelle dei medici delle coop, in modo che il lavoro nel pubblico sia attrattivo. Sarebbe necessario in questa fase critica poter contare sull'aiuto degli specializzandi anche nei reparti ospedalieri: non è un caso che le aziende universitarie debbano esternalizzare i servizi in misura nettamente inferiore.

Infine, sarebbe indispensabile la revisione della rete ospedaliera, riorganizzando i servizi e riconvertendo gli ospedali che non garantiscono la qualità e la sicurezza delle cure perché troppo piccoli.

Quando le coop entrano in un ospedale, è l'inizio della fine.

Ma nessuno sembra esserne realmente consapevole. Sarebbe necessario fotografare i rientri in Pronto Soccorso dei pazienti appena dimessi, i tempi di degenza, l'appropriatezza nell'esecuzione degli esami diagnostici e nella prescrizione delle cure. E quanti medici, nell'arco di poco tempo dopo questa scelta, decidono di chiedere trasferimento o di licenziarsi.

Sarebbe necessario, in sintesi, avere a cuore il destino del servizio sanitario nazionale pubblico e considerarlo un bene comune prezioso, da difendere e in cui investire. Ma così non sembra.

**Quando le coop entrano in un ospedale, è l'inizio della fine.**

**Tribunale di Imperia****Sentenza 64/2023****Monetizzazione delle ferie non godute. L'Anaao vince a Imperia**

È possibile la monetizzazione delle ferie non godute se la mancata fruizione non sia in alcun modo riconducibile alla volontà del dirigente sanitario, ma ascrivibile ad una carenza organizzativa dell'amministrazione. Così il Tribunale di Imperia con la sentenza 64 del 21 settembre 2023, su ricorso patrocinato dall'Anaao Liguria.

Fatto, il dirigente medico chiedeva l'accertamento della mancata fruizione di alcuni giorni di ferie in corso di rapporto, per ragioni imputabili al datore di lavoro, chiedendo la condanna dello stesso a corrisponderle la relativa indennità o a risarcirle il danno patito in ragione del mancato riposo con la condanna dell'Asl a indennizzarla nei limiti dell'arricchimento da questa avuto in ragione del risparmio conseguito alle mancate assunzioni necessarie al corretto espletamento del servizio. Lamentava il dirigente medico la gravosità dei turni svolti, con conseguente impossibilità di fruizione integrale delle ferie, non concesse neppure a seguito delle rassegnate dimissioni con preavviso. Peraltro, testimoniava una situazione di carenza di organico presente in reparto durante gli anni cui aveva prestato servizio.

La sentenza richiama sia la giurisprudenza sovranazionale che nazionale facendo una eloquente rassegna soprattutto a sostegno dell'interpretazione comunitaria che riconosce il diritto alla monetizzazione dei giorni

di ferie non godute, in quanto conseguenza non già di scelta o inerzia del lavoratore, ma del datore di lavoro. A nulla è valsa la difesa dell'Azienda che pur non negando le gravi criticità in cui versava il reparto dovute alla carenza di personale medico presso il reparto, portava a sostegno del rigetto delle istanze del lavoratore di aver posto in essere ogni utile azione per sopperire alle problematiche verificatesi nel tempo (richieste di autorizzazione alle assunzioni, attivazione di procedure di mobilità, richieste di collaborazioni esterne ecc.). Ad avviso del Tribunale la parte datoriale non aveva tuttavia posto in essere concretamente fatti volti a eliminare o, quantomeno, sopperire concretamente alle criticità. Peraltro, il Tribunale rilevava come il comportamento di AslI risultasse stigmatizzabile, avendo dato precedenza, nel concedere le ferie pregresse, a medici prossimi al pensionamento, piuttosto che a coloro che avevano davanti a loro un potenziale espletamento di servizio per ancora molti anni, così, penalizzandoli.

In definitiva, tenendo conto degli insegnamenti della Corte Costituzionale, della Corte di Giustizia dell'Unione Europea, nonché dell'orientamento espresso dalla Corte di Cassazione, nel caso di cessazione del rapporto di lavoro e di mancata fruizione delle ferie per ragioni non imputabili al dipendente spetta allo stesso la monetizzazione delle ferie residue.

**Corte Costituzionale****Sentenza n. 182 del 28/09/2023****Responsabilità civile a carico degli esercenti la professione sanitaria. Quale la disciplina processuale**

Con la sentenza n. 182 la Corte Costituzionale si è pronunciata sulla possibilità che l'assicuratore possa essere citato nel processo penale a richiesta dell'imputato. In breve, il giudice di Avellino investito del processo penale nei confronti di un ginecologo, "medico strutturato" in servizio presso una clinica privata, imputato del reato di responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario per aver cagionato, per colpa, nell'assistere una partoriente durante il travaglio, lesioni personali al neonato, a fronte della richiesta del difensore dell'imputato di essere autorizzato a citare in giudizio la società di assicurazioni con la quale il suo assistito aveva stipulato una polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi derivante dall'esercizio della professione medica, aveva sollevato questione di legittimità dinnanzi alla Corte.

Pur dichiarando inammissibili le questioni sollevate dal giudice di Avellino, a causa di una inadeguata ricostruzione della cornice normativa di riferimento che ne ha compromesso l'iter logico argomentativo posto a fondamento delle valutazioni del rimettente, la Corte tuttavia opera una eloquente disamina della normativa contenuta nella legge Gelli Bianco giungendo alle conclusioni di seguito riportate.

Il giudice di Avellino non specifica quali rischi copra la polizza e come essa si connetta agli obbli-

ghi assicurativi stabiliti dalla legge Bianco Gelli: ove la polizza in questione corrispondesse a quella che la legge fa obbligo di stipulare al medico "strutturato", in nessun caso l'imputato potrebbe pretendere di citare nel processo penale una impresa di assicurazione obbligata a tenerlo indenne dalle conseguenze di un'azione civile, quale quella di rivalsa della struttura sanitaria, che non è stata esercitata, e che mai potrebbe esserlo nell'ambito di quel processo.

Se, invece, si trattasse della polizza assicurativa che la legge fa obbligo di stipulare ai medici liberi professionisti – ciò, supponendo che l'imputato nel giudizio a quo eserciti la propria attività anche in tale veste – le questioni sarebbero evidentemente prive di rilevanza, dato che nella specie l'imputato è stato chiamato a risarcire danni provocati operando quale medico "strutturato".

Ove, infine, si trattasse di una polizza stipulata dall'imputato sua sponte a copertura della responsabilità civile verso terzi derivante dallo svolgimento della sua attività come dipendente, si sarebbe fuori dagli obblighi assicurativi stabiliti dalla Legge, la quale non impone affatto al medico "strutturato" di assicurarsi contro tale rischio. Si tratterebbe allora di una assicurazione meramente facoltativa: il che renderebbe le censure del rimettente non pertinenti alla fattispecie.

# ALLARME SPECIALIZZAZIONI MEDICHE

**Non assegnato  
un contratto su 4.  
In Emergenza-Urgenza  
quasi il 70% è andato deserto**

**Anaaio Giovani, Als e Gmi:** “Solo 11.688 candidati su 14.036 si sono visti assegnati uno dei 16.165 contratti di formazione (27,7%). Tutto ciò è frutto di una errata programmazione dei medici specialisti causata da una sbagliata suddivisione dei contratti a bando, con evidenti storture”. Il dato più preoccupante riguarda la scuola di specializzazione d'emergenza-urgenza, in cui su 855 contratti stanziati sono risultati assegnati solo 266 (il 31%) con ben 4 senza alcuna assegnazione

“**A seguito dei dati** sulle assegnazioni dei contratti del concorso di formazione, le associazioni italiane maggiormente rappresentative dei medici specializzandi Anaaio Giovani, Als e Gmi si dichiarano pronte a scendere nuovamente in piazza, questa volta non soltanto a Roma ma in diverse città italiane”. Questo il messaggio chiaro e forte lanciato dalle Associazioni dei medici specializzandi Anaaio Giovani, Als e Gmi.

Dai dati raccolti dalle associazioni, si evince che solo 11.688 candidati su 14.036 si sono visti assegnati uno dei 16.165 contratti di formazione (27,7%). Tutto ciò è frutto, come da noi ampiamente preventivato, di una errata programmazione dei medici specialisti causata da una sbagliata suddivisione dei contratti a bando, con evidenti storture che hanno portato a diminuire i contratti in quelle scuole che lo scorso anno erano state pienamente coperte e viceversa aumentati in quelle scuole con già poche assegnazioni. La si-

tuzione è molto compromessa: 1 contratto statale su 4 non è stato assegnato (24,5%), così come la maggioranza dei contratti regionali (51,3%), la stragrande maggioranza dei contratti SSN (78,1%).

**Il dato più preoccupante** riguarda la scuola di specializzazione d'emergenza-urgenza, in cui su 855 contratti stanziati sono risultati assegnati solo 266 (il 69%) con ben 4 senza alcuna assegnazione (tra cui La Sapienza di Roma - Umberto I e Milano San Raffaele), una ulteriore flessione rispetto agli scorsi anni che certifica ufficialmente “l'estinzione” della figura dello specialista in medicina d'emergenza con l'avanzata della figura del medico gettonista che corrisponde irrimediabilmente ad una diminuzione della qualità erogata in un ambito delicato come quello dei Pronto Soccorso oltre a costi esorbitanti per i contribuenti.

**Un terzo ulteriore** drammatico dato riguarda l'entità delle scuole che non hanno nemmeno uno specializzando

assegnato; parliamo di scuole che sono letteralmente “deserte” e sono ben 103, oltre a 127 ulteriori scuole con meno del 25% di specializzandi assegnati. È mortificante constatare che ben 44 scuole di Anatomia patologica, Patologia clinica e Microbiologia saranno senza nessun medico specializzando, certificando il depauperamento di figure professionali che sono state protagoniste durante la pandemia Covid 19. È infine interessante notare che questa scellerata suddivisione dei contratti a bando abbia portato al capolavoro di avere scuole di specializzazione deserte anche in Università notoriamente definite “ambite” come Milano San Raffaele (4 scuole), Humanitas sempre di Milano (2 scuole) oppure Campus Biomedico di Roma (4 scuole) ed infine la Cattolica di Roma (4 scuole).

**Una Caporetto**, anche questa da noi ampiamente preventivata nelle scorse settimane, poiché il semplice aumento dei contratti stanziati in medicina d'emergenza, associata ad un aumento





globale dei contratti ed in assenza di una riforma della formazione medica, avrebbe non solo non risolto il problema della carenza di specializzandi d'emergenza ma l'avrebbe addirittura peggiorata dandole il colpo di grazia, in un contesto concorsuale mal gestito e con controlli poco adeguati in cui vi sono già diversi casi di concorrenti iscritti ad una specializzazione che si sono visti assegnare i punteggi curriculari, concorrenti che hanno dichiarato requisiti per accedere a contratti finanziati da più regioni e concorrenti che hanno erroneamente auto-dichiarato essere portatori di handicap, certificando pertanto una graduatoria falsata che ci auguriamo non sia oggetto di ricorsi con ulteriori ritardi e disservizi.

**Le associazioni** dei giovani medici chiedono nuovamente e con maggiore forza ciò che è stato urlato da centinaia di giovani medici nella manifestazione del 25 settembre davanti al MUR: la proroga della presa di servizio al 1 dicembre di tutti i neo specializzandi, l'aumento a 5 degli scaglionamenti straordinari prima della presa di servizio (aumento promesso e non verificatosi) e soprattutto l'integrazione di rappre-

sentanti dei medici in formazione nel tavolo di riforma già istituito e composto ad oggi solo di accademici. La risoluzione del problema NON è aumentare gli ingressi a medicina o peggio ancora abolire il numero chiuso: l'unico modo è riformare il sistema della formazione medica, ferma al 1999, che ha oggettivamente fallito essendo governata da migliaia di Direttori di scuola che non intendono rispettare le più semplici regole e norme, prime tra tutte l'utilizzo della rete formativa che esistono solo su carta e con specializzandi "ammassati" in poche strutture universitarie, in rapporto medici in formazione: letti anche di 10:1 svolgendo mansioni ripetitive, demansionanti e soprattutto poco formative.

Dopo la manifestazione davanti al Mur, siamo pronti a manifestare nuovamente in contemporanea in diverse città italiane per dimostrare al mondo politico, accademico e civile che una intera generazione di giovani medici è stanca di assistere al dibattito surreale dell'abolizione del numero chiuso, dell'istituzione di fantomatiche nuove specializzazioni come "la chirurgia dei microchip", e soprattutto non può più tollerare la strenua e coriacea difesa dello status quo da parte del mondo universitario che intende ancora tenerci inquadriati come studenti con molti doveri e pochi diritti invece che come professionisti qualificati che si specializzano, al pari dei loro colleghi europei, con un contratto di formazione lavoro.

**La manifestazione** del 25 settembre, corredata di una sottoscrizione che ha raggiunto oltre le 5mila firme, ha di-

TABELLA 1

**Entità contratti stanziati, assegnati e non assegnati al concorso di specializzazione 2023**

	Contratti Stanziati	Contratti Assegnati	Contratti Non assegnati	%
Contratti Statali	14579	11012	3567	24,5%
Contratti Regionali	1080	526	554	51,3%
Contratti "altri enti"	45	32	21	46,7%
Contratti Min. Difesa	36	36	0	0,0%
Contratti SSN	425	93	332	78,1%
<b>TOTALE</b>	<b>16165</b>	<b>11688</b>	<b>4477</b>	<b>27,7%</b>

TABELLA 2

**Suddivisione dei contratti di Medicina d'Emergenza stanziati, assegnati e non assegnati al concorso di specializzazione 2023**

Università sede della Scuola MEU	Contratti Stanziati	Contratti Assegnati	Contratti Non assegnati	%	Università sede della Scuola MEU	Contratti Stanziati	Contratti Assegnati	Contratti Non assegnati	%
FOGGIA	6	0	6	100%	INSUBRIA	13	3	10	77%
L'AQUILA	11	0	11	100%	PERUGIA	13	3	10	77%
ROMA SAPIENZA F-M/M-O	18	0	18	100%	BRESCIA	16	5	11	69%
MILANO SAN RAFFAELE	15	0	15	100%	MARCHE	17	6	11	65%
UDINE	21	1	20	95%	PADOVA	75	28	47	63%
SIENA	31	2	29	94%	PISA	25	10	15	60%
CHIETI-PESCARA	12	1	11	92%	FERRARA	22	9	13	59%
VERONA	55	6	49	89%	MILANO	49	21	28	57%
PIEMONTE ORIENTALE	18	2	16	89%	MILANO-BICOCCA	22	11	11	50%
ROMA CAMPUS	7	1	6	86%	SASSARI	12	6	6	50%
GENOVA	27	4	23	85%	MODENA REGGIO EMILIA	23	13	10	43%
PARMA	23	4	19	83%	TORINO	36	23	13	36%
NAPOLI VANVITELLI	28	5	23	82%	ROMA CATTOLICA	20	16	4	20%
FIRENZE	43	8	35	81%	CATANIA	15	13	2	13%
NAPOLI FEDERICO II	21	4	17	81%	BOLOGNA	23	23	0	0%
MILANO HUMANITAS	20	4	16	80%	PALERMO	7	7	0	0%
TRIESTE	25	5	20	80%	ROMA TOR VERGATA	4	4	0	0%
ROMA SAPIENZA M-P	24	5	19	79%	<b>TOTALE</b>	<b>855</b>	<b>266</b>	<b>589</b>	<b>69%</b>
BARI	27	6	21	78%					
PAVIA	31	7	24	77%					

## ALLARME SPECIALIZZAZIONI MEDICHE

mostrato anche a noi stessi che uniti possiamo riuscire a risolvere le ben note problematiche in merito al mancato rispetto della nostra dignità retributiva, formativa e lavorativa. Siamo pronti anche ad organizzare il primo sciopero generale degli specializzandi, di-

mostrando che se tutti i medici in formazione specialistica incrociassero le braccia anche solo per 3 giorni migliaia di reparti universitari andrebbero in tilt e tutti i policlinici universitari andrebbero al collasso, dimostrando che la nostra categoria è una delle colonne

portanti del Ssn poiché quotidianamente e contrariamente alla legge siamo costretti a fungere da tappabuchi sostituendo il personale universitario di ruolo.

TABELLA 3

Scuole di specializzazione che durante le assoggnazioni 2023 non hanno avuto nessuna assegnazione

Anatomia patologica	CHIETI-PESCARA	Medicina d'emergenza urgenza	ROMA La Sapienza F-M/M-O	Microbiologia e virologia	ROMA La Sapienza F-M/M-O
Anatomia patologica	FOGGIA	Medicina d'emergenza urgenza	S. Raffaele MILANO	Microbiologia e virologia	S. Raffaele MILANO
Anatomia patologica	INSUBRIA	Medicina di comunità e	Cattolica del Sacro Cuore	Microbiologia e virologia	TORINO
Anatomia patologica	PIEMONTE ORIENTALE	Medicina di comunità	VERONA	Microbiologia e virologia	TRIESTE
Anatomia patologica	ROMA "Tor Vergata"	Medicina e Cure Palliative	CAMPANIA - "L. Vanvitelli"	Microbiologia e virologia	VERONA
Anatomia patologica	S. Raffaele MILANO	Medicina e Cure Palliative	Cattolica del Sacro Cuore	Patologia e Biochimica Clinica	BRESCIA
Audiologia e foniatria	PADOVA	Medicina e Cure Palliative	CHIETI-PESCARA	Patologia e Biochimica Clinica	CAMPANIA - "L. Vanvitelli"
Chirurgia Generale	MOLISE	Medicina e Cure Palliative	FOGGIA	Patologia e Biochimica Clinica	Cattolica del Sacro Cuore
Chirurgia Generale	SIENA	Medicina e Cure Palliative	L'AQUILA	Patologia e Biochimica Clinica	FERRARA
Chirurgia Toracica	PERUGIA	Medicina e Cure Palliative	ROMA "Campus Bio-Medico"	Patologia e Biochimica Clinica	FOGGIA
Chirurgia Toracica	ROMA "Tor Vergata"	Medicina e Cure Palliative	ROMA "Tor Vergata"	Patologia e Biochimica Clinica	INSUBRIA
Chirurgia Toracica	SIENA	Medicina interna	UDINE	Patologia e Biochimica Clinica	MILANO
Farmacologia e Tossicologia	CAMPANIA - "L. Vanvitelli"	Medicina nucleare	MILANO	Patologia e Biochimica Clinica	MILANO-BICOCCA
Farmacologia e Tossicologia	FIRENZE	Medicina nucleare	MILANO Humanitas	Patologia e Biochimica Clinica	MODENA e REGGIO EMILIA
Farmacologia e Tossicologia	INSUBRIA	Medicina nucleare	MILANO-BICOCCA	Patologia e Biochimica Clinica	NAPOLI "Federico II"
Farmacologia e Tossicologia	MESSINA	Medicina nucleare	Politecnica delle MARCHE	Patologia e Biochimica Clinica	PARMA
Farmacologia e Tossicologia	NAPOLI "Federico II"	Medicina nucleare	ROMA "Tor Vergata"	Patologia e Biochimica Clinica	PIEMONTE ORIENTALE
Farmacologia e Tossicologia	PERUGIA	Medicina nucleare	SASSARI	Patologia e Biochimica Clinica	ROMA "Campus Bio-Medico"
Farmacologia e Tossicologia	PISA	Microbiologia e virologia	BRESCIA	Patologia e Biochimica Clinica	ROMA "Tor Vergata"
Farmacologia e Tossicologia	Politecnica delle MARCHE	Microbiologia e virologia	CAMPANIA - "L. Vanvitelli"	Patologia e Biochimica Clinica	ROMA La Sapienza F-M/M-O
Farmacologia e Tossicologia	ROMA "Campus Bio-Medico"	Microbiologia e virologia	CATANZARO	Patologia e Biochimica Clinica	S. Raffaele MILANO
Genetica medica	CAMPANIA - "L. Vanvitelli"	Microbiologia e virologia	FOGGIA	Patologia e Biochimica Clinica	SIENA
Genetica medica	CATANZARO	Microbiologia e virologia	GENOVA	Radioterapia	BRESCIA
Genetica medica	CHIETI-PESCARA	Microbiologia e virologia	INSUBRIA	Radioterapia	Cattolica del Sacro Cuore
Genetica medica	NAPOLI "Federico II"	Microbiologia e virologia	MILANO	Radioterapia	FOGGIA
Genetica medica	PIEMONTE ORIENTALE	Microbiologia e virologia	MILANO Humanitas	Radioterapia	PAVIA
Genetica medica	SIENA	Microbiologia e virologia	MOLISE	Radioterapia	PERUGIA
Geriatra	Politecnica delle MARCHE	Microbiologia e virologia	NAPOLI "Federico II"	Radioterapia	PIEMONTE ORIENTALE
Geriatra	SASSARI	Microbiologia e virologia	PADOVA	Radioterapia	ROMA "Campus Bio-Medico"
Malattie Infettive e Tropicali	FOGGIA	Microbiologia e virologia	PARMA	Radioterapia	SIENA
Malattie Infettive e Tropicali	INSUBRIA	Microbiologia e virologia	PAVIA	Statistica sanitaria e Biometria	BARI
Malattie Infettive e Tropicali	SASSARI	Microbiologia e virologia	PERUGIA	Statistica sanitaria e Biometria	FIRENZE
Medicina d'emergenza urgenza	FOGGIA	Microbiologia e virologia	ROMA "Campus Bio-Medico"	Statistica sanitaria e Biometria	PAVIA
Medicina d'emergenza urgenza	L'AQUILA	Microbiologia e virologia	ROMA "Tor Vergata"	Statistica sanitaria e Biometria	PIEMONTE ORIENTALE
				Urologia	SASSARI

Segue da pagina 8

## DOCUMENTO ANAAO ASSOMED / CIMO-FESMED

dali di comunità.

### 5.3 L'accesso al SSN e la Formazione

Il processo involutivo introdotto dal DM 70/15 basato su strutture-volumi-esiti, che si è caratterizzato in questi anni con una progressiva riduzione di strutture sanitarie e, quindi, di volumi e, ovviamente, dell'offerta sanitaria, non può condizionare, in senso negativo, la definizione del nuovo fabbisogno di personale che, viceversa, dovrebbe tenere con-

to di un'offerta sanitaria diversa dall'attuale, potenziata nei suoi aspetti di prevenzione, diagnosi e cura. Da qui la necessità di:

**A Rivedere** il fabbisogno del personale partendo da una base che non sia la storicizzazione delle attività erogate negli ultimi 10 anni, ma abbia una visione prospettica che tenga, tuttavia, conto della tipologia e complessità delle strutture sanitarie, della tipologia di assistenza almeno per aree funzionali, delle tecnologie innovative adottate e, soprattutto, di alcuni dati essenziali che incidono fortemente sul carico di lavoro ad iniziare dalle attività burocratico-amministrative, fino alla comunicazione, proprio in considerazione del fatto che il tempo di relazione è tempo di cura.

**B Rivedere** accesso alla Laurea di Medicina e Chirurgia modulandolo al rea-

le fabbisogno attraverso un'ottica temporale di proiezione su base biennale.

**C Rivedere** l'accesso alle Scuole di Specializzazione, oggi basato su una graduatoria nazionale unica che impedisce ai giovani medici di scegliere la branca specialistica a cui aspirano, per evitare che centinaia di borse di studio restino inutilizzate.

**D Riformare** la formazione post laurea all'insegna del contratto di lavoro a tempo determinato a scopo formativo sin dal 1° anno, garantendo un preciso percorso concordato con l'Università in alcune aree cliniche e avendo un tutor di riferimento. Previsione di una attività retribuita di tutoraggio e coaching di personale a fine carriera o anche già in quiescenza, ma di riconosciuta e validata competenza, per specializzandi in medicina d'emergenza e medici neoassunti.



## Il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali

# NOMENCLATORE

## Tanto atteso ma già superato

**Era ora**, diranno alcuni; finalmente esulteranno in molti, e tutto perché dal 1° gennaio 2024 entra in vigore il nuovo Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali erogabili dal Servizio sanitario nazionale.

Saremmo tutti felici se i due pilastri su cui si basa l'applicazione dei Lea: l'uno il Nomenclatore, (ovvero l'elenco delle prestazioni), l'altro il Tariffario, ovvero il rimborso che giungerà agli erogatori delle prestazioni (nel nostro caso i Servizi di medicina di laboratorio) mostrassero aderenza alla realtà sanitaria odierna.

**Non possiamo** accodarci al coro degli "evviva" perché è palese l'inadeguatezza del Nomenclatore Tariffario, inadeguatezza che risiede principalmente nel Dpcm che emana i nuovi Lea che è del 12 gennaio 2017, Pubblicato in G.U. il 18 marzo. Il Dpcm è frutto del lavoro di Commissioni tecniche costituite da professionisti che però hanno operato su una realtà costituita da Pdta (Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali) dell'epoca e ad oggi rivisitati ampiamente secondo le nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche.

Da allora la ricerca ha fatto passi da gigante, si pensi che la technology-life di un sistema diagnostico è di circa due anni, e così ci ritroviamo con un Nomenclatore in cui il 25% delle prestazioni risultano obsolete, alcune addirittura non più previste nei nuovi Pdta, e altrettante invece non sono indicate e quindi non fruibili dai cittadini nonostante risultino determinanti per un corretto approccio diagnostico.

Il Dpcm prevede che ogni anno, dall'entrata in vigore, il Nomenclatore possa essere rivisto proprio per una pulizia delle prestazioni che non risultano più appropriate e consentire al contempo l'introduzione di nuove indagini diagnostiche alla luce delle più recenti indicazioni diagnostico-terapeutiche.

**Dal 2017** di anni ne sono passati ma mai si è pensato di mettere mano al Nomenclatore adeguandolo al presente. Se guardiamo poi le tariffe di rimborso, l'altro pilastro del Nomenclatore Tariffario, ci troviamo dinanzi ad un vero illogismo burocratico determinato da erronee applicazioni di benchmarking sempre risalenti ad anni addietro e la cui responsabilità è condivisa tra ministero dell'Economia e Finanza (Mef) e Regioni.

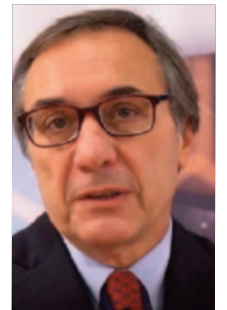
**Ci troviamo** con una riduzione media di circa il 30% delle tariffe ma con punte anche del 50% per alcune prestazioni, appare quindi evidente che ri-



ducendo il rimborso a fronte di indagini diagnostiche più complesse e tecnologicamente più avanzate non vi sarà disponibilità per le strutture Pubbliche di innovare il parco tecnologico e introdurre indagini innovative, il tutto favorendo il Privato che potrà mantenere un'offerta di prestazioni adeguata e aggiornata, ma a pagamento, poiché il Servizio sanitario nazionale non ne prevede l'erogazione.

**Appare chiaro** che tra i mille modi di colpire il Ssn quello di un Nomenclatore Tariffario, ormai in parte obsoleto e con riscalate risorse per gli erogatori, che si andrà ad applicare dal 1° gennaio 2024, per la protesica dal 1° aprile, è un ulteriore fulmine in una tempesta perfetta dove il sottofinanziamento della Sanità, nonostante i proclami del Ministro, e a fronte di una spesa italiana pro-capite di 2.909 euro contro i 3.807 della Francia ed i 4.831 della Germania determinano una frattura sociale tra chi, pagando, si può curare e chi, circa 2 milioni di cittadini, sono costretti a rinunciare trasformandosi poi in pazienti gravi e cronici che incideranno pesantemente sui costi sociali quando un corretto e tempestivo approccio al-

le diagnosi e terapie con il Ssn avrebbe consentito numerosi e importanti risparmi, ma "prevenire è meglio che curare" risulta ad oggi solo un auspicio e non una realtà come dovrebbe essere. I professionisti della medicina di laboratorio sono già pronti per essere chiamati ai tavoli tecnici per la revisione del Nomenclatore e anche a quelli del Tariffario perché non bisogna dimenticare che il costo reale della prestazione non può essere definito da burocrati che applicano criteri meramente ragionieristici ma deve essere assolutamente condiviso con lo specialista di Medicina di Laboratorio poiché è lui solo che conosce il costo dell'intera filiera dell'indagine dalla fase preanalitica alla validazione finale con l'interpretazione della congruità del risultato ottenuto. La prestazione non è il costo tecnico ma è il costo scientifico (parte tecnologica più parte intellettuale), se così non fosse vorrebbe dire che i Servizi di medicina di laboratorio risulterebbero essere semplici Servizi produttivi, al pari di una catena di montaggio, e non erogatori di salute come in realtà sono.



**PIERANGELO CLERICI**  
Responsabile  
Vicario Settore  
Dirigenza  
Sanitaria  
Presidente  
FISMeLab  
(Federazione  
Italiana Società di  
Medicina di  
Laboratorio)

# e!

Nadef

## Se fallisce il Ssn abbiamo fallito tutti

Segue da pagina 1

del diritto alla salute e le cure gratuite previste dall'articolo 32 della Carta Costituzionale. La preoccupazione odierna non nasce solo dalla esiguità delle risorse previste, ma anche dall'assenza nel Governo di prospettive strategiche, con l'eccezione di un Ministro della salute lasciato a predicare nel deserto.

**Il tema di oggi** sembra essere, più che salvare il soldato Ssn, la riduzione delle liste di attesa, elemento su cui rischia di giocarsi il consenso elettorale, come se esse non fossero l'effetto e la naturale conseguenza del taglio lineare di personale e posti letto in atto da 10 anni, della scomparsa di interi reparti, del blocco del turn-over e del tetto alle assunzioni, mentre il proliferare di gettonisti, figlio di una ipocrisia contabile che non si vuole eliminare, evidenzia la costante svalorizzazione economica e professionale dei medici dipendenti. I quali oggi vanno via da ospedali che non offrono più né certezze né prospettive, non solo ai cittadini ma anche a chi ci lavora. Un fuggi fuggi da un sistema sanitario che continua a vantare risultati di salute tra i migliori al mondo, che ne fanno il secondo miracolo italiano. Che va consumandosi, però, giorno dopo giorno, ora dopo ora, nella discussione indifferente della politica che non disdegna temi populistici, quali la abolizione del numero chiuso alla facoltà di medicina, capace, forse, di portare voti nelle urne, ma anche di ricostruire, e 'solo' tra 11 anni, la pletera medica. O la ricorrente crociata contro l'intramoenia.

**Se di piani strategici** c'è ben poco, come poche sono le risorse messe a disposizione, i medici continueranno ad andarsene, magari senza clamore, fatto salvo qualche titolone sui giornali, ma con l'amaro rimpianto di non aver fatto abbastanza, perché se fallisce il Ssn abbiamo fallito tutti. Per questo intendiamo mettere in campo tutti gli strumenti possibili, nessuno escluso, per tenere in vita la più grande infrastruttura civile e sociale costruita in questo Paese.

### IN RICORDO DI GIOVANNI BISSONI

## “Uomo politico coerente e lungimirante, amministratore pubblico onesto e competente”

**Giovanni Bissoni** ci ha lasciato il 4 ottobre dopo una breve e terribile malattia. È stato Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna dal 1995 al 2010, per tutta la vita un uomo politico coerente e lungimirante, un amministratore pubblico onesto e competente.

Ci legavano una grande amicizia e una profonda stima e ricordarlo è insieme un forte dolore e un potente insegnamento.

Non avendo le parole adeguate prenderò in prestito parte di quelle che Matteo Maria Zuppi, Arcivescovo di Bologna



e Presidente della Conferenza Episcopale Italiana, ha scritto per la cerimonia laica di commiato.

*“Ci sono incontri che ci accompagnano tutta la vita e non portano a nulla e altri che in pochi momenti ci aiutano a condividere tutta la vita. Ho incontrato Giovanni Bissoni, uomo giusto, in un momento terribile per lui... Guardava in*

*faccia il suo futuro misurando quello che restava, segnato da quella sentenza incredibile, terribile della malattia. Non si faceva sconti o illusioni. La sua richiesta era sentirsi protetto dalla sofferenza e garantito nella dignità. Esattamente quello per cui ha lavorato con passione e intelligenza... Il diritto alla salute non deve esser condizionato a nessun altro interesse e utile perché sia tale ed è un patrimonio che, come ha affermato recentemente il Presidente Mattarella - garante della Costituzione nella lettera e nello spirito - è “prezioso e da adeguare e difendere”.*

*“Mi ha scritto Giovanni: ‘Il servizio sanitario dell’Emilia Romagna in realtà fu un forte gioco di squadra, naturalmente nel rispetto delle competenze di ciascuno, a partire da politica e istituzioni, contornarsi di persone giuste e investimmo molto sulla formazione. Creammo una classe dirigente che oggi si va esaurendo’. Squadra, competenze, rispetto di queste, istituzioni, politica, formazione: ecco così si costruisce un sistema universalista, cioè il massimo per tutti, pubblico perché l’unico fine è la persona, qualsiasi essa sia, non il guadagno”.*

E ciò che Giovanni ha voluto fosse riportato nel suo ricordo funebre è che *“da tempo la sanità pubblica, patrimonio indispensabile per un paese civile non ottiene la giusta attenzione. Oggi il vero pericolo è la privatizzazione e la perdita del Ssn.*

Se la si vuole vedere la strada è chiara.

**Carlo Lusenti**

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023  
PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Lo sapevi che l'assicurazione per Colpa Grave è obbligatoria per legge?

**Con l'Anaaoo puoi avere la POLIZZA RC COLPA GRAVE. Gratis!**

La migliore copertura e le migliori garanzie per lavorare in sicurezza

PER INFO CONTATTARE 026694767 - SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT

Fai la cosa giusta!  
Iscriviti all'Anaaoo Assomed.

**GIUCA D'ANTICIPO. CON IL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO.**

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023  
PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Cerchi la migliore polizza che difenda i tuoi diritti contrattuali?

**L'Anaaoo ti offre la TUTELA LEGALE. Gratis!**

Con la possibilità di alzare il massimale e integrare i servizi.

PER INFO CONTATTARE 026694767 - SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT

Fai la cosa giusta!  
Iscriviti all'Anaaoo Assomed.

**GIUCA D'ANTICIPO. CON IL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO.**

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023  
PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Hai bisogno di supporto in tema di malpractice?

**L'Anaaoo ti offre ASSILEGAL. Gratis!**

Il nuovo network di assistenza legale per la malpractice

PER INFO CONTATTARE 026694767 - SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT

Fai la cosa giusta!  
Iscriviti all'Anaaoo Assomed.

**GIUCA D'ANTICIPO. CON IL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO.**

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023  
PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Devi risolvere una controversia legale o contrattuale?

**L'Anaaoo ti offre l'UFFICIO LEGALE. Gratis!**

Avvocati, giuristi, ed esperti qualificati a tua disposizione

PER INFO CONTATTARE 064245741 - SERVIZII@ANAAO.IT

Fai la cosa giusta!  
Iscriviti all'Anaaoo Assomed.

**GIUCA D'ANTICIPO. CON IL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO.**

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023  
PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Lo sapevi che gli attacchi informatici sono +53% in Italia?

**Metti in sicurezza i tuoi dati con CYBERSECURITY ANAAO. Gratis!**

Il nuovo servizio che protegge te e i tuoi familiari

PER INFO CONTATTARE 026694767 - SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT

Fai la cosa giusta!  
Iscriviti all'Anaaoo Assomed.

**GIUCA D'ANTICIPO. CON IL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO.**

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023  
PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Sei stato aggredito durante il turno di lavoro?

**Con l'Anaaoo Assomed puoi difenderti e reagire alla violenza. Gratis!**

Denuncia penalmente il tuo aggressore e chiedi il risarcimento danni in sede civile.

PER INFO CONTATTARE 026694767 - SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT

Fai la cosa giusta!  
Iscriviti all'Anaaoo Assomed.

**GIUCA D'ANTICIPO. CON IL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO.**

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023  
PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Sei uno specializzando assunto nel Ssn con il Decreto Calabria?

**Con l'iscrizione all'Anaaoo puoi avere la POLIZZA RC COLPA GRAVE e molti altri servizi gratis pensati per te!**

PER INFO CONTATTARE 026694767 - SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT

POLIZZA RC COLPA GRAVE | POLIZZA TUTELA LEGALE | ASSILEGAL | UFFICIO LEGALE | CYBERSECURITY | TUTELA DALLE AGGRESSIONI | POLIZZE PER SPECIALIZZANDI | CORSI ECM

Fai la cosa giusta!  
Iscriviti all'Anaaoo Assomed.

**GIUCA D'ANTICIPO. CON IL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO.**

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023  
PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Sei indietro con i crediti Ecm?

**Approfitta dei corsi della Fondazione Pietro Paci... anche per la radioprotezione. Gratis!**

La formazione giusta per te a portata di click

PER INFO CONTATTARE 026694767 - SEGRETERIA@FONDAZIONEPIETROPACI.IT

Fai la cosa giusta!  
Iscriviti all'Anaaoo Assomed.

**GIUCA D'ANTICIPO. CON IL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO.**

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

**ANAAO ASSOMED**

**Fai la cosa giusta!**

**Iscriviti all'Anaaoo Assomed.**

**GIUCA D'ANTICIPO. CON IL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO.**



# Fai la cosa giusta!

**ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED.**

GIOCA D'ANTICIPO  
CON TUTTI I SERVIZI **GRATIS**  
DEL PACCHETTO SICUREZZA

POLIZZA RC  
COLPA GRAVE

POLIZZA  
TUTELA LEGALE

ASSILEGAL

UFFICIO  
LEGALE

CYBERSECURITY

TUTELA DALLE  
AGGRESSIONI

POLIZZE PER  
SPECIALIZZANDI

CORSI ECM



Scopri tutti  
i servizi



www.anaao.it  
f @ x d v