

d!

dirigenza medica

- 8 Legge 24/2017
I risultati dei lavori della
Fondazione Italia in Salute
- 10 Pronto Soccorso
Audizione alla Camera
- 13 Anaaio Giovani
Inizia il tour per spiegare
il Decreto Calabria
- 14 Dirigenza Sanitaria
Cosa ci lascia la pandemia
da Covid-19?

Il mensile dell'Anaa Assomed



SCIOPERO 5 DICEMBRE 2023

**Di Silverio: Andiamo avanti
senza paura, uniti
verso la salvezza
del servizio sanitario**

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 dicembre 2023



“Il 5 dicembre abbiamo scioperato perché non è servito e non serve morire di lavoro, ammalarsi di lavoro, cedere tempo di vita per il lavoro se la sanità, per tutti i Governi degli ultimi 20 anni è stata solo un costo su cui risparmiare

**NOI VOGLIAMO
CHE QUESTA
BATTAGLIA
FINISCA**

**Vogliamo
un tempo in cui
non è necessario
combattere
per vedere
riconosciuti
diritti che tutti
dicono
di sostenere**

**VOGLIAMO SOLUZIONI
CONCRETE E OPERATIVE
A PROBLEMI CHE MOLTI OSSERVANO
MA POCHISSIMI AFFRONTANO**

Vogliamo lavorare meglio in un servizio sanitario migliore

**Vogliamo contribuire a risolvere
i problemi di oggi e contemporaneamente
lavorare per dare un senso compiuto
all'idea di un futuro migliore**

SCIOPERO 5 DICEMBRE 2023

L'intervento del Segretario Nazionale Anaaio Assomed alla manifestazione in Piazza Santi Apostoli a Roma

“Andiamo avanti senza paura, uniti verso la salvezza del servizio sanitario”

“Oggi è una giornata storica, una giornata che segna finalmente l'unione, la voglia di ottenere un risultato e di rivendicarlo insieme. Oggi dimostriamo di esistere, dimostriamo che non siamo morti e che il sistema di cure pubbliche si basa su di noi. Su ognuno di voi. Mi consentirete di mandare un breve messaggio a chi ha detto che scioperare oggi non era corretto: a costoro rispondo che non è corretto il modo in cui siano stati trattati per 20 anni, non è corretta la mancanza di rispetto verso chi ci ha rimesso la vita per questo sistema di cura”

Non ha fatto sconti a nessuno il Segretario Nazionale Anaaio Assomed Pierino Di Silverio. Aprendo la manifestazione del 5 dicembre dal palco di Piazza Santi Apostoli a Roma ha chiesto con fermezza al Governo “un segno di coraggio”.

“Chiediamo al Governo un segnale di speranza – ha detto – non ne facciamo una questione di quantità di soldi, ne facciamo una questione di qualità di investimenti. Non possiamo accettare che ci venga chiesto di lavorare ancora di più delle 60 ore a settimana a causa della carenza di personale. Non possiamo accettare che venga leso il diritto acquisito di una vita di lavoro, il diritto di andare in pensione e di riprendere i soldi che abbiamo faticosamente versato. E ancora, non possiamo accettare di essere costantemente sottoposti alla spada di Damocle della giustizia italiana: siamo medici o criminali? Il disegno di legge, scandaloso e offensivo presentato dalla Lega e che prevede il carcere per chi eroga cure, va quindi ritirato, stracciato, buttato nel cestino”.



ORA DI S

E

**LA SANITÀ PUBBLICA
NON SI SVENDE, SI DIFENDE.
È ORA DI SCIOPERARE**



TORINO



NAPOLI

SCIOPERARE

Per Di Silverio non è più possibile accettare “che anche questo Governo, come quelli precedenti, continui a parlare della sanità come il fiore all’occhiello, quando poi, nei fatti, chiede soltanto agli operatori di reggere un sistema. Abbiamo bisogno non solo di soldi, ma di tempo – ha aggiunto il segretario nazionale – abbiamo bisogno

di tornare a parlare, di stabilire quel rapporto con i pazienti che ci è stato tolto dalle leggi che si sono susseguite e hanno disintegrato il Servizio sanitario nazionale, il migliore del mondo. Oggi è finita la favola. La realtà è ben diversa, una realtà che tutti voi soffrite ogni giorno”. “La realtà è che, mentre noi siamo qui

OPERARE È ORA DI SCIOPERARE È ORA DI SCIOPERARE



ROMA



a scioperare, ci sono dei colleghi che sono stati precettati e continuano a erogare cure, come facciamo noi ogni giorno e lo facciamo sottopagati, denunciati, aggrediti, sottoposti a carenze infrastrutturali, di organico, senza più tempo da passare con i figli, con le mogli, con le madri, con gli amici. Senza tempo per sé stessi. Ci hanno sottratto il tempo di vita. Il bene più prezioso e noi dobbiamo riappropriarcene per non sottrarre tempo ai miei colleghi”. “Voglio lanciare un messaggio chiaro – ha rimarcato Di Silverio – oggi non è la fine. Oggi l’inizio di un percorso che, se non dovessimo avere risposte, porterà alle dimissioni di massa. Perché, se la nostra protesta, ad esempio negli

ospedali non è stata ben compresa, faremo sentire la nostra assenza non per un giorno, ma fino a che non risolveremo il problema, fino a che non ci riprenderemo la dignità. Oggi comincia un percorso, un percorso con gli amici. Amici che ho conosciuto da poco, da più tempo e questo percorso. badate bene, a prescindere dalle appartenenze è un percorso comune, un percorso dei professionisti, un percorso che semplicemente è il percorso al di fuori degli ospedali, in un percorso interno all’ospedale che ogni giorno ci vede fianco a fianco a curare la gente, a lottare tra la vita e la morte. Abbiamo in mano il bene più prezioso – ha concluso – e questo bene, se il Gover-

no non vuole salvaguardarlo, ci pensiamo noi a proteggerlo con tutti i modi che abbiamo a disposizione. È per questo che vi invito da oggi in poi a non arretrare di un millimetro. Andiamo avanti senza paura, uniti verso la salvezza del servizio sanitario”.

Medici, dirigenti sanitari e infermieri

“Senza interventi strutturali, dovere sociale continuare la mobilitazione: 48 ore di sciopero a gennaio

Al netto dei rinnovi contrattuali in scadenza, ben al di sotto del tasso inflattivo, il vero finanziamento del Ssn è di soli 800 milioni che saranno impegnati in interventi non strutturali, ma di ‘propaganda’ per far credere ai cittadini l’impegno del Governo a risolvere l’annosa questione dei tempi di attesa. Noi professionisti siamo i primi a subire gli effetti distortivi di un sistema non più in grado di garantire l’accesso alle cure”, denunciano i leader sindacali

“La manovra economica per il 2024 è l’ennesimo schiaffo al Servizio sanitario pubblico e ai suoi professionisti e perché mortifica i principi della salvaguardia della sanità pubblica e del diritto alla tutela della salute che continuano a non essere tra le priorità di questo Paese, a prescindere dal colore e dall’appartenenza politica di chi lo governa.

Al netto dei rinnovi contrattuali in scadenza, ben al di sotto del tasso inflattivo, il vero finanziamento del Ssn è di soli 800 milioni che saranno impegnati in interventi non strutturali, ma di “propaganda” per far credere ai cittadini l’impegno del Governo a risolvere l’annosa questione dei tempi di attesa. Noi professionisti siamo i primi a subire gli effetti distortivi di un sistema non

più in grado di garantire l’accesso alle cure ed è questo il motivo che siamo al fianco dei cittadini con il dovere civico di proseguire le nostre azioni di protesta nei prossimi mesi portandola, se necessario, anche in sede di Parlamento Europeo.

Senza confronto e senza novità sostanziali sulle richieste alla base delle nostre mobilitazioni, nel mese di gennaio 2024 proseguiremo con 48 ore di sciopero, le cui date verranno comunicate non appena sentite le basi associative”. È quanto annunciano Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anaao Assomed, Guido Quici, Presidente Cimo-Fesmed e Antonio De Palma, Presidente Nursing Up.

“I numeri della fuga di medici, dirigenti sanitari, infermieri ed ostetriche dalle corsie italiane in favore degli ospedali di altri paesi europei – denunciano i leader sindacali – sono sempre più allarmanti e la mancanza di una seria politica di investimenti nel sistema sanitario e nel suo capitale umano non lascia alcuna speranza per il futuro. Un’emorragia che avvicina il Ssn al baratro verso cui la politica lo sta spingendo da anni, con la differenza che ora non c’è più tempo per salvarlo. Siamo a un punto di non ritorno”.

“Le nostre richieste – proseguono – rappresentano non solo legittime rivendicazioni delle categorie che rappresentiamo, ma vere e proprie parole d’ordine che mirano a migliorare il sistema di cure nel suo complesso tenendo conto anche delle implicazioni che possono avere sui cittadini. Pensiamo alla situazione dei luoghi di lavoro in cui operiamo venuta tristemente alla ribalta dopo l’incendio all’ospedale di Tivoli che ha fatto emergere prepotentemente lo stato di abbandono di molti ospedali. Quello della manutenzione delle infrastrutture è un ulteriore tassello di un puzzle che nessuno si prende cura di comporre. E dire che l’Italia ha a disposizione i fondi del Pnrr per opere di ammodernamento, ma non sanno bene come utilizzarli!”.

“Siamo sempre più determinati – concludono Di Silverio, Quici e De Palma – a uscire dal vicolo cieco in cui la politica ci costringe da almeno 20 anni e siamo disposti a tutte le azioni sindacali per affermare la nostra dignità di professionisti e riprenderci la considerazione che meritiamo. Sappiamo di avere al nostro fianco milioni di italiani che alla sanità pubblica si rivolgono ogni giorno e che alla sanità pubblica non possono rinunciare”.

“Siamo sempre più determinati – concludono Di Silverio, Quici e De Palma – a uscire dal vicolo cieco in cui la politica ci costringe da almeno 20 anni e siamo disposti a tutte le azioni sindacali per affermare la nostra dignità di professionisti e riprenderci la considerazione che meritiamo. Sappiamo di avere al nostro fianco milioni di italiani che alla sanità pubblica si rivolgono ogni giorno e che alla sanità pubblica non possono rinunciare”.



PALERMO



GENOVA

DI SCIOPERARE L'ORA DELLO SCIOPERARE

Adesioni allo sciopero del 5 dicembre

BASTA MISTIFICARE I NUMERI FACCIAMO CHIAR

Non era mai accaduto di vedere mistificati i dati, quasi a voler trasformare lo sciopero in una tornata elettorale in cui chi sciopera è contro il governo in carica.

Cercare di far percepire la nostra come una protesta partitica ci appare offensivo verso l'intera categoria e forse qualcuno dovrebbe chiedere scusa alle migliaia di medici dirigenti sanitari e infermieri che il 5 dicembre sono scesi in piazza e hanno lanciato un grido di allarme

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale Anaaò Assomed

GUIDO QUICI
Presidente Cimo-Fesmed

Ma ad oggi non era mai accaduto di vedere mistificati i dati, quasi a voler trasformare lo sciopero in una tornata elettorale in cui chi sciopera è contro il governo in carica. Cercare di far percepire la nostra come una protesta partitica ci appare offensivo verso l'intera categoria e forse qualcuno dovrebbe chiedere scusa alle migliaia di medici dirigenti sanitari e infermieri che il 5 dicembre sono scesi in piazza e hanno lanciato un grido di allarme.

Il compito di chi rappresenta democraticamente i cittadini è quello di comprendere le problematiche, accettare le critiche e non strumentalizzare i dati come se fossimo in una bagarre elettorale. Qui si parla di salute pubblica e l'interlocutore non è un partito, ma associazioni sindacali autonome che non sono a libro paga di nessun partito né di minoranza né di maggioranza.

D'altro canto continuare ad evidenziare, a due settimane di distanza, i dati relativi all'adesione allo sciopero, interpretati in modo scorretto, è sintomo del successo stesso dell'iniziativa ampiamente testimoniato dal notevole im-

patto mediatico sia nazionale che internazionale. Abbiamo evidentemente toccato un tasto dolente, facendo emergere problemi ben conosciuti sia ai partiti che ora stanno al governo che ai partiti che ci hanno governati fino allo scorso anno, e che nessuno è riuscito ad affrontare e risolvere. Noi, in quanto sindacati e a differenza dei politici, non abbiamo il potere di legiferare; e quando si continua ad ignorare le nostre istanze e quelle di milioni di cittadini che chiedono una sanità pubblica migliore abbiamo il dovere di utilizzare il principale strumento che abbiamo a disposizione: lo sciopero.

Ma passiamo ai dati. Perché anche i numeri oggi sembrano aver perso quel valore di infallibilità che le scienze matematiche hanno sempre attribuito loro. E riteniamo corretto che tutti siano messi a conoscenza vista l'insistenza nella disinformazione.

Nella tabella in cui si mettono a confronto i dati dell'ultimo sciopero indetto nel 2018 da TUTTE le sigle sindacali e lo sciopero indetto lo scorso 5 dicembre.

Si può notare che nella divisione che viene effettuata nel 2018 per valutare le adesioni correttamente, come prevede la normativa vigente, viene riportato il numero di MEDICI E DIRIGENTI SANITARI che dovevano essere in servizio in quel giorno, mentre per lo sciopero del 5 dicembre viene erroneamente identificata come popolazione generale che ricomprende la spaventosa cifra di 503.621 dipendenti, atteso che il totale dei dirigenti medici e sanitari e veterinari in tutto il sistema sanitario è di 130.000!

A fianco al numero degli scioperanti, il numero degli assenti per altri motivi, benché anche tale tabella sia stata oggetto di disamina e continui a esserlo, in quanto non vengono calcolati negli aderenti allo sciopero i cosiddetti 'prececati' - ovvero coloro i quali per legge devono garantire i servizi di urgenza - ma che avrebbero partecipato comunque allo sciopero se ne avessero avuto la possibilità, e al netto di coloro i quali non erano di turno, ma che invece avrebbero aderito allo sciopero con un semplice modulo inviato alle aziende.

Nell'errata rappresentazione numerica, riscontriamo un doppio segnale. Anzitutto per il Governo i medici, dirigenti sanitari e infermieri sono uguali in tutto e per tutto alla pubblica amministrazione. In secondo luogo, quello ancor più grave, è il tentativo di far risultare una adesione allo sciopero ben inferiore a quella reale. Infatti, anche prendessimo i dati forniti dal Dipartimento della Funzione Pubblica, note-



EZZA!

Giornata sciopero	B) Personale aderente sciopero	A) Personale in servizio	C) Personale assente per altri motivi	Differenza tra A e C	% adesione personale rilevato
27/11/2018	4693	78150	12826	65324	7,11
5/12/2023	11557	503621	93035	410586	2,81
18/12/2023	2526	286160	49801	236359	1,06



dei servizi che invece lo sciopero lo hanno programmato e svolto il 18 dicembre. Se aggiungiamo anche questi numeri insomma possiamo dire che l'intera classe di medici, dirigenti sanitari, veterinari e infermieri ha aderito direttamente o indirettamente a una forma di protesta legale perché ha condiviso le preoccupazioni lanciate dai sindacati autonomi.

Ma vogliamo anche andare al di là del dato in sé

Appare quanto mai deludente e poco edificante per un governo attaccarsi a mistificazioni e sterili tentativi di dar poco credito a una protesta che anche se fosse stata minima sarebbe da considerare preoccupante. Riteniamo offensivo per gli oltre 25.000 dirigenti medici, sanitari e infermieri che si sono astenuti dal lavoro, affermare che chi non ha aderito allo sciopero ha scelto il governo, spondone le politiche. Tali affermazioni, oltre a minare il rapporto con le parti sociali, minano la considerazione che ogni governo dovrebbe avere per chi cura.

Vogliamo pensare che le dichiarazioni di vari esponenti politici siano attribuibili a un passo falso, a un atteggiamento impulsivo, a una svista. Ma se non verranno rettifiche, rischiano di alimentare e ampliare una frattura tra classe dirigente e operatori sanitari che invece necessita di essere ricomposta.

La domanda che speravamo si ponesse invece il governo era: perché medici e dirigenti sanitari, veterinari e in-

fermieri decidono di scioperare, perché sono così delusi e arrabbiati?

Invece di un sano esame di coscienza che dovrebbe seguire ad ogni decisione contestata da parte di chi ha il compito di rappresentare e governare un paese, ci ritroviamo a discutere di numeri perché, evidentemente, l'unico interesse è la campagna elettorale, l'unica visione di alcuni rappresentanti del governo è la politica dei voti, perché alla fine i numeri sono sempre voti.

Invece talvolta i numeri dovrebbero essere espressione delle sofferenze, delle difficoltà, delle richieste di un sistema paese che, se cerchiamo di ridurre anche i diritti elementari mistificandoli, rischia di dissolversi. E non parliamo solo della sanità, ma dello stato sociale nel suo complesso del quale la sanità fa parte, che se perdesse gli ammortizzatori sociali nei quali rientra anche la sanità pubblica rischierebbe il default.

Ci auguriamo un passo indietro da parte di chi, in maniera avventata e maleducata, ha pensato di rappresentare il governo, con dichiarazioni al limite della decenza, perché siamo convinti che nessuno abbia la volontà di spostare la discussione sul SSN dai numeri della partecipazione, ampia e coesa allo sciopero: si rischierebbe di spostare l'attenzione dalla luna al dito.

remmo che su un campione del 47% delle strutture che hanno inviato i dati - anche qui ci sarebbe da discutere in quanto esistono ospedali piccoli e grandi con adesioni diverse e in regioni diverse e con servizi diversi - proiettando i dati al 100% delle strutture, sono oltre 25.000 i colleghi che, al di là e al netto dei comandati e degli assenti, ma partecipanti, hanno aderito allo sciopero. Ovvero con i comandati che rappresentano un ulteriore 30% siamo intorno all'85% delle adesioni, come dichiarato giustamente dai sindacati.

Lo sciopero del 5 dicembre infine è stato indetto da due sigle di dirigenti medici e sanitari che non comprendevano anestesisti, veterinari, e branche

LEGGE 24/2017

I risultati del tavolo tecnico della Fondazione Italia in Salute

Riflessioni e spunti per una revisione della legge in tema di sicurezza delle cure, rischio clinico, Rc sanitaria e danno risarcibile

La Fondazione Italia in Salute ha presentato a Roma il documento di riflessioni elaborato dal Tavolo tecnico di lavoro sulla legge n. 24/2017, istituito dalla Fondazione stessa con l'obiettivo di sottoporre a una opportuna revisione la legge Gelli-Bianco, analizzandone gli impatti e individuando le aree di eventuale intervento nell'ottica di una possibile riforma che rinforzi ulteriormente ed attualizzi i suoi principi e valori fondanti.

Il lavoro, ancorché interlocutorio alla cui elaborazione ha partecipato anche l'Anaao Assomed, costituisce una prima base di riflessione e ha dato adito ad una vivace giornata di confronto anche con le istituzioni sulla "Revisione della legge 24/2017", con la partecipazione e gli interventi del ministro della Salute, Orazio Schillaci, del direttore Sanità, welfare e coesione sociale della Regione Toscana, Federico Gelli, del presidente della Fondazione Italia in Salute, avvocato Maurizio Hazan, del magistrato e presidente della commissione ministeriale sulla colpa medica Adelchi D'Ippolito, del presidente della commissione Sanità del Senato, Francesco Zaffini, del vice segretario Anaao Assomed, Flavio Civitelli, del vice procuratore generale presso la Corte dei Conti della Regione Lazio, Paolo Crea, del presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, del vice presidente Fiaso Antonio D'Urso.

L'idea di fondo che ha orientato i lavori del tavolo è stata quella di confermare la bontà dell'impianto razionale posto alla base della legge 24/2017, che ha avuto il grande pregio di stabilire le coordinate di un sistema di "Sanità Responsabile e sostenibile" fondato sulla sicurezza delle cure, sulla prevenzione del rischio, sul recupero dei valori dell'alleanza terapeutica nonché sull'effettività dei rimedi a tutela dei pazienti e sulla deflazione del contenzioso. Come è noto, la Legge 24/2017 ha rappresentato una svolta nel percorso della responsabilità sanitaria poiché ha segnato il passaggio dalla logica del "risarcimento" a quella della sua prevenzione, attraverso la costruzione di un "sistema di sicurezza" fondato sulla necessaria adozio-

ne di misure organizzative e di gestione del rischio finalizzate alla costruzione, al controllo ed al monitoraggio del percorso di cura; l'obiettivo, dunque, è stato quello di approntare strumenti capaci di garantire una concreta e reale protezione del paziente, attraverso l'adozione di buone pratiche, programmi, modelli, tecniche e presidi finalizzati ad impedire eventuali eventi avversi e, quindi, in definitiva, a sottrarre materia al contenzioso. Non conta in pratica "risarcire il danno" ma prevenirlo, riducendo i fattori di costo del rischio e consentendone l'assicurabilità a condizioni di premio sostenibile. Alle attività di prevenzione e di gestione del rischio del resto è tenuto tutto il personale in linea anche con quanto già sancito nella Legge di stabilità 2016, che obbliga le strutture sanitarie a predisporre unità ad hoc per il monitoraggio, la prevenzione e la gestione del rischio, nel quadro della più generale valorizzazione dell'approccio di clinical risk management quale "interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente".

La legge 24 ha dunque rafforzato in termini più definitivi tale chiara indicazione di principio, trattando i temi correlati della responsabilità e del danno ed entrando "frontalmente" nel vivo dei problemi innescati dalla cosiddetta "medicina difensiva", ridisegnando le regole e cercando di offrire miglior tutela ai medici e agli altri professionisti della sanità.

La legge è perfettibile, ma sicuramente lo scheletro è da preservare per la tutela dei professionisti e per la sicurezza dei pazienti. Una sanità "sicura" è dunque garanzia di serenità e costituisce il miglior viatico per il recupero di quella relazione solidale tra operatori e pazienti che, nel corso degli ultimi decenni, si è andata sempre più incrinando per effetto di una certa deriva accusatoria, favorita anche da una giurisprudenza particolarmente severa verso gli esercenti le professioni sanitarie.

Resta comunque sullo sfondo la convinzione che la materia della sicurezza delle

cure, degli operatori della sanità e dei pazienti, e quella della responsabilità sanitaria, gravitano attorno alla ricerca di un difficile equilibrio tra la tutela dei diritti individuali dei singoli e l'esigenza di chiedere alla collettività uno sforzo di compartecipazione per consentire al sistema sanitario di sostenersi, tanto più negli attuali transiti finanziari.

Quanto sopra perché la tutela della salute esprime non solo il diritto dell'individuo ad essere curato ma anche il suo dovere di aver cura di sé stesso e della sostenibilità di quel sistema sanitario che dovrebbe prenderlo in carico in caso di bisogno.

A distanza di sei anni dalla sua entrata in vigore, ed in presenza di una non applicazione completa della legge, (in particolare la mancanza dell'emanazione del decreto attuativo che al momento ha lasciato ancora incompiuto il disegno assicurativo prefigurato a livello normativo), si è avvertita l'esigenza, di dare risposta alle criticità ancora irrisolte dalla Legge 24, salvaguardandone valori e principi fondanti alla luce dell'elaborazione giurisprudenziale e, prima ancora, delle effettive ricadute pratiche operative nel frattempo emerse. Peraltro è opportuno ricordare che la concreta realizzazione dei fondamentali obiettivi di miglior gestione e prevenzione del rischio ha dovuto fare i conti con le concorrenti esigenze emergenziali della pandemia e, più in generale, con la necessità di garantire equilibrio e tenuta ad un sistema sanitario impegnato nei processi di cambiamento anche tecnologici imposti dai mutati contesti sociali e dalle trasformazioni strutturali previste dal PNRR. Il tutto tenendo conto della scarsità delle risorse disponibili e del depauperamento di un capitale umano che sembra progressivamente allontanarsi dal servizio pubblico. È dunque possibile sostenere che, al di là delle strette esigenze di eventuale riformulazione della legge, un punto di massima attenzione stia nella necessità di dotare il programma che la sostiene di fondi e risorse adeguate a consentirne l'effettiva concretizzazione.

Il documento si pone l'obiettivo di distinguere il piano del ragionamento, cercando di comprendere, "cosa c'è e cosa manca" nella legge e, in particolare, di capire ciò che merita effettiva riforma e che ciò non deve essere cambiato, ma semplicemente "attuato", per dare seguito pratico agli obiettivi predicati dalla norma. D'altra parte, l'occasione è stata propizia per svolgere alcune riflessioni aggiornate su talune ricadute teoriche e pratiche della norma, rilette alla luce dei più recenti approdi interpretativi della dottrina e, soprattutto, della giurisprudenza. Muovendo dai temi prioritari del rapporto tra rischio, responsabilità e danno risarcibile sino ad affrontare la questione della loro copertura assicurativa, sono state prese in considerazione sei diverse aree tematiche con possibili soluzioni, di seguito riportate.

1

AREA DELLA
GESTIONE
DEL RISCHIO

La legge 24/2017 ha posto al centro del proprio impianto dispositivo l'area della gestione del rischio, al fine di attuare in concreto quel salto in avanti imposto dalla norma in vista della miglior sicurezza delle cure. A tali declinazioni teoriche non hanno però fatto seguito altrettante azioni attuative e a tutt'oggi può sostenersi che i modelli di gestione del rischio tracciati dalla riforma del 2017 sono rimasti, pressoché inattuati. Quanto sopra ha portato a ritenere che non siano necessari tanto nuovi interventi normativi quanto l'adozione più fattiva di processi utili a rendere i principi della legge concretamente operanti. Di qui l'esigenza di intervenire per garantire un più effettivo presidio, anche sanzionatorio, delle attività di gestione preventiva del rischio clinico. Si è poi osservato come lo schema del decreto attuativo dell'art. 10 comma 6, in materia di assicurazione e copertura in autoritenzione del rischio, prevede in capo alle strutture l'obbligo stringente di dotarsi di significativi strumenti di gestione del rischio, di azioni per la sua mitigazione e di prudente allocazione delle risorse in funzione dei possibili costi risarcitori. Ci si è interrogati sul perché tali previsioni debbano rimanere confinate nell'ambito di un regolamento attuativo e non debbano piuttosto essere stabilite in via più generale nella normativa primaria. In tale ottica si è proposto di chiarire e rinforzare il principio di secrezione previsto dall'art. 16 della legge 24/2017, norma che ha dato luogo ad interpretazioni non sempre univoche e tal fine si è suggerita, in via di prima elaborazione, l'adozione di un testo più esplicito e ampio.

2

AREA DELLA
RESPONSABILITÀ
CIVILE

La legge 24/2017 ha già recato importanti effetti rispetto all'area della responsabilità civile, in qualche modo rintracciabili negli orientamenti con cui la Suprema Corte ha in tempi recenti tenuto conto di quei principi di riequilibrio e miglior bilanciamento dei diversi interessi coinvolti disposti dalla legge "Gelli Bianco". Eloquente in questo senso il principio sostenuto nella sentenza 28990/2019 laddove evidenzia "l'esigenza di non distogliere risorse indispensabili all'espletamento del servizio, contrastando i riflessi negativi sulla organizzazione ed erogazione del servizio sanitario pubblico, determinati dall'incremento esponenziale degli impegni finanziari delle Aziende sanitarie preoccupate ad immobilizzare sempre maggiori risorse per fare fronte alle possibili richieste risarcitorie a decremento dei necessari investimenti strutturali". La portata persuasiva della legge 24/2017 è emersa anche nella chiara indicazione resa dalla Cassazione a propo-

sito della necessità di evitare derive oggettivistiche: la condotta del medico deve violare l'interesse strumentale del paziente a fruire delle cure adeguate, rimanendo sullo sfondo la auspicata ma mai garantita, soddisfazione, del suo interesse presupposto alla guarigione.

Il tema è stato affrontato anche in relazione alle responsabilità organizzative della struttura, nell'ambito della sua responsabilità contrattuale verso il paziente con specifico riferimento al tema delle infezioni nosocomiali. Con la sentenza n. 6386/2023, la Suprema Corte ha statuito che con riferimento specifico alle infezioni nosocomiali, spetterà alla struttura provare di aver adottato tutte le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle *leges artis*, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie infettive e di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico. Il che esclude che la relativa fattispecie integri un'ipotesi di responsabilità oggettiva. A tali conclusioni comunque si perviene, nel quadro generale della legge 24/2017, anche in considerazione di quanto previsto in relazione alle linee di indirizzo e buone pratiche sulla sicurezza che l'Osservatorio nazionale deve elaborare, indicando i protocolli a cui ispirare il diligente ossequio delle misure di prevenzione.

La stessa sentenza 6383/2023 ha richiamato l'attenzione sul tema relativo alle responsabilità delle cariche apicali delle strutture sanitarie, direttamente implicate nel caso di violazione delle linee guida e delle buone pratiche in materia di gestione del rischio e sicurezza delle cure. Emerge che dal campo della "sicurezza del lavoro" al nuovo contesto della sicurezza delle cure il passaggio, dopo la legge 24/2017, pare a maggior ragione intuitivo, dovendosi confermare la "posizione di garanzia" in capo a specifiche "figure di vertice" in ragione dei poteri-doveri gestionali ed organizzativi ad esse attribuiti dalla legge ai fini del corretto funzionamento della struttura sanitaria. Si può sostenere che la Legge di Stabilità del 2016 e la L. 24/2017 hanno definito una serie di obblighi che gli organi di vertice sono specificamente chiamati a rispettare, costruendo un modello di gestione che deve avere al suo centro la sicurezza del paziente. Tali disposizioni sembrano atteggiarsi quali fonti normative del modello di gestione adeguata del rischio il cui rispetto consentirebbe, verosimilmente, di ritenere soddisfatto l'obbligo di diligenza delle cariche apicali conferendo loro "la patente di amministratori corretti". Il tutto, nella necessità di confrontare le loro responsabilità con l'obbligo di corretta allocazione delle risorse finanziarie in concreto disponibili.

Alcuni contributi hanno poi preso posizione sulla scarsa produzione/codificazione/raccolta, in concreto, delle linee guida, che rischierebbe di far degradare il sistema teorico previsto dalla legge 24/2017 al rango di sostanziale declinazione di principio. Anche questo è da valutarsi come un

caso di implementazione e buona applicazione delle norme di legge e non di riforma. Salvo considerare la necessità di meglio inquadrare la correlazione tra le linee guida cliniche e le indicazioni organizzative.

È stata poi presa in considerazione l'idea di trarre insegnamento dall'esperienza del Covid e di introdurre, a fronte di situazioni emergenziali di straordinario impatto, chiare limitazioni di responsabilità per gli operatori sanitari e gli enti stessi che si trovino a prestare la propria attività in situazioni di grave difficoltà (operative, strutturali, gestionali ecc.), cosiddetto *scudo penale*. Di interesse prospettico sono poi le implicazioni, anche in tema responsabilità, di quello che potrebbe essere definito rischio digitale, anche in relazione all'utilizzo di sistemi d'intelligenza artificiale. Così come devono essere indagate, sia pur in applicazione delle ordinarie regole di responsabilità civilistica, le ricadute sui *players* della nuova sanità del territorio. L'affermata responsabilità non oggettiva della struttura deve confrontarsi con le complessità pratiche inerenti agli oneri della prova che la Cassazione pone in capo alla struttura al fine di liberarsi da eventuali addebiti, dimostrando "di aver adottato, sul piano della prevenzione generale, tutte le misure utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere" e, in particolare, di aver strutturato e messo in opera protocolli operativi adeguati alla prevenzione del rischio infettivo. In questa difficoltà operativa si è inserita la discussione volta a diversamente regolare la materia delle infezioni e più in generale di tutti quegli eventi avversi che non sono agevolmente riconducibili ad un chiaro addebito di responsabilità per colpa.

Il pensiero corre al tema della c.d. "alea terapeutica", intendendosi per tale quella parte ineliminabile di rischio che dà luogo ad eventi avversi endemicamente connessi alla sanità ma indipendenti dalla violazione delle *leges artis*. Il che conduce alla possibilità di prendere in considerazione la soluzione adottata in Francia con un modello indennitario piuttosto articolato (Oniam), modello francese che trova oggi qualche addentellato, in Italia, nel fondo di cui alla legge 210/92, che potrebbe essere rimodellato e esteso nei suoi contenuti, ricomprendendo ogni ipotesi, individuata dal legislatore, in cui si ponga, almeno in termini generali, un possibile caso di alea terapeutica. Diversamente si potrebbe pensare ad un intervento sul Fondo di garanzia istituito dall'art. 14 della legge 24/2017 (e a tutt'oggi non attuato, in assenza del relativo decreto attuativo) sia pure con logiche di funzionamento e finalità del tutto diverse (di sostegno alla copertura assicurativa del rischio sanitario). Alternativamente si potranno considerare soluzioni di più ampio respiro sistemico, fondate su un modello integrato e articolato su più livelli di integrazione tra intervento pubblico e privato.

“

Lo schema del decreto attuativo dell'art. 10 comma 6, in materia di assicurazione e copertura in autoritenzione del rischio, prevede in capo alle strutture l'obbligo stringente di dotarsi di significativi strumenti di gestione del rischio

Pubblichiamo l'intervento del Coordinatore della Commissione Anaaou Assomed Emergenza-Urgenza in occasione dell'audizione che si è svolta presso la Commissione Affari Sociali della Camera



MIRKO SCHIPILLITI
Coordinatore Commissione Nazionale Emergenza Urgenza Anaaou Assomed

Egredi Deputati, apprezzando l'impegno del legislatore nell'aver emanato nuove norme al fine di migliorare la qualità del lavoro nel settore dell'Emergenza-Urgenza, nonché l'impegno di questa Commissione a svolgere un'indagine conoscitiva, presentiamo alcune proposte per provvedimenti urgenti. Riteniamo che tali misure debbano intendersi in modo integrato, laddove l'una non può escludere l'altra. Ulteriori proposte sono contenute nel nostro documento allegato, per una ridefinizione di tutte le tutele necessarie a una revisione del sistema Emergenza-Urgenza.

Va premesso che è indispensabile e non più procrastinabile una **legge nazionale sul sistema emergenza-urgenza**. Un intervento di miglioramento e riforma rappresenta una priorità assoluta per garantirne la sostenibilità, l'organizzazione del sistema ospedaliero e il benessere lavorativo, nella concreta consapevolezza che non è possibile una soluzione agendo su un solo fattore, ma solo attraverso un'azione simultanea su più elementi concatenati e interagenti. Inoltre, i soli incentivi economici per quanto necessari sono da soli insufficienti ad attirare nuovi specialisti e specializzandi in un sistema carente sul piano gestionale e di carriera e ad arginare l'attuale emorragia di personale "senior". Bisogna ormai entrare nell'ottica che allo stato attuale, giusto o sbagliato che sia, **i Pronto Soccorso (PS) sono veri e propri stakeholder nel Ssn**, gestendo ogni anno almeno 21 milioni di accessi e relative prestazioni (dati 2019 stabili dal 2013) con un numero di pazienti visitati per medico stimato a 4.000/anno, prestazioni che in gran parte non sarebbero neppure di loro competenza. Deve pertanto essere previsto un adeguato impegno organizzativo ed economico anche da parte delle singole aziende. Il ricorso al PS è infatti sempre più sbilanciato verso problematiche "minori", a bassa intensità di cura (80% circa), incluso il 25-35% di **accessi inappropriati**, evidenziando come il PS rappresen-

ti sempre di più in modo improprio la sede dove poter comunque ottenere ogni tipo di risposta, con una pressante richiesta assistenziale che si riflette anche sull'allungamento dei tempi di attesa e sul sovraffollamento.

Inoltre, in termini di **disagio**, nel PS va considerata la costante concomitanza di numerosi elementi sfavorevoli: elevata presenza di stress lavoro correlato e burnout - 40% - superiore alle altre categorie in ambito sanitario; rischio infettivologico; orario costituito da oltre il 50% di turni notturni e festivi; frequente presenza di turni di 12 ore; elevata prevalenza di violenze e aggressioni; elevato contenzioso medico-legale; incremento carichi di lavoro per carenza di medici e di dimissioni; lavoro in spazi inadeguati per obsolescenza, inadeguatezza, mancato ammodernamento e sovraffollamento, quest'ultimo aggravato dal taglio di 80mila posti letto negli ultimi dieci anni, e con una media di posti letti per mille abitanti pari a 3,5 rispetto alla media europea di 5 (superiore a 7 in Germania). È stato ormai raggiunto un vero e proprio "punto critico", in cui il sistema emergenza-urgenza è al collasso nonostante l'abnegazione e la dedizione costanti di tutto il personale, sistema che non può più sopportare un lavoro in "isorisorse" né di lavorare sempre di più e più velocemente.

Il quadro è quello di una sorta di "emergenza nazionale" che evidenzia tuttavia a nostro avviso alla sua origine prevalentemente una cattiva gestione legata a più fattori, e che non può neppure essere ricondotta banalmente a un incremento di richieste di prestazioni da parte dei cittadini.

Superare la crisi

A ORGANIZZAZIONE E RIDUZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

1 Riduzione dei carichi di lavoro e accessi codici minori: la delocalizzazione dal PS di problematiche a bassa intensità è assolutamente prioritaria. A tal fine sono fondamentali: 1) il potenziamento della medicina territoriale con una riorganizzazione della medicina di prossimità fornendo strumenti diagnostici e terapeutici di primo livello; 2) un'omogenea e completa applicazione dei percorsi fast-track per problematiche monospecialistiche, contro un'applicazione difforme nelle varie Aziende. Si devono infatti realizzare per i PS specifici percorsi gestionali anche a livello specialistico per problematiche a bassa intensità di cui potenziare il filtro. Tali pazienti non dovranno più figurare nelle liste di attesa per i medici di PS.

2 Eliminazione del boarding: deve essere garantito un incremento dei posti letto, calcolato secondo dati storici al fine di mantenere un tasso di occupazione inferiore all'85% nelle seguenti aree: area medica inclusa la Medicina d'Urgenza, lungodegenza, e con incremento dei reparti di Medicina d'Urgenza e di unità semintensive. Fondamentali sono l'adozione di un protocollo nazionale sulla gestione dei ricoveri da PS e l'adozione di modelli di calcolo come già sperimentato in più Regioni, basati sui dati storici dei ricoveri, con ricovero diretto dal PS ed assegnazione prestabilita di posti letto.

B INCREMENTO DI RISORSE E TUTELE ECONOMICHE

1 Incremento risorse Inail e indennità di Pronto Soccorso: l'introduzione con la Legge 234 del 30.12.2021 (legge di bilancio) dell'indennità di Pronto Soccorso con 27 milioni di euro/anno è stata declinata nella preintesa sul nuovo CcnL 2019-21. Corrispondente a circa 1 euro/h di servizio prestato (circa 100 euro netti al mese), necessita di un'immediata integrazione col previsto incremento di 60 milioni/anno, e non deve essere vincolato al rinnovo del CcnL: tali risorse devono essere immediatamente

PS
Proposte
Anaaou

nei Pronto Soccorso le proposte Anaao Assomed

fruibili. Tuttavia, l'indennità viene purtroppo penalizzata dal recente parallelo decremento delle risorse per il pagamento delle attività di certificazione INAIL obbligatorie. L'articolo 1, comma 526 e segg. della legge 30 dicembre 2018, n. 145 ha infatti modificato la previgente normativa sull'attività di compilazione e trasmissione di tali certificati, con un finanziamento dedicato di 25 milioni di euro annui, risorse la cui erogazione transita attraverso i fondi contrattuali della dirigenza. La nuova norma ha di fatto comportato remunerazioni inferiori rispetto alla previgente normativa per cui è necessario: incrementare le risorse di almeno 11 milioni di euro annui; abolire gli oneri fiscali accessori come l'IRAP; prevedere un incremento annuale (non biennale) e senza limite percentuale. Attualmente non vi è alcun reale ristoro economico, poiché per effetto delle suddette modifiche legislative il risultato netto in busta paga è che lo stipendio complessivo non cambia.

2 Introduzione dell'indennità rischio biologico: era stata già proposta e presentata nel 2020 e 2021 da alcuni parlamentari dall'attuale maggioranza di governo, ma senza esito positivo. La pandemia ha confermato quanto il PS e il 118 siano contesti a maggiore rischio ambientale (biologico e chimico) rappresentando il primo interfaccia col territorio.

3 Riposo biologico: ai fini del ristoro per le numerose tipologie di disagio subite va riconosciuto ai medici di PS e 118 un riposo biologico di almeno 10 gg/anno da fruirsì continuativamente e obbligatoriamente in corso d'anno.

4 Compensi per attività aggiuntive: va abolito il termine "fino a" dell'art. 11 comma 1 del DL 30 marzo 2023, n. 34, convertito in legge 26 maggio 2023, n. 56, sostituendolo con "almeno a" per rendere uniforme la garanzia sull'incremento della retribuzione delle quote orarie a 100 euro/h. A tale incremento, che deve restare permanente, deve corrispondere un incremento complessivo di risorse aggiuntive a livello regionale e aziendale, evitando – come accade – che a un maggiore importo pagato corrisponda un minor numero di ore retribuite vigendo l'invarianza di spesa.

5 Inadeguatezza spazi di lavoro: nell'ambito del Pnrr, mission M6 Investimento 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (Decreto del Ministero della Salute del 20.1.22) devono essere aggiunte risorse per l'adeguamento e ampliamento degli spazi nei PS, inadeguati e obsoleti. La nota del Garante della Privacy dello scorso gennaio 2023 sulla tutela dei dati personali e della dignità in ambito sanitario ha del resto evidenziato quanto "le condizioni con cui operano i professionisti sanitari, specie nei pronto soccorso, caratterizzate dalla mancanza di spazi adeguati e di risorse organizzative e umane, non può costituire un ostacolo al pieno rispetto dei diritti fondamentali dell'individuo specie in un contesto come quello sanitario in cui le fragilità sono più evidenti".



C RISORSE UMANE

1 Concorsi: va ridefinita l'art. 12 comma 1 DL 30 marzo 2023, n. 34, garantendo invece la possibilità per chi abbia già lavorato nei PS o 118 di partecipare ai concorsi per la dirigenza nella disciplina "Medicina e Chirurgia d'Accettazione ed Urgenza" solo se col vincolo di occupare un posto in specialità MEU. È prioritario garantire che proprio nel settore dell'Emergenza-Urgenza debbano esistere standard di professionalità uniformi a garanzia della sicurezza dei pazienti e dei costi.

2 Cooperative: il problema delle cooperative nel Ssn va abolito in radice, prevedendo che nel Ssn il rapporto contrattuale tra datore di lavoro e professionista della salute deve essere individuale, senza intermediari. Deve inoltre essere eliminata la preclusione all'accesso ai concorsi agli specialisti che hanno lavorato nelle cooperative, di fatto privando un sistema già carente dei suoi professionisti. Va pertanto ridefinito l'art. 10 del DL 30 marzo 2023, n. 34.

3 Vanno applicati i criteri introdotti dalla legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) articolo 1, comma 170 sulla **quantificazione dei turni notturni di 12 ore ai fini del raggiungi-**

mento del numero di turni annui previsti per l'accesso anticipato al pensionamento. Tale norma consentirebbe di raggiungere la quota di numero di notti in grado di conseguire un pensionamento anticipato, ma va estesa ai dirigenti del Ssn nel ridefinire anche il concetto di "ciclo produttivo".

4 Sulla sicurezza sono necessari: 1) il riconoscimento del ruolo del dirigente del Ssn come pubblico ufficiale e garanzia sulle pene erogate; 2) uno "scudo penale" per i professionisti della salute in relazione a procedimenti giudiziari a fronte di un ingiustificato contenzioso medico-legale; 3) affissioni in tutte le strutture del Ssn di avvisi sui rischi penali in caso di aggressione fisica o verbale al personale Ssn; 4) misure di tutela e repressione estese anche nei confronti dell'Azienda del Ssn in quanto istituzione pubblica sede della violazione.

5 Deve essere introdotto l'obbligo di **indagini annuali sul burnout** e lo stress lavoro-correlato in ogni Azienda con adozione di provvedimenti conseguenti.

D RELAZIONI CON ISTITUZIONI E ALTRI SOGGETTI

1 Tavolo di lavoro permanente sul Pronto Soccorso e il sistema emergenza-urgenza con le OOSS presso il in Ministero della Salute e le Regioni, per elaborare disposizioni comuni e omogenee e condividere esperienze risultate positive ed efficaci, proporre provvedimenti legislativi.

2 Campagna di comunicazione con una pubblicità progresso e iniziative di educazione a livello nazionale e regionale sul ruolo e il significato del PS e contro le violenze sugli operatori sanitari.

3 Università e formazione: partecipazione diretta ai programmi formativi delle scuole di specializzazione in quanto tutor ospedalieri, onde evitare che essi vengano definiti da figure avulse dal mondo della professione.

Sul tema sanità, nel confronto tra l'Italia e gli altri paesi della Unione Europea, si è spesso discusso riguardo retribuzioni e condizioni di lavoro, ma le notizie di questi ultimi giorni impongono un confronto anche sul tema pensionistico

	MINIMA ETÀ PENSIONABILE		MASSIMA ETÀ PENSIONABILE		ANZIANITÀ DI SERVIZIO MINIMA (anni)	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
ITALIA	Basata sulla sola contribuzione 42 anni e 10 mesi di contributi	Basata sulla sola contribuzione 41 anni e 10 mesi di contributi	67 (70 su richiesta del lavoratore)	67 (70 su richiesta della lavoratrice)	15	15
FRANCIA	64	64	n.p.	n.p.	172 trimestri	172 trimestri
OLANDA	Non previsto	Non previsto	67	67	Non previsto	Non previsto
SPAGNA	65 (37 anni e 9 mesi di contributi)	65 (37 anni e 9 mesi di contributi)	70	70	15	15
BULGARIA	64 e 6 mesi (39 anni e 4 mesi di contributi)	62 (36 anni e 4 mesi di contributi)	65	63	Varia con le condizioni di lavoro	Varia con le condizioni di lavoro
AUSTRIA	65	60 (65 nel 2024)	70	70	15	15
ROMANIA	60	57	65	65	30	15
SLOVENIA	60 (40 anni di contributi)	60 (40 anni di contributi)	65	65	15	15
CROAZIA	60 (35 anni di contributi)	58 e 3 mesi (33 anni e 3 mesi di contributi)	68	68	15	15

EUROPA medici e pensione



ALESSANDRA SPEDICATO
Direzione Nazionale Anaao Assomed e Capo Delegazione Anaao in FEMS

I dati e le informazioni, parziali ma già sufficienti, forniti da alcuni dei Paesi che partecipano ai lavori della FEMS (*European Federation of Salaried Doctors*) dimostrano che l'Italia rimane fanalino di coda anche nelle modalità di accesso alla pensione.

La tabella che segue compara età minima e massima per l'accesso alla pensione e la eventuale necessità di una minima anzianità di servizio per usufruirne. I dati dimostrano come l'Italia richieda ai propri professionisti medici ingenti sacrifici in termini di durata dell'attività lavorativa. Senza pretendere la flessibilità olandese, dove non è richiesta alcuna età minima per poter andare in pensione, è sufficiente sapere che in Croazia sono sufficienti 35 anni di contributi per poter andare in quiescenza mentre bastano un paio di anni in più per ritirarsi in Spagna. Bulgaria e Slovenia richiedono ai propri medici quasi 40 anni di lavoro ma si

dimostrano accorte e lungimiranti perché sono, inaspettatamente, gli unici paesi della Unione Europea che riconoscono alla professione medica la caratteristica di lavoro usurante. Infatti, in alcuni settori o specialità quali la Radiologia e la Radioterapia, è riconosciuto un fattore di rischio che consente ai medici di andare in pensione anticipatamente. Di magra consolazione sapere che anche in paesi come Croazia, Spagna, Romania esistono professioni (quali personale militare, musicisti, giudici, parlamentari, ecc) per i quali è riconosciuto il titolo di lavoro usurante o comunque una uscita anticipata dal mondo del lavoro. Quello che rimane incomprensibile è che in Italia non venga applicato quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2018 che permette la pensione anticipata dei dipendenti che svolgano lavoro notturno per almeno 64 notti all'anno ma su turni di 12 ore. In questo caso il numero di turni notturni

effettivamente svolti deve essere moltiplicato per un coefficiente di 1,5 rendendo possibile il pensionamento anticipato con 43 servizi di guardia notturni all'anno.

In tutti i Paesi, la retribuzione pensionistica è legata alla remunerazione annuale e agli anni di lavoro svolti. Le condizioni di lavoro non sono un fattore preso in considerazione ma viene da chiedersi se un medico che in Italia vada in pensione a 67 anni abbia lo stesso livello di burn out, insoddisfazione e stanchezza del suo omologo olandese di pari anzianità. In aggiunta, i bassi livelli retributivi presenti in Italia, rispetto ai colleghi europei, creano una disuguaglianza non solo per tutto il perdurare della carriera ma anche al momento dell'agognato riposo.

Il taglio alle pensioni dei medici, proposto nella Legge di Bilancio 2024, colpisce molte più generazioni di medici di quanto si possa immaginare e paradossalmente si accanisce su quelle più giovani (medici classe 1976 ed indietro negli anni) che, con il riscatto dei mesi di laurea svolti prima del 31 dicembre 1995, potrebbero usufruire di un sistema misto contributivo e seppur in minima parte retributivo, vantaggioso ai fini dell'assegno pensionistico.

Al netto di un possibile passo indietro, rispetto ad una legge iniqua, rimarrà la rottura di un rapporto fiduciario tra i medici del Servizio Sanitario Nazionale ed un Governo che, con inaspettata e schizofrenica dicotomia ha prima dichiarato la volontà di garantire il diritto alla salute pubblica per poi agire con norme che spingono i professionisti della Sanità ad abbandonare un lavoro che è base e garanzia di uno stato sociale sano e produttivo.

Assunzioni DL Calabria

Inizia il tour informativo Anaao Giovani

Il settore Anaao Giovani ha inaugurato il “DL Calabria Tour”, una serie di incontri in presenza in varie regioni italiane al fine di far conoscere ai medici in formazione specialistica l'opportunità di assunzione nel Ssn mediante il cosiddetto DL Calabria



GIAMMARIA LIUZZI
Responsabile Nazionale Anaao Giovani

L'articolo 1 comma 548-bis della legge n. 145 del 2018 (il cosiddetto “Decreto Calabria”) ha normato la possibilità per i medici specializzandi di essere assunti a tempo determinato, con automatica conversione del contratto a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialità, a partire dal 2° anno di corso di specializzazione. Tali assunzioni, che possono avvenire in tutti gli ospedali che fanno parte della rete formativa di qualsiasi scuola di specializzazione della propria disciplina, sono normate da uno specifico accordo quadro, siglato dai Ministeri dell'Università e Salute e la Conferenza Permanente delle Regioni, in cui vi sono illustrati le modalità di assunzione, le responsabilità del neoassunto e lo svolgimento dell'attività teorica e pratica. Con l'approvazione definitiva dell'articolo 14 comma 1 della Legge n. 34 del 2023 (il cosiddetto “emendamento Anaao”) vi sono state importanti implementazioni:

- **l'assunzione** degli specializzandi diventa strutturale, perdendo il suo status di misura emergenziale;
- **raddoppia** da 18 a 36 mesi il tempo di assunzione;
- **introduce** l'assunzione d'ufficio degli specializzandi da parte dell'azienda sanitaria dopo 90 giorni dalla sua richiesta di assunzione al-



l'università in cui lo specializzando risulta iscritto. Tale assunzione, infatti, avviene anche in caso di diniego o mancata risposta dell'Università.

La prima tappa del tour si è svolta a novembre presso l'ospedale “Molinette” di Torino. L'incontro è stato aperto dalla Segretaria Regionale, Chiara Rivetti, la quale ha sottolineato l'importante impegno che l'Anaao Giovani ha dedicato negli ultimi anni, in particolare nel 2023, ai giovani Medici, oltre che il costante supporto fornito ai Dirigenti Medici. L'intervento di Federico Latini, medico in formazione specialistica in medicina interna presso L'Università Piemonte Orientale e componente Anaao Giovani in Direzione nazionale, ha illustrato in termini esemplificativi quanto sottoscritto nel DL Calabria. L'evento ha avuto un riscontro molto positivo per numero di partecipanti e ha messo in luce l'ampio interesse che

i Medici Specializzandi nutrono per tale tematica ma, anche la molta confusione a riguardo. Sono state, infatti, poste e ampiamente chiarite decine di domande, dubbi e perplessità.

La seconda tappa è stata a Parma presso l'Ospedale Maggiore nel mese di dicembre, evento organizzato da Giovanni Gallo, Responsabile Regionale Anaao Giovani Emilia-Romagna, e da Maria Gabriella Raso, componente del Direttivo Nazionale Anaao Giovani. Anche questa occasione si è rivelata preziosa per approfondire gli aspetti tecnici del Decreto Calabria e chiarire i molti dubbi emersi.

Il tour proseguirà anche nel 2024. Continuate a seguirci sul sito www.anaao.it e sui social per conoscere il calendario dei prossimi incontri.

A quattro anni dal suo esordio

Cosa ci lascia la pandemia di Covid-19?

La novità promossa dal Covid-19 non è stata l'idea di usare l'mRNA come vaccino, ma di fornire la spinta politica e i finanziamenti necessari per portare al traguardo finale questa tecnologia e dimostrare la sua validità su una platea di miliardi di persone. In poche parole, dimostrare che "si può fare!"

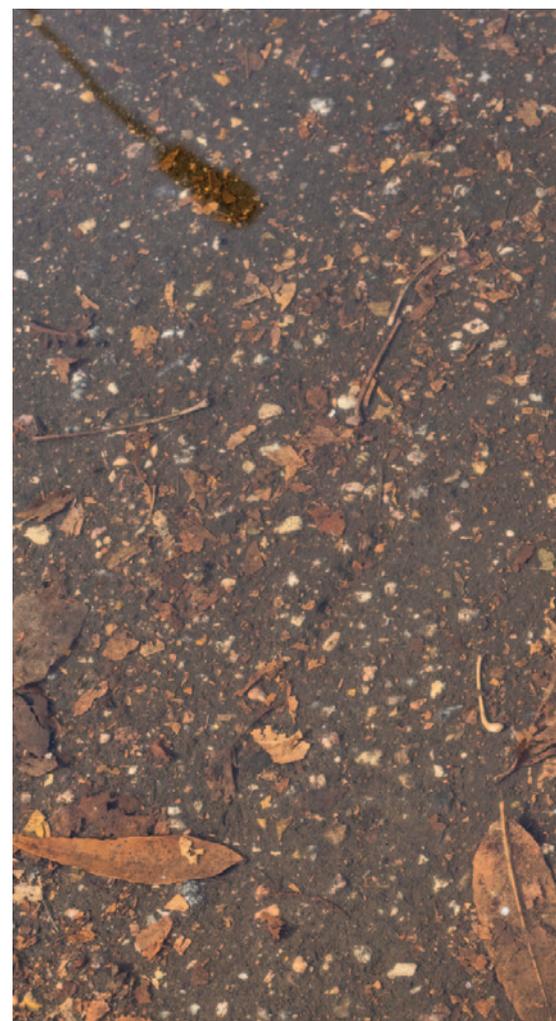


A cura di
**MARIA ROSARIA
CAPOBIANCHI**

Il Covid-19 ha evidenziato in maniera eclatante la "fragilità planetaria", come sottolineato dalla Presidente dell'Unione Europea Ursula Von Der Leyen in un discorso tenuto il 16 settembre 2020. Allo stesso tempo però la pandemia ha generato una ondata di rivoluzioni a molti livelli: nuovi modelli di approccio allo studio dell'origine dei patogeni umani (zoonosi); nuovi modelli di approccio diagnostico; nuovi modelli di patogenesi; nuovi modelli di comunicazione (sociale e scientifica); nuovi modelli di condivisione di dati. Inoltre essa ha rappresentato una rivoluzione tecnologica simile a quella promossa dalla pandemia di HIV nello scorso secolo. L'Hiv ha dato un'accelerata senza pari alla ricerca scientifica, producendo nuovi paradigmi di diagnosi, monitoraggio e cura delle infezioni. Fra le innovazioni più significative, ha promosso per la prima volta l'introduzione dei metodi molecolari per guidare la gestione clinica non solo dell'Hiv/Aids, ma di molte infezioni. All'impulso fornito dagli studi su HIV è da ascrivere l'avvio di tutte le scienze "omiche" (genomica, trascrittomica, proteomica, lipidomica, interattomica, ecc.), che, nel

loro insieme, hanno stimolato l'avanzamento delle conoscenze anche in campo immunologico e patogenetico. La rivoluzione tecnologica di maggiore impatto innescata dal Covid-19 è stata senza dubbio quella di aver promosso, grazie alla tensione focalizzata sulla realizzazione del vaccino, il compimento del percorso di sviluppo delle tecnologie basate sull'mRNA, che ha portato in pochi mesi alla realizzazione dei vaccini che, secondo la stima del *National Institute of Health* (NIH) Americano hanno evitato almeno 20 milioni di morti, nel solo primo anno.

In realtà il percorso che ha portato alla realizzazione del vaccino non è stato repentino, ma è stato realizzato nell'arco di circa 30 anni, grazie al lavoro di centinaia di ricercatori. La prima tappa fondamentale è stata compiuta nel 1989 da Robert Malone, che dimostrò che l'mRNA incapsulato in liposomi può essere incorporato e tradotto in cellule eucariotiche. Fra le successive tappe del percorso un posto importante è occupato dagli studi di Katalin Karikò e Drew Weissman, i quali nel 2008 hanno trovato nella modificazione chimica dell'RNA la soluzione al problema dell'immunoattivazione deleteria innescata dalla molecola nativa. Questo problema aveva impedito, fino ad allora, l'applicazione pratica dell'mRNA come vaccino, e la sua soluzione ha valso ai due scienziati il conferimento del premio Nobel 2023 per la Medicina. Grazie a questi studi, è stato possibile passare alla fase applicativa dei vaccini ad mRNA, che nelle prime fasi, avviate circa 15 anni fa, ha riguardato il campo oncologico. Solo nel 2020 il percorso è approdato al vaccino per una malattia virale, il COVID-19, appunto.



La novità promossa dal COVID-19 non è stata l'idea di usare l'mRNA come vaccino, ma di fornire la spinta politica e i finanziamenti necessari per portare al traguardo finale questa tecnologia e dimostrare la sua validità su una platea di miliardi di persone. In poche parole, dimostrare che "si può fare". Un altro aspetto rivoluzionario è stata la dimostrazione che, concentrando e sovrapponendo le fasi della sperimentazione clinica, è possibile comprimere in maniera vistosa i tempi necessari per l'approvazione del vaccino.

Quale sarà l'impatto di questa rivoluzione promossa dal Covid-19?

È chiaro che l'mRNA è la tecnologia del futuro per i vaccini contro le malattie da infezione, ma non solo per queste. Bill Gates ha espresso questa profezia: "Per ogni malattia per la quale non abbiamo vaccini, percorreremo la via dell'mRNA".

Grandi e piccole Aziende pharma stanno investendo in questa tecnologia, con il supporto economico pubblico e privato. Già a fine 2020 vi erano circa 90 soggetti che stavano sviluppando vaccini ad mRNA, con 137 vaccini candidati nella pipeline (76% in sviluppo



preclinico e 24% in fase clinica). Questo panorama è in rapida evoluzione: in due anni il numero di trial clinici focalizzati sui vaccini ad mRNA è letteralmente esploso.

A marzo 2023 l'NIH ha lanciato trial esplorativi per tre vaccini a mRNA contro l'Hiv; BioNTech ha in corso trial per vaccini a mRNA contro malaria, herpes zoster ed influenza; anche Moderna sta sperimentando un vaccino contro l'influenza, ma nel focus ha inserito anche virus respiratorio sinciziale, Zika, cytomegalovirus e Nipah, e, in associazione con Vertex Pharmaceuticals, sta allargando il campo anche alla correzione di difetti genetici, quali la fibrosi cistica.

Per la correzione di difetti genetici la tecnologia ad mRNA sta aprendo nuove opportunità di intervento, basati sulla somministrazione di nanoparticelle contenenti mRNA per il complesso molecolare che realizza l'editing genomico (mRNA per CRISPR-Cas9 o suoi derivati + l'RNA guida che identifica il bersaglio da correggere). Questo ritrovato semplifica in maniera determinante il processo di terapia genica: da una parte si potrà iniettare direttamente in vivo l'mRNA codificante per l'apparato

di genome editing, e quindi non ci sarà più bisogno di utilizzare cellule staminali da correggere ed amplificare in vitro e poi re-infondere nel paziente; dall'altra sarà possibile definire le cellule o l'organo bersaglio della correzione grazie ai sensori inseriti nella capsula nanoparticellare in cui l'mRNA è racchiuso. Questo assicura una notevole riduzione della tossicità e degli effetti avversi, e inoltre abbasserà il costo a livelli non più proibitivi come quelli della attuale terapia genica.

L'immunoterapia basata sui vaccini a mRNA in oncologia è un altro campo ricco di prospettive sulla scia degli studi pionieristici di Benjamin Weide, il quale, già nel 2009, pubblicò i risultati del primo trial umano condotto su pazienti con melanoma metastatico. La frontiera più avanzata in campo oncologico riguarda la personalizzazione del vaccino a mRNA. L'aspetto innovativo consiste nel fatto che sul tessuto tumorale del singolo paziente viene applicato il sequenziamento massivo per individuare, grazie alle elaborazioni bioinformatiche, i neoantigeni tumorali specifici per quel paziente; il vaccino viene allestito con una miscela di mRNA codificanti per i neoantigeni così individuati, che sono quindi specifici per il

“

Per la correzione di difetti genetici la tecnologia ad mRNA sta aprendo nuove opportunità di intervento, basati sulla somministrazione di nanoparticelle contenenti mRNA

singolo paziente.

Questo panorama non descrive un ipotetico futuro, ma un presente già in atto: secondo GlobalData (<https://www.globaldata.com>) ad agosto 2023 erano in corso 65 studi di fase I-III su 36 prodotti ad mRNA e 178 studi erano in fase preclinica per molteplici indicazioni oncologiche.

Per concludere, siamo all'alba di una nuova era nella lotta contro molte malattie, infettive, oncologiche, genetiche. La pandemia, nonostante il suo carico di eventi luttuosi, ha rappresentato una poderosa opportunità di progresso, e ci lascia un'eredità preziosa che migliorerà la nostra capacità di prevenzione e cura delle malattie.

Vale la pena citare le parole di Kiran Musunuru, uno scienziato esperto di terapia genica che lavora alla Pennsylvania University di Philadelphia*: “Se non fosse stato per la pandemia, non saremo a questo punto. E se qualcuno cinque anni fa mi avesse chiesto se saremmo stati in grado di fare quello che possiamo fare oggi, avrei risposto: sarebbe bello, ma credo di no”.

**Autore, fra l'altro, di of #TheCRISPRGeneration e di #GenomeEditingAPracticalGuide*

3 AREA DELLA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E DISCIPLINA DELLA RIVALSA (ERARIALE E NON)

Si sono passate in rassegna alcune criticità relative all'azione di responsabilità amministrativa per danno erariale e a quella di rivalsa civilistica in ambito privatistico, anche con riferimento al doppio binario (amministrativo e civilistico previsto dalla norma per il comparto pubblico) e ad alcune asimmetrie che meritano di essere indagate.

Particolare e diffusa insoddisfazione è emersa, durante i lavori del Tavolo, con riferimento alle complicazioni operative collegate all'art. 13, norma di cui si invoca una ampia riformulazione chiarificatrice, quando non addirittura una vera e propria abrogazione.

Il dibattito ha altresì interessato l'esigenza di curare la comunicazione - "il tempo di cura" - anche al fine di rasserenare il rapporto tra operatori e pazienti, provando a risolvere ogni criticità, prima che sfoci in conflitto con la possibilità di introdurre funzioni di dialogo e approcci comunicativi preventivi, rivedendo il sistema di accoglienza del paziente in caso di evento avverso o di reclamo, tentando (obbligatoriamente) un approccio informativo e dialogico teso a mantener sereno il rapporto, coinvolgendo immediatamente la struttura o il medico interessato e non invece un soggetto terzo.

Rimane in ogni caso l'esigenza di evitare che il conflitto, una volta insorto, sfoci necessariamente in una vertenza giudiziale, provando a risolverlo in sede conciliativa. In tale ottica può valutarsi l'adozione di un approccio mediatore più deciso, ad esempio ispirandosi al modello della cosiddetta "mediazione trasformativa" già sperimentata in determinati ambiti regionali.

4 AREA DELLA PREVENZIONE DEI CONFLITTI E DELLE LITI

Quanto alla condizione di procedibilità si è presa in esame la possibilità di un intervento di riforma in conformità ai seguenti criteri: affermazione della cogenza, a pena di nullità, della nomina Collegiale, eventualmente prevedendo che lo specialista di branca sia nominato dal medico legale incaricato, che meglio del giudice potrebbe apprezzare la peculiarità del caso e la specializzazione richiesta; migliore affermazione della speciale funzione conciliativa assegnata agli esperti, consentendo loro anche di separatamente ascoltare le parti al fine di promuoverne l'eventuale conciliazione; estensione dell'obbligo di formalizzare l'offerta in corso di accertamento tecnico preventivo (ATP), oltre che alle imprese assicurative, alle strutture coinvolte nella procedura, se in autorizzazione; migliore precisazione di quali sia-

no le imprese assicurative tenute ad essere presenti nel giudizio; coordinamento della procedura con la disciplina della liquidazione stragiudiziale del danno, ove introdotta.

Per ovviare alle problematiche, da più parti segnalate, relative ai tempi dell'ATP conciliativo e alle difficoltà di correttamente istruire tempestivamente le pratiche si è considerata la possibilità di prevedere apposite procedure stragiudiziali di liquidazione similmente a quanto accade nel campo della Rc auto. Tanto più in vista dell'azione diretta, ma anche nel caso in cui la domanda sia svolta nei confronti della struttura sanitaria in autorizzazione. La procedura potrebbe perciò essere diretta a stabilire le modalità di formulazione della richiesta risarcitoria da parte degli aventi diritto e l'indicazione degli elementi istruttori a sostegno della stessa; l'obbligo dei danneggiati di sottoporsi agli accertamenti tecnici e peritali di parte che la compagnia o della struttura; l'obbligo della struttura assicurata o dei professionisti sanitari assicurati di cooperare tra loro e con l'impresa assicurativa, in caso di azione diretta, nella ricostruzione della vicenda, fornendo una dettagliata relazione sui fatti oggetto della richiesta; la previsione di un tempo massimo entro il quale l'impresa assicurativa - o la struttura in autorizzazione - dovrà presentare la propria offerta o formalizzare il proprio motivato diniego, termine decorso il quale l'azione potrà essere promossa; la previsione di una disciplina ad hoc nel caso in cui la copertura assicurativa preveda il contributo della struttura al risarcimento, attraverso l'inserzione in polizza di una SIR (self insured retention); l'irrogazione di una sanzione a carico del danneggiato in caso di mancata accettazione, in sede stragiudiziale o in corso di ATP, di un'offerta poi rivelatasi congrua, nel corso del successivo giudizio.

5 AREA DELLA COPERTURA DEL RISCHIO (ASSICURATIVA O IN AUTORIZZAZIONE) E DEL DANNO RISARCIBILE

Quanto al danno risarcibile, l'evidenziata esigenza di certezza e uniformità valutativa - strettamente correlata a quella di garantire il corretto accantonamento, da parte delle strutture in autorizzazione, di fondi rischi adeguati a sostenere i risarcimenti più gravi - rende indifferibile la definitiva promulgazione delle tabelle di legge di cui all'art. 138 del CAP, da troppo tempo in gestazione.

Quanto alle complesse problematiche assicurative si è preso atto della necessità di risolvere alcune complessità interpretative in relazione all'individuazione dei soggetti tenuti ad assicurarsi in proprio dal rischio di RCT (in quanto "liberi professionisti") e si sono analizzate alcune peculiarità dello schema di Decreto attuativo in

corso di elaborazione. Si è anche toccato il tema dell'azione diretta e quello dell'opportunità di interventi tesi a rendere più sostenibile il costo delle coperture. A tal fine, ed anche al fine di garantire un "same level playing field" rispetto alla gestione del rischio in autorizzazione, deve essere considerata la necessità di non gravare le soluzioni assicurative di copertura del rischio *med mal* di una fiscalità eccessiva e non allineata alla loro evidente funzione sociale.

6 AREA DELLA RESPONSABILITÀ PENALE

Sul tema della responsabilità penale si è suggerito di dar vita ad una causa di non punibilità che non sia limitata all'imperizia, ma copra tutte e tre le categorie della colpa generica: questo perché il confine tra imperizia, imprudenza e negligenza è estremamente labile, tanto che nella realtà concreta vengono spesso contestate in maniera alternativa o cumulativa e le stesse pronunce della giurisprudenza di legittimità non sono mai riuscite a fare chiarezza a riguardo, lasciando ampi margini di incertezza interpretativa. Si è poi sostenuta l'esigenza di creare una continuità normativa con quanto previsto in sede civile dall'art. 2236 c.c., posto che il concetto di colpa grave è già intrinsecamente connaturato al tema della responsabilità medica. E alla luce dei problemi emersi in relazione alla pandemia da Covid-19 si potrebbe introdurre un riferimento all'eventuale eccezionalità del caso concreto o delle circostanze in cui lo stesso si verifica, così da evitare la necessità di fare ricorso alla legislazione di emergenza. È stata quindi messa in rilievo l'opportunità di evitare, quantomeno in sede penale, che una focalizzazione eccessiva sulle linee guida induca il Giudicante a ricadere in una forma di automatismo logico incentrato sulla presunzione di adeguatezza ed esigibilità dell'eventuale condotta alternativa contemplata dalle linee - guida di settore, a discapito di un effettivo accertamento sulla sussistenza e sul grado colpa. È innegabile che le linee-guida - in quanto "regole" autorevoli, ma non vincolanti - mal si conciliano con le categorie normative del diritto penale, che non conosce una terza via tra colpa generica e colpa specifica e che, pertanto, all'atto pratico e a discapito delle indicazioni di principio reiterate dalla stessa Suprema Corte, finisce per trattare le linee-guida come parametri normativi tendenzialmente vincolanti. Occorre dunque allargare il focus dell'accertamento giudiziario: l'accertamento circa la natura gravemente colposa di una determinata condotta terapeutica non può limitarsi alle sole linee guida ma deve basarsi su una valutazione più ampia in cui rientra, certamente, l'eventuale adesione alle linee guida o buone pratiche di settore, ma in cui si inseriscono anche altri fattori

“
Questi gli snodi principali attorno ai quali il Tavolo tecnico si è svolto, con l'auspicio che tali riflessioni possano costituire un punto di partenza sul quale immaginare percorsi di riforma e di concreta attuazione dei principi fondanti di sicurezza contenuti nella legge Gelli Bianco

d!

d!rigenza medica

Numero 1 - 2023

d!
d!rigenza medica

Cambiare lavoro

I risultati della survey su medici e dirigenti sanitari: 1 su 3 è disposto a

Tra le richieste: più tempo libero e stipendi più alti. La fiducia di chi più in crisi tra i 45 e i 55 anni

Il mensile dell'Anao Assomed

ANAO ASSOMED

Numero 2 - 2023

d!
d!rigenza medica

Il documento finale della Direzione Nazionale Anao Assomed

Il nostro impegno

per rilanciare il Ssn e il suo capitale umano

Presentate le relazioni delle Commissioni Emergenza Dirigenza e Ssn-Università

Il mensile dell'Anao Assomed

ANAO ASSOMED

Numero 3 - 2023

d!
d!rigenza medica

SALVIAMO LA SANITA PUBBLICA

CONFERENZA NAZIONALE PER LA SANITA PUBBLICA MOBILITAZIONE IN OFESA DEL Ssn

L'ANAO E L'INTERSINDACALE

MANIFESTO

per la salvezza del Servizio Sanitario Nazionale pubblico

Il diritto alla salute, principio fondante della Costituzione Italiana, è seriamente a rischio

Il mensile dell'Anao Assomed

ANAO ASSOMED

Numero 4 - 2023

d!
d!rigenza medica

SALVIAMO LA SANITA PUBBLICA

Le manifestazioni del 15 giugno in tutte le regioni

Una catena territoriale intorno ad un obiettivo comune

Le parole del segretario Di Silverio: "Non lasceremo disgregare il Ssn. Pronti a tutto, anche a dimissioni di massa"

Il mensile dell'Anao Assomed

ANAO ASSOMED

Numero 5 - 2023

d!
d!rigenza medica

Restiamo in contatto

Dalla trattativa per il rinnovo del Contratto di lavoro 2019-2021

Orario e organizzazione delle prestazioni di lavoro

I nodi contrattuali e le proposte dell'Anao

Il mensile dell'Anao Assomed

ANAO ASSOMED

Numero 6 - 2023

d!
d!rigenza medica

SSN

L'Anao Assomed presenta il "conto ombra"

E SE NON CI FOSSE PIÙ IL SSN?

Il conto delle cure sarebbe assai salato se non ci fosse più il Servizio sanitario nazionale, che oggi grava sui cittadini solo per la fiscalità generale

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

Fai la cosa giusta! ISCRIVITI ALL'ANAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI DEL PACCHETTO SICUREZZA ANAO ASSOMED

PACCHETTO SICUREZZA ANAO ASSOMED

Numero 7 - 2023

d!
d!rigenza medica

FIRMATA LA PRE INTESA

CCNL DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA 2019-2021

Di Silverio: "Gettate le basi perché cambi l'idea del nostro lavoro"

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

Fai la cosa giusta! ISCRIVITI ALL'ANAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI DEL PACCHETTO SICUREZZA ANAO ASSOMED

PACCHETTO SICUREZZA ANAO ASSOMED

Numero 8 - 2023

d!
d!rigenza medica

Tutte le novità

CCNL DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA 2019-2021

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

Fai la cosa giusta! ISCRIVITI ALL'ANAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI DEL PACCHETTO SICUREZZA ANAO ASSOMED

PACCHETTO SICUREZZA ANAO ASSOMED

Numero 9 - 2023

d!
d!rigenza medica

SCIOPERO 5 DICEMBRE 2023

Di Silverio: Andiamo avanti senza paura, uniti verso la salvezza del servizio sanitario

ISCRIZIONI ANAO ASSOMED

Fai la cosa giusta! ISCRIVITI ALL'ANAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI DEL PACCHETTO SICUREZZA ANAO ASSOMED

PACCHETTO SICUREZZA ANAO ASSOMED

2023 UN ANNO VISTO DA DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anao Assomed





Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED.

**GIOCA D'ANTICIPO
CON TUTTI I SERVIZI
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