

d!

d!rigenza medica

- 3 **Manovra**
Il testo della prima legge di Bilancio del Governo Meloni
- 7 **Autonomia differenziata**
Un frutto avvelenato per la sanità pubblica
- 8 **Studio Anaa Assomed**
Pronto soccorso
- 12 **Anaa giovani**
Quanta confusione sulla carenza dei medici
- 14 **Dirigenza sanitaria**
Polio is back?

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Intervista al Segretario nazionale
Anaa Assomed **Pierino Di Silverio**

SIAMO STANCHI DISILLUSI E ARRABBIATI



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



Edizioni Health Communication
Edizioni e servizi di interesse sanitario

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

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002. Anno XXI

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di novembre 2022

“Con l'estensione della flat tax si foraggia ulteriormente il lavoro dei medici libero professionisti a gettone. Non c'è flat tax per i dirigenti medici, sanitari e veterinari dipendenti.

I medici sono ormai stanchi, disillusi e arrabbiati”. In manovra assenti anche i fondi per il rinnovo del contratto:
“Se pensano di fare la sanità senza i medici, che dire, ci provassero”.

Tra le richieste, un'immediata defiscalizzazione del lavoro dei dipendenti e l'apertura di un tavolo per una riforma del livello organizzativo del lavoro



SIAMO STANCHI, DISILLUSI E ARRABBIATI

“La manovra del Governo bocciata senza appello. È iniqua e incentiva fuga dei medici dagli ospedali. Pronti a dare battaglia”.

E sull'autonomia differenziata:
“Un attacco alla professione e alla Costituzione”

“I medici sono stanchi, disillusi e arrabbiati”. A pesare è la totale assenza di misure in manovra per il personale. Nessun accenno neanche ai fondi per il rinnovo del contratto. Nessuna convocazione da parte del ministero della Salute nonostante le reiterate richieste. E, in più, in legge di Bilancio con l'estensione della flat tax si finisce per favorire la fuga dagli ospedali verso quelle cooperative dei medici a gettone. Oltre a questo, c'è poi il tema dell'autonomia differenziata che rischia di acuire ulteriormente il gap esistente tra Regioni. A fronte di questa situazione i medici sono pronti a forme anche molto dure di protesta per far comprendere ai cittadini che si sta mettendo a ri-

schio l'erogazione di cure gratuite. A raccontarlo in questa intervista a *Quotidiano Sanità* è il segretario nazionale Anaa Assomed, **Pierino Di Silverio**. **Segretario Di Silverio che idea si è fatto della manovra varata dal governo Meloni?**

Questa manovra è iniqua, non è coraggiosa e non va nella direzione di una salvaguardia di un sistema sanitario nazionale che era già in crisi prima dell'emergenza pandemica. Ancora una volta non si premia il personale, si torna a dimenticare quelli che erano stati definiti gli 'eroi' del Covid. Anzi, si rischia di peggiorare ulteriormente una situazione di lavoro già ingestibile in ambito ospedaliero.

Intervista al leader dell'Anao **Di Silverio**

In che senso?

Non solo non si prevede nulla per il personale ma, in un contesto che vede i medici abbandonare gli ospedali in favore del lavoro come gettonisti nelle cooperative, con l'estensione della flat tax si foraggia ulteriormente il lavoro dei medici libero professionisti. Non c'è flat tax per i dirigenti medici, sanitari e veterinari dipendenti. Non si vede nessuna forma di ringraziamento per il personale sanitario dopo i sacrifici degli ultimi anni. Anzi, ci sono solo spade di damocle per noi: dalle scadenze sull'obbligo formativo fino a condizioni di lavoro sempre peggiori.

Qualche risorsa è stata però trovata per i Pronto soccorso.

Sì, parliamo però di 200 milioni di euro. Di questi, il 60% andrà ai medici di Pronto soccorso e solo a partire dal 2024. Sono poche gocce che potremmo vedere tra più di un anno, solo se nel frattempo questo mare non si sarà del tutto prosciugato. Ma la cosa più grave in tutto questo a mio avviso è un'altra.

Quale?

La cosa più grave è che non puoi non essere ricevuto dalle istituzioni. Tu non puoi rifiutarti di ricevere le parti sociali. Abbiamo avanzato tre richieste di incontro al ministro Schillaci, non solo come Anao ma anche come Intersindacale medica. Non ci è mai arrivata nessuna risposta dal ministro. A noi non interessa attaccare questo governo ma far comprendere ai cittadini che un problema enorme si sta per abbattere su di loro. E devono capirlo prima che sia troppo tardi. Le persone devono comprendere che si sta mettendo a serio rischio l'erogazione di cure gratuite e omogenee.

In manovra non si fa cenno neanche ai fondi per il rinnovo del vostro contratto.

L'unico strumento legale che abbiamo per migliorare le nostre condizioni di lavoro è il contratto. Tutti hanno esul-

tato per il rinnovo del contratto dei docenti, nel governo nessuno ha però detto una sola parola sul contratto dei medici già scaduto, oltre a quello ancora da rinnovare. Se pensano di fare la sanità senza i medici, che dire, ci provassero. Ma si ricordassero che la sanità, le cure, servono a tutti. Siamo tutti pazienti prima di essere medici, politici, ingegneri e così via.

In tutto questo ha preso il via anche il dibattito sulle nuove autonomie regionali, che ne pensa?

Questa misura grida vendetta. Solo grazie allo spirito di unione e alla gestione nazionale del Ssn siamo riusciti ad uscire fuori dalla pandemia. Neanche il tempo di uscirne completamente che già si pensa a regionalizzare i servizi sanitari? Questo è un po' come dire che chi è stato sempre peggio continuerà a star peggio e chi ha i soldi ed ha la fortuna di vivere in Regioni economicamente floride potrà curarsi meglio. Questi sono degli attacchi alla professione, alla Costituzione e alla nostra dignità. Non staremo inerti a guardare ma reagiremo con forza triplicata rispetto agli attacchi che continuiamo a subire. Devono capire che i medici sono ormai stanchi, disillusi e arrabbiati. Noi

“

Solo grazie allo spirito di unione e alla gestione nazionale del Ssn siamo riusciti ad uscire fuori dalla pandemia

continueremo con manifestazioni e scioperi. Se fosse necessario, arriverò a incatenarmi davanti al ministero della Salute ministero e fare uno sciopero della fame. I cittadini devono avere chiaro quello che stanno rischiando.

Quali misure chiedete nell'immediato alla politica?

Chiediamo da subito un segnale in manovra in tema di defiscalizzazione per rimetterci al pari degli altri. E poi l'apertura di un tavolo di confronto che ci veda coinvolti per una riforma del livello organizzativo del lavoro perché quello attuale ormai non regge più.

Giovanni Rodriguez

'UNA MAN



“

Chiediamo l'apertura di un tavolo di confronto che ci veda coinvolti per una riforma del livello organizzativo del lavoro perché quello attuale ormai non regge più

MANOVRA/2

Per la sanità stanziati 7,6 miliardi nel triennio 2023-2025.

Per indennità pronto soccorso altri 200 mln dal 2024.

E poi 650 mln per vaccini e farmaci Covid e 150 milioni per vaccinazioni in farmacia

MANOVRA INIQUA E NON CORAGGIOSA"

Il testo della prima legge di Bilancio del Governo Meloni (174 articoli in tutto) ha avviato il suo esame alla Camera

Si dà per scontata qualche modifica in prima lettura mentre al Senato non spetterà altro che "vidimare" quanto approvato dalla Camera entro la fine dell'anno. Per il comparto sanitario è previsto un incremento di 7,6 miliardi nei prossimi tre anni: 2,150 miliardi per il 2023; 2,300 per il 2024 e 2,500 a decorrere dal 2025.

A queste cifre si aggiungono i 650 mln per i vaccini e i farmaci Covid.

Per il solo 2023, una quota dell'incremento, pari a 1.400 milioni di euro, sarà per i maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

Dal 2024 ci saranno poi 200 milioni in più per l'indennità al personale dei Pronto Soccorso.

Prevista anche l'implementazione del Piano nazionale di contrasto all'Antimicrobico-Resistenza e nuove norme per modificare il regime di ero-

gabilità del finanziamento in favore delle università per il trattamento economico degli specializzandi.

Per le farmacie, infine, è riconosciuta, a decorrere dal 1° marzo 2023, una remunerazione aggiuntiva per il rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale, nel limite di 150 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023.

La disposizione intende riconoscere a regime in favore delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale un livello di remunerazione aggiuntivo, in analogia con quanto già disposto in via sperimentale, dal 1° settembre 2021 al 31 dicembre 2022 ai fini di rafforzare strutturalmente la resilienza, la prossimità e la tempestività di risposta del Ssn alle patologie infettive emergenti e ad altre emergenze sanitarie, nonché per l'attività di vaccinazione in farmacia.

Ecco tutte le misure per la sanità e la relazione tecnica e illustrativa articolo per articolo

Titolo VI -Sanità

ART. 93. - (Incremento dell'indennità di pronto soccorso)

1 Ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale ed operante nei servizi di pronto soccorso, i limiti di spesa annui lordi previsti dall'articolo 1, comma 293, della legge 30 dicembre 2021, n. 234,

“UNA MANOVRA INIQUA E NON CORAGGIOSA”



per la definizione della specifica indennità ivi indicata, sono incrementati, con decorrenza dal 1° gennaio 2024, di complessivi 200 milioni di euro annui, di cui 60 milioni di euro per la dirigenza medica e 140 milioni di euro per il personale del comparto sanità.

- 2 Alla copertura degli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, pari a 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Relazione illustrativa

Al fine di riconoscere al personale della dirigenza medica e al personale del comparto sanità dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale ed operante nei servizi di Pronto Soccorso le particolari condizioni del lavoro svolto, rese ancor più stringenti durante la pandemia da Covid-19 e incentivare i professionisti a prestare la propria attività nell'ambito dei servizi stessi, si prevede che, con decorrenza dal 1° gennaio 2024, l'indennità di cui all'articolo 1, commi 293 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, sia incrementata di ulteriori 200 milioni di euro. Tale riconoscimento è peraltro in linea con il documento prodotto dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nel luglio 2022 nell'ambito del quale sono state formulate specifiche “proposte per far fronte alle criticità dei servizi di Emergenza Urgenza” e tra queste è stata evidenziata anche l'esigenza di prevedere meccanismi incentivanti di tipo economico tra cui l'incremento dell'indennità di pronto soccorso di cui all'articolo 1, commi 293 della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Relazione tecnica

La norma dispone, a decorrere dal 2024, un incremento di 200 milioni di euro dei limiti di spesa annui lordi previsti dall'articolo 1, comma 293 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, di

cui 60 milioni di euro per la dirigenza medica e 140 milioni di euro per il personale del comparto sanità, per la definizione della specifica indennità ivi prevista.

Agli oneri complessivi derivanti dalla norma, pari a 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato

ART. 94. - (Implementazione delle misure e degli interventi previsti nel Piano nazionale di contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025)

- 1 Per dare attuazione alle misure e agli interventi previsti nel “Piano di contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025”, in fase di approvazione in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è autorizzata la spesa di 40 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025. Detta somma è ripartita sulla base dei criteri da definirsi con Intesa da sancire in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Agli oneri derivanti dal presente articolo si provvede a valere sulle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Relazione illustrativa

Sebbene la resistenza antimicrobica sia un fenomeno evolutivo naturale, le cause principali del suo sviluppo e della sua diffusione sono indotti dalle attività antropiche. In particolare, l'uso eccessivo o improprio degli antimicrobici in medicina umana e in veterinaria, così come nell'agricoltura, è una delle principali cause dello sviluppo e della diffusione di microrganismi

resistenti alle terapie antimicrobiche, che, pertanto, perdono di efficacia.

Il trend in aumento dell'antimicrobica-resistenza (AMR) ci sta conducendo verso un'era “post-antibiotici” in cui anche l'effettuazione di interventi chirurgici routinari diverrà impossibile per il rischio di contrarre infezioni fatali o con esiti invalidanti, a causa della mancanza di antibiotici efficaci da usare per la profilassi peri-operatoria o come terapia di possibili complicanze infettive.

A novembre 2018 sono stati pubblicati i risultati dell'ultimo sondaggio, condotto, dalla Commissione Europea nei 28 Stati membri dell'UE per monitorare i livelli di utilizzo e conoscenza degli antibiotici tra il pubblico. Dall'indagine emergono dati preoccupanti per il nostro Paese che confermano la ridotta conoscenza della problematica da parte della popolazione.

Il Ministero della salute, adottando un metodo “OneHealth”, e riunendo tutti i possibili attori, istituzionali e non, nel 2015 ha istituito un Gruppo di lavoro che ha prodotto un nuovo documento “Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025”, in linea col precedente PNCAR 2017-2020, con l'obiettivo di continuare a fornire al Paese le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'ABR nei prossimi anni. Il documento è stato condiviso con il Coordinamento interregionale delle regioni – Area Prevenzione e sanità pubblica.

Nel nuovo documento è prevista una maggiore integrazione fra settore umano, animale e ambientale secondo un approccio One Health, soprattutto per quanto riguarda la sorveglianza dell'antibiotico-resistenza e l'introduzione di attività di monitoraggio ambientale. È stato inoltre inserito un capitolo sulla corretta gestione e smaltimento degli antibiotici e dei materiali contaminati. Tra le altre novità è stato inserito un focus sulla Trasparenza nel capitolo dedicato a Informazione e comunicazione, e una sezione dedicata agli Aspetti etici dell'antibiotico-resistenza nel capitolo dedicato a Ri-

“

A noi non interessa attaccare questo governo ma far comprendere ai cittadini che un problema enorme si sta per abbattere su di loro: si sta mettendo a serio rischio l'erogazione di cure gratuite e omogenee.

PIERINO DI SILVERIO

cerca, innovazione e bioetica; infine è stato dedicato un capitolo alla Cooperazione nazionale ed internazionale.

Pertanto, il PNCAR 2022-2025 rappresenta lo strumento per tradurre la strategia nazionale nella pratica, fornendo un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale, mediante un approccio multisettoriale One Health e integrando le azioni già messe in atto a tutti i livelli e in tutti i settori, fornendo una visione unitaria.

Il PNCAR prevede molteplici azioni da realizzare anche in sinergia tra varie autorità sanitarie competenti e diverse figure professionali coinvolte nei settori umano, veterinario, agroalimentare e ambientale, e l'impegno da parte del Ministero della salute ad individuare fondi ad hoc per dare attuazione alle medesime.

La mancanza di risorse specifiche e di una struttura dedicata esclusivamente alla realizzazione della strategia di contrasto all'AMR, considerate le risorse economiche e umane sottratte a questo argomento a causa delle attività emergenziali recenti e ancora in corso anche in Italia (COVID-19 e monkeypox), sta causando non pochi ritardi nell'attuazione di quanto previsto e raccomandato nel PNCAR 2017-2020 tra le attività non ancora realizzate. A tal proposito, si ricorda che la quota di 40 milioni di euro destinata alle attività 2021 non è stata ancora stanziata, e, pertanto, le attività a contrasto all'AMR previste dalle Regioni/PPAA in questo ambito per l'anno 2021 non sono state ancora svolte.

Relazione tecnica

Finanziamento per il rafforzamento e l'estensione a livello regionale e locale di programmi efficaci per il contrasto dell'Antimicrobica-resistenza (AMR) e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Nella tabella 1 si riporta il dettaglio delle morti evitate, dei costi sostenuti e dei risparmi ottenuti per il nostro Paese,

per ciascuno dei programmi definiti come “soluzioni ottimali” dall'OCSE:

Nelle tabelle seguenti è riportato il prospetto del finanziamento ipotizzate per i primi 3 anni di attività per il parziale rimborso alle Regioni delle spese sostenute per la conduzioni di interventi per il contrasto dell'AMR, suddivise per macro-aree di attività e considerando solo gli interventi che hanno mostrato il miglior rapporto costo beneficio anche in termini economici: Programmi per migliorare l'igiene delle mani nelle strutture assistenziali, Programmi di stewardship, Programmi di igiene in strutture sanitarie, Campagne di informazione.

La spesa per ciascun intervento è stata calcolata considerando il costo ipotizzato dall'OCSE per ogni intervento realizzato nel nostro Paese e la quota di finanziamento richiesta/proposta con la presente relazione, facendo, quindi, una proporzione.

ART. 95. - (Disposizioni in materia di remunerazione delle farmacie)

1 Al fine di salvaguardare la rete di prossimità rappresentata dalle farmacie italiane, anche sulla base degli esiti della sperimentazione prevista dall'articolo 20, commi 4, 5 e 6, del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 marzo 2021, n. 69, con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, è riconosciuta, a decorrere dal 1° marzo 2023, una remunerazione aggiuntiva in favore delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale, nel limite di 150 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023.

2 Il decreto di cui al comma 1 è emanato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3 Agli oneri derivanti dal comma 1, pari a 150 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Al finanziamento di cui al presente comma accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

Relazione illustrativa

La disposizione riconosce a regime in favore delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale un livello di remunerazione aggiuntivo, in analogia con quanto già disposto in via sperimentale, dal 1° settembre 2021 al 31 dicembre 2022, dall'articolo 20, commi 4, 5 e 6, del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 marzo 2021, n. 69. La misura di tale remunerazione è stabilita con decreto interministeriale, nel limite di 150 milioni di euro su base annua.

Relazione tecnica

La disposizione intende riconoscere a regime in favore delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale un livello di remunerazione aggiuntivo, in analogia con quanto già disposto in via sperimentale, dal 1° settembre 2021 al 31 dicembre 2022, dall'articolo 20, commi 4, 5 e 6, del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 marzo 2021, n. 69. La misura di tale remunerazione è stabilita con decreto interministeriale, nel limite di 150 milioni di euro su base annua.

La disposizione non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto trova copertura a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il cui utilizzo viene annualmente stabilito dal Ministero della salute.

ART. 96. - (Adeguamento del livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale e disposizioni in materia di vaccini e farmaci)

1 Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, di cui all'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementato di 2.150 milioni di euro per l'anno 2023, 2.300 milioni di euro per l'anno 2024 e 2.500 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025. Per l'anno 2023, una quota dell'incremento di cui al primo periodo, pari a 1.400 milioni di euro, è destinata a contribuire ai maggiori



“UNA MANOVRA INIQUA E NON CORAGGIOSA”



TABELLA 1

Morti evitate, dei costi sostenuti e dei risparmi ottenuti per il nostro Paese, per ciascuno dei programmi definiti come “soluzioni ottimali” dall’Ocse

Programma	Vite salvate ogni anno	Costo per anno (milioni di euro)	Ritorno per ogni euro investito
Programmi per migliorare l’igiene delle mani nelle strutture assistenziali ¹	7120	210	2,4
Programmi di stewardship ²	6660	112	1,5
Programmi di igiene in strutture sanitarie ³	6700	42	0,7
Uso della “prescrizione ritardata” (post-datata) ⁴	1900	4	0,7
Campagne di informazione ⁵	1120	1,4	0,8
Uso di test diagnostici rapidi ⁶	2980	113	0,1

TABELLA 2

Primo anno (2023)

Voce di spesa	Costo/anno (milioni di euro)
Programmi per migliorare l’igiene delle mani nelle strutture assistenziali	22,99
Programmi di stewardship	12,26
Programmi di igiene in strutture sanitarie	4,60
Campagne di informazione	0,15
Totale	40,00

TABELLA 2

Secondo anno (2024)

Voce di spesa	Costo/anno (milioni di euro)
Programmi per migliorare l’igiene delle mani nelle strutture assistenziali	22,99
Programmi di stewardship	12,26
Programmi di igiene in strutture sanitarie	4,60
Campagne di informazione	0,15
Totale	40,00

TABELLA 2

Terzo anno (2025)

Voce di spesa	Costo/anno (milioni di euro)
Programmi per migliorare l’igiene delle mani nelle strutture assistenziali	22,99
Programmi di stewardship	12,26
Programmi di igiene in strutture sanitarie	4,60
Campagne di informazione	0,15
Totale	40,00

costi determinati dall’aumento dei prezzi delle fonti energetiche. Alla ripartizione delle risorse di cui al secondo periodo accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

② Il fondo di cui all’articolo 1, comma 447, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, è incrementato di 650 milioni di euro per l’anno 2023 da destinare all’acquisto dei vaccini anti SARS-CoV-2 e dei farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19.

Relazione illustrativa

La disposizione di cui al comma 1 stabilisce un adeguamento del livello del finanziamento del SSN pari a 2.150 milioni di euro per l’anno 2023, 2.300 milioni di euro per l’anno 2024 e 2.500 milioni di euro a decorrere dall’anno 2025. Esclusivamente per l’anno 2023, una quota delle suddette risorse, pari a 1.400 milioni di euro, è destinata alla copertura dei maggiori costi derivanti

dall’incremento dei prezzi delle fonti energetiche.

La disposizione di cui al comma 2 è volta ad autorizzare la spesa, a cura del Ministero della salute, per l’acquisto di vaccini anti SARS-CoV-2 per i primi 5 mesi dell’anno 2023 e di farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19.

Relazione tecnica

La disposizione di cui al comma 1 stabilisce un adeguamento del livello del finanziamento del SSN pari a 2.150 milioni di euro per l’anno 2023, 2.300 milioni di euro per l’anno 2024 e 2.500 milioni di euro a decorrere dall’anno 2025.

La disposizione di cui al comma 2 è volta ad autorizzare la spesa di 650 milioni di euro per l’anno 2023, a cura del Ministero della salute, per l’acquisto di vaccini anti SARS-CoV-2 per l’anno 2023 e di farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19. L’importo della spesa, pari a 650 milioni di euro per i primi 5 mesi dell’anno 2023 è stato stimato in considerazione del costo dei farmaci e delle dosi di vaccino prodotte dalle aziende farmaceutiche per le quali sono già sta-

ti assunti impegni a livello comunitario, nell’ambito delle procedure centralizzate gestite dalla Commissione Europea.

ART. 97. - (Disposizione diretta a modificare il regime di erogabilità del finanziamento in favore delle università per il trattamento economico degli specializzandi)

① All’articolo 9-undecies, comma 3, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, sono apportate le seguenti modifiche:

Ⓐ le parole “in misura non superiore all’80 per cento” sono sostituite dalle seguenti: “in misura non superiore al 90 per cento”;

Ⓑ dopo le parole “nell’ultimo riparto disponibile approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri” sono aggiunte le seguenti: “, ovvero del valore provvisorio del finanziamento stimato dal Ministero dell’università e della ricerca con decreto direttoriale. Il Ministero dell’economia e delle finanze è autorizzato ad effettuare, ove necessario, recuperi o compensazioni, anche a valere sui finanziamenti di esercizi diversi.”.

Relazione illustrativa

La disposizione interviene sul regime di erogazione per cassa del finanziamento alle Università per il trattamento economico dei medici specializzandi. Attualmente il valore di erogazione in via anticipata del finanziamento dell’anno accademico di riferimento (nelle more dell’adozione del DPCM che fissa il livello del finanziamento di ciascun ateneo sulla base dei costi effettivi sostenuti, ai sensi dell’articolo 39 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368) è parametrato sull’ultimo DPCM adottato, riferito dunque ad un anno accademico precedente, e nella misura massima dell’80% di tale valore per ciascun ateneo.

La presente disposizione ha l’obiettivo di aggiornare il livello dei trasferimen-

Segue a pagina 16

I sindacati medici bocciano l'Autonomia differenziata e si appellano a Mattarella:

“Un frutto avvelenato per la sanità pubblica”



Il diritto alla salute deve mantenere una dimensione nazionale. L'autonomia differenziata rappresenterà l'ennesimo colpo di piccone, forse definitivo, a quello che resta di nazionale del Servizio Sanitario pubblico, in assenza, tra l'altro, di evidenze che confermino un aumento del grado di efficienza dei servizi erogati a fronte di ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità e nella gestione delle risorse, come rilevato dalla stessa Corte dei Conti

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale Anaa Assomed

GUIDO QUICI
Presidente Federazione Cimo Fesmed

ALESSANDRO VERGALLO
Presidente Nazionale Aaroi-Emac

La bozza Calderoli per l'attuazione dell'autonomia differenziata presentata alla Conferenza Stato-Regioni non rende un buon servizio alla sanità pubblica, peraltro duramente provata dalla pandemia, con contenuti francamente preoccupanti. A cominciare dal rinvio dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lep) a futura memoria e dalla emarginazione del ruolo del Parlamento.

La regionalizzazione dei servizi sanitari, introdotta con la riforma del Titolo V, ha già aperto le porte di un servizio sanitario nazionale, pubblico e universale, a una parcellizzazione selvaggia che ha dimostrato tutti i suoi limiti creando la "salute diseguale", per cui, secondo l'Istat, al Sud si vive un anno e

sette mesi in meno che al Nord e la mobilità sanitaria riguarda l'11,4% dei ricoverati residenti nel Meridione a fronte del 5,6% dei residenti nel Nord-Italia.

Oggi, invece di colmare queste diseguaglianze e di imparare la lezione del Covid che ha reso palese la necessità di un sistema di cure centrale e forte, il nuovo Governo resuscita l'autonomia differenziata barattando uno dei pochi elementi di coesione sociale con un patto politico con una parte della sua maggioranza, nel silenzio acquiescente delle opposizioni.

Il federalismo in sanità, spesso di abbandono, è fallito, specie dopo le prove date nella pandemia dalla quale siamo usciti meglio di altri quando si è im-

posta una strategia unitaria. E non si salverà nemmeno nella versione "a geometria variabile" che vanifica uno degli obiettivi principali della Legge 833/1978, istitutiva del SSN, "il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese".

In una sanità pubblica già lacerata da importanti differenze, si accentueranno le divaricazioni tra le Regioni più ricche e quelle più povere, frammentando il diritto alla salute in 21 declinazioni diverse, in termini di accessi ed esiti, in base al CAP e al reddito dei pazienti: chi risiede in regioni "ricche" e avrà soldi si curerà, mentre gli altri potranno solo affidarsi a liste di attesa che ormai si misurano in semestri. Con il paradosso di una mobilità sanitaria che ogni anno sottrae risorse alle regioni del Sud, da un finanziamento peraltro più basso, per sostenere l'equilibrio dei conti delle regioni del Nord.

L'autonomia differenziata rappresenterà l'ennesimo colpo di piccone, forse definitivo, a quello che resta di nazionale del Servizio Sanitario pubblico, in assenza, tra l'altro, di evidenze che confermino un aumento del grado di efficienza dei servizi erogati a fronte di ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità e nella gestione delle risorse, come rilevato dalla stessa Corte dei Conti.

Il diritto alla salute deve mantenere una dimensione nazionale, evitando che una valenza locale ne diventi la fonte primaria, perchè forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità del Paese se i cittadini non condividono gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute. Anaa Assomed, Cimo-Fesmed e Aaroi-Emac ribadiscono la loro netta contrarietà e fanno appello al Presidente della Repubblica, al Presidente del Consiglio, al Parlamento affinché alle parole di gratitudine espresse nei confronti degli operatori sanitari seguano fatti concreti a difesa del loro lavoro e di una sanità pubblica uguale per tutti i cittadini.

A cura di

CHIARA RIVETTI
Segretaria Anaa
Assomed Piemonte

COSTANTINO TROISE
Direzione Nazionale
Anaa Assomed

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

PRONTO SOCCORSO

EMERGENZA SOVRAFFOLLAMENTO O CRONICA DISORGANIZZAZIONE?

Il Pronto Soccorso (di seguito PS) rappresenta l'interfaccia tra ospedale e territorio, il primo servizio a cui si rivolgono i cittadini con problemi di salute reputati urgenti. Di fatto, il biglietto da visita dell'ospedale

Accade però che il messaggio trasmesso dalle immagini di affollamento e sovraffollamento dei PS non è certo quello di affidabilità ed efficienza che si prefigge un biglietto da visita: se dobbiamo giudicare dall'organizzazione dei PS, non abbiamo l'impressione di una sanità che funzioni

Le attese per essere visitati e per essere ricoverati, nei PS di tutto il Paese, sono la chiara dimostrazione di come i tagli lineari cui è stato sottoposto il Sistema Sanitario Nazionale negli ultimi anni abbiano avuto delle pesanti conseguenze sulla qualità dei servizi ai cittadini

I numeri del pronto soccorso

Il pronto soccorso è presente nell'81,6% degli ospedali. Per la precisione sul territorio italiano sono presenti in totale 631 dipartimenti di emergenza o pronto soccorso, di cui 291 PS, 239 DEA di I livello, 101 DEA di II livello. A questi si aggiungono 4 strutture che hanno solo il pronto soccorso pediatrico¹. Nel testo che segue, se non specificato diversamente, indicheremo con il termine PS anche i DEA di I e II livello in cui lavora un totale di 12.000 medici.

¹ Si tratta del Nuovo Ospedale Garibaldi-Nesima in Sicilia, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria UNICAM in Campania, dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo in Friuli Venezia Giulia, infine del Presidio Ospedaliero V. Buzzi - Milano in Lombardia.

Nel 2020 gli accessi al Pronto Soccorso in tutta Italia sono stati poco più di 13 milioni: 334.000 i codici rossi (2,5%), 3,6 milioni i codici gialli (28%), 7,5 milioni i codici verdi (57%) e 1,7 milioni i codici bianchi (13%).

Rispetto al 2019, gli accessi al pronto soccorso sono diminuiti del 38% e la diminuzione è avvenuta in particolar modo tra i codici bianchi (-46%) e verdi (-42%), ma anche tra i codici gialli (-22%) e rossi (-16%), segno, questo, dell'effetto delle restrizioni all'accesso ai presidi sanitari e di un diffuso timore del contagio da Covid19.

Se rapportati alla popolazione, gli accessi sono passati da essere 3,5 ogni 10 abitanti nel 2019 a 2,2 nel 2020. Sul totale degli accessi, circa il 69% ha

concluso l'iter diagnostico con le dimissioni a domicilio, il 16% è stato ricoverato in un reparto di degenza, circa il 2% è stato destinato all'O.B.I².

Nel 2020, in numero assoluto, sono stati ricoverati 2.001.742 pazienti provenienti dal pronto soccorso. Il dato presenta un'importante variabilità regionale: le percentuali più basse si riscontrano nelle Province Autonome di Trento e Bolzano (14% di ricoverati) ad un massimo del 20,5% in Umbria, con una media nazionale pari al 17%. Si collocano sopra la media italiana le seguenti regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria,

² I dati relativi all'OBI sono disponibili solo per il 2020, pertanto non è possibile effettuare un raffronto con il passato. Fonte: Agenas, Report analisi accessi Pronto Soccorso, dati 2019 e 2020.

EMERGENZA



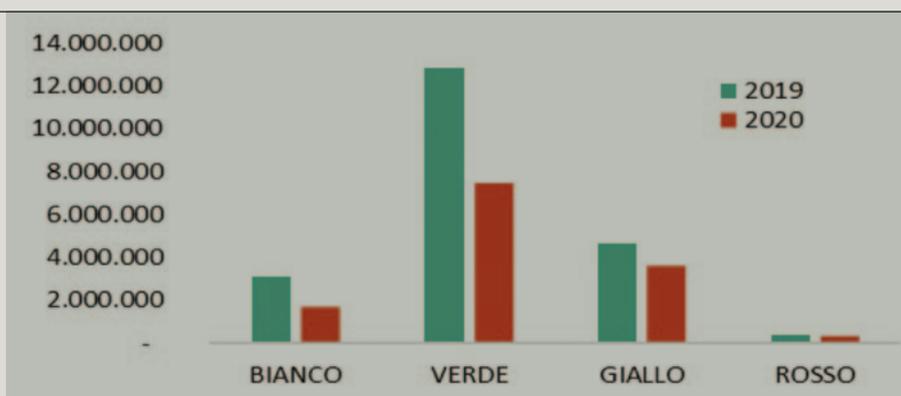
<https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/7100-caos-pronto-soccorso.html>

Tabella. 1
Principali cause di sovraccollimento dei PS in Italia

INPUT	THROUGHPUT	OUTPUT
Difficoltà di accesso alle strutture di cura primaria	Scarso numero di operatori sanitari dedicati al PS	Sovraccollimento di pazienti ricoverati in relazione ai posti letto disponibili
Capacità attrattiva dell'ospedale perché dotato di diagnostica strumentale	Scarso numero di operatori sanitari dedicati ai servizi afferenti al PS (es. radiologia)	Scarsa disponibilità di strutture di lungodegenza per la dimissione dei ricoverati
Tempi di attesa troppo lunghi per prestazioni specialistiche ambulatoriali/esami diagnostici	Presenza limitata, o assenza, dei principali consulenti (cardiologo, neurologo, ortopedico)	
Chiusura degli ospedali di piccole dimensioni e pazienti dirottati su Dea I o II livello senza un loro potenziamento	Limitate dotazioni tecnologiche	
Crescenti bisogni di salute legati all'invecchiamento della popolazione		
Mancanza di PDTA per le principali patologie causa di accesso al PS		

Variatione degli accessi in pronto soccorso tra il 2019 e il 2020, per codice di accesso (valori assoluti) e per periodo temporale

Valori %. Anno 2019. Fonte: elaborazioni su dati Agenas, 2019 e 2020



Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Sardegna, Umbria e Valle d'Aosta. Dall'11% nella Regione Piemonte si raggiungono valori pari a 26,7% nella Regione Molise³.

Rispetto al 2019, è cresciuta di quasi 4 punti percentuali la quota di ricoveri (che nel 2019 era il 12%) mentre sono di poco diminuite le dimissioni a domicilio.

L'incidenza dei cosiddetti accessi inappropriati è stimata dalla Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza (di seguito SIMEU) in una quota che oscilla tra il 25% e il 30%, la maggior parte dei quali è costituita da codici bianchi, ma in parte anche da codici verdi⁴.

Overcrowding (Affollamento)

I picchi di sovraccollimento all'interno del Pronto Soccorso determinano conseguenze indesiderabili e molto rilevanti sul piano della qualità delle cure e della sicurezza, sia per i pazienti che per gli operatori, oltre ad un'inadeguata garanzia di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Tali effetti negativi possono manifestarsi con diverse modalità.

Per i pazienti possono manifestarsi:

3 Fonte: Ministero della Salute, Annuario statistico 2020, Tavola su "Attività di Pronto Soccorso delle strutture di ricovero pubbliche e delle case di cura private accreditate", anno 2020.

4 Fonte: presentazione *Gli indicatori di Medicina d'Urgenza quali proxy dell'efficienza territoriale*, Vito Cianci, SIMEU, maggio 2022

PRONTO SOCCORSO

- ridotta efficienza dei processi di valutazione e trattamento
- incremento dei tempi di attesa;
- riduzione della tutela della riservatezza;
- riduzione del livello di soddisfazione e fiducia da parte del paziente;
- aumento del fenomeno dell'allontanamento da Pronto Soccorso prima del completamento del percorso clinico;

■ aumento dei re-accessi

Gli effetti sugli Operatori possono essere invece:

- aumentato rischio di errori sanitari;
- poco tempo e attenzione da dedicare agli studenti e ai medici in formazione;
- errori di comunicazione;
- riduzione della motivazione e della gratificazione, con conseguente ridotto rendimento lavorativo;
- aumento di incidenza del fenomeno di burn-out;
- aumento degli episodi subiti di violenza da parte degli utenti.

Il fenomeno del sovraffollamento in pronto soccorso può causare ripercussioni anche sugli aspetti organizzativi dell'assistenza, in primo luogo determinando alterazioni del funzionamento del sistema di emergenza territoriale legate al fenomeno del "dirottamento" delle ambulanze presso altri presidi. Un ulteriore effetto indesiderabile è dato dal prolungato stazionamento dei mezzi di soccorso all'arrivo in ospedale, per l'indisponibilità di barelle sulle quali trasferire i pazienti trasportati (così detto "blocco barelle").

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato il 1 agosto 2019 le Linee guida di triage, in cui è prevista l'assegnazione del codice di priorità. Si è adottato un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità (da 1, che risulta il più grave, a 5, il meno grave), a cui è associata una tempistica massima di attesa:

- 1 **rosso, emergenza**
accesso immediato
- 2 **arancione, urgenza**
accesso entro 15 minuti
- 3 **azzurro, urgenza differibile**
accesso entro 1 ora
- 4 **verde, urgenza minore**
accesso entro 2 ore
- 5 **bianco, non urgenza**
accesso entro 4 ore



Attualmente i dati pubblicati da Agenas sui tempi di permanenza in pronto soccorso riguardano i soli codici verdi.

Mediamente in Italia nel 2020 l'attesa in pronto soccorso per un codice verde è risultata pari a 3 ore e 56 minuti, con un minimo di 2 ore e 40 minuti registrato in Trentino Alto Adige ad un massimo di 5 ore e 57 minuti registrato in Piemonte. Nessuna Regione ha registrato valori medi di attesa dei codici verdi entro il limite previsto delle 2 ore⁵.

Nello stesso anno gli accessi con codice rosso sono stati in media in Italia il 3%, pari in valore assoluto a 402.697 accessi. Le Regioni che hanno registrato la percentuale più elevata di codici rossi sono state la Campania (5%) e il Lazio (4%). Nelle strutture con maggiore afflusso si è persino inserito nel sito web aziendale l'informazione in tempo reale sui tempi di attesa in pronto soccorso. Il dato è presente sui siti web del 64% delle strutture, in particolare nel 76% dei DEA di 1° livello, nel 58% dei DEA di 2° livello e nel 56% dei pronto soccorso⁶. Se consideriamo che negli anni i pazienti che più di altri accedono in PS, e soprattutto richiedono un maggiore utilizzo di tempo e di risorse, sono gli anziani, ovvero coloro che meno di tutti utilizzano i sistemi informatici e che comunque presentano patologie per cui l'attesa non è

“

Il tempo di degenza in OBI può essere considerato un buon indicatore dell'attesa di ricovero perché, soprattutto in caso di sovraffollamento, l'OBI è snaturata dalla sua funzione originaria ed anziché ospitare pazienti in osservazione diventa un vero e proprio "parcheggio" per chi aspetta un posto letto in reparto

un deterrente, risulta evidente come questi metodi abbiano uno scopo informativo di dubbia utilità, se non per generare sconforto nel personale dei PS.

In una recentissima analisi della SIMEU, gli addetti ai lavori definiscono quella del 2022 la peggiore estate da molto tempo, a causa del numero di richieste nei pronto soccorso, che superano di gran lunga le possibilità di risposta. Le ultime rilevazioni a campione della Simeu registrano un elevato incremento dei pazienti e una contestuale diminuzione degli operatori, che porta inevitabilmente ad un aumento esponenziale delle attese di ricovero, risorse umane in esaurimento, diminuzione della qualità di servizio. Da una rilevazione a campione effettuata sul territorio nazionale, si stima che rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso gli accessi al Pronto Soccorso possano essere mediamente aumentati di circa il 20%.

Anche il boarding, ovvero il numero di pazienti che permane a lungo in Pronto Soccorso in attesa di ricovero, aumenta con le stesse proporzioni.

Prendendo in considerazione tutti questi elementi, gli operatori sanitari subiscono un incremento del carico di lavoro personale non inferiore al 50% rispetto al 2021, che in questo stesso periodo non registrava né un'ondata di Covid né una simile e persistente ondata di calore. Nella sua analisi la SIMEU ricorda infatti che sono 600 i medici dell'emergenza e urgenza che nel 2022 hanno scelto di dimettersi dai pronto soccorso, al ritmo medio di circa 100 unità al mese; inoltre, da rilevazione effettuate nel novembre 2021, le stime dicono che

5 Per ciascuna regione è stata calcolata il tempo medio di attesa pesato sugli accessi in ciascuna struttura. È possibile che all'interno di ciascuna Regione alcune strutture abbiano rispettato il tempo limite delle due ore per l'accesso dei codici verdi.

6 Fonte: AGENAS, <https://trovastrutture.agenas.it/>



nei pronto soccorso italiani mancano 4.200 medici, a cui si aggiunge la perdurante carenza di personale infermieristico: il rapporto infermiere/paziente in un pronto soccorso è di circa 1 ogni 20 assistiti.

Degenze in OBI (Osservazione Breve Intensiva)

Il tempo di degenza in OBI può essere considerato un buon indicatore dell'attesa di ricovero perché, soprattutto in caso di sovraffollamento, l'OBI è snaturata dalla sua funzione originaria ed anziché ospitare pazienti in osservazione diventa un vero e proprio "parcheggio" per chi aspetta un posto letto in reparto. Dai dati AGENAS sugli accessi in Pronto soccorso per esito di dimissioni, emerge che nel 2020 il 2% dei pazienti ha avuto come esito l'accesso in OBI: questi sono stati quasi l'1% nel periodo gennaio-giugno 2020 – il dato sembra non risentire della prima ondata di Covid-19 – mentre nel periodo luglio-settembre 2020 la percentuale è salita al 3% e poi ulteriormente cresciuta fino al 4% durante il periodo della seconda ondata tra ottobre e dicembre 2020.

Sospensione dei ricoveri in elezione

La gestione del sovraffollamento dei PS prevede la riduzione dei ricoveri programmati a favore dei ricoveri urgenti, fino alla loro completa sospensione. Il provvedimento penalizza soprattutto gli interventi chirurgici in elezione, data l'oc-

cupazione dei letti dei reparti chirurgici per gli "appoggi" della medicina e contribuisce ad allungarne le liste d'attesa. In questo senso può essere cruciale la figura del Bed Management, che dovrebbe gestire il sovraffollamento bilanciando la disponibilità dei letti per i ricoveri programmati con quelli urgenti. La funzione di Bed Management è ben poco diffusa, in modo particolare sembra quasi sconosciuta nel Sud Italia. L'attività programmata ospedaliera è certamente più remunerativa di quella urgente, prova ne è che le cliniche private forniscono soprattutto attività in elezione.

L'effetto imbuto: difficoltà a ricoverare a causa della carenza di posti letto

Negli anni dal 2000 al 2020 in Italia si è assistito ad una riduzione del 19% dei posti letto pubblici per acuti, che in valore assoluto si è tradotta in 30.492 posti in meno a livello nazionale⁷.

Anche in relazione alla popolazione residente, il dato italiano sul numero di posti letto per 1000 abitanti, pari a 3,2, colloca il nostro Paese al di sotto della media europea pari a 5,3 posti letto per 1000 abitanti, e al di sotto anche di Paesi come la Germania (7,9), l'Austria (7,2) e la Francia (5,8). I posti letto in lungodegenza sono invece diminuiti dal 2010 al 2020 del 29%, che in valore assoluto si è tradotta in 1560 posti in meno a livello nazionale. Tuttavia, il taglio dei posti letto senza prevedere sia un'adeguata ristrutturazione della rete territoriale, con il progressivo aumento in PS della popolazione anziana e con necessità sanitarie complesse, è causa del cosiddetto "effetto imbuto", ovvero la difficoltà a ricoverare per ritardi nelle dimissioni dai reparti. Guardando nello specifico alla situazione italiana, le Regioni che nell'ultimo decennio 2011-2020 hanno eliminato più letti in percentuale sono la Calabria (-24%), l'Emilia Romagna (-23%), il Friuli Venezia Giulia (-22%), e il Molise (-21%).

Caratteristiche dei pazienti ricoverati

Sul totale dei pazienti che si rivolgono al PS, il 20% ha un problema assisten-

ziale/sociale prevalente.

Negli anni sono poi aumentati gli accessi in PS dei pazienti più complessi, quindi con prevedibile necessità di ricovero: i pazienti over 80 nel 2005 erano l'8% del totale, il 10% nel 2010 e il 12% nel 2015. Si calcola che ogni anno si siano rivolti al PS 100.000 pazienti ultraottantenni in più rispetto all'anno precedente, con un incremento dal 2005 al 2015 di circa il 60%.

Nel 2019 gli accessi al PS distinti per fascia di età fanno emergere che il 28% era costituito da pazienti con età maggiore di 65 anni. Questa percentuale nel 2020 è salita al 30,5%⁸.

Nel 2019 il 28% dei ricoverati aveva oltre 65 anni di età e per loro la degenza media sale, dal valore medio nazionale di 8 giorni a quasi 9, che per gli ultra-85enni sale a 11,3 giorni⁹. Le stime Istat prevedono che entro il 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 35% del totale della popolazione, secondo lo scenario mediano, raggiungendo un rapporto giovani anziani di uno a tre¹⁰.

Che siano i pazienti con problematiche internistiche quelli che più di tutti attendono, spesso in barella, il ricovero è anche dimostrato dai tassi di occupazione posto letto. A questi dati corrisponde un tasso medio di occupazione dei posti letto nelle sole strutture pubbliche pari al 72% nel 2020. Il dato risulta abbastanza variabile a livello regionale, ma il dato più preoccupante è il tasso di occupazione nei reparti di medicina che supera il 97%.

Va ricordato che il tasso ottimale, per evitare aumento di mortalità e morbilità, viene considerato non superiore all'85%, pur se imprudentemente aumentato al 90% dal Decreto Ministeriale n° 70/2015 sugli standard ospedalieri.

8 Nel dato pubblicato da Agenas non è presente una fascia di età che metta in evidenza i dati degli ultra-80enni. La fascia di età più anziana è individuata dalle persone di oltre 65 anni. Fonte: AGENAS, Report analisi accessi Pronto Soccorso, anni 2019 e 2020.

9 Fonte: Eurostat, *In-patient average length of stay (days)*, ultimo dato rilevato 2019.

10 Si veda ISTAT, *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie*, Novembre 2021.

Bibliografia

- AGENAS, Report analisi accessi Pronto Soccorso, dati 2019 e 2020.
- AGENAS, Portale della trasparenza dei servizi della salute, <https://trovastruttur.e.agenas.it/>
- ANAAO ASSOMED, Il lavoro in ospedale ai tempi del Covid. Indagine sulle condizioni lavorative dei medici ospedalieri e sull'impatto dell'emergenza COVID-19 sul Sistema Sanitario Nazionale, 2020
- Annuario statistico Nazionale, dataset 2020 – Ministero della Salute
- Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Report Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, Anno 2019
- Cianci V., presentazione *Gli indicatori di Medicina d'Urgenza quali proxy dell'efficienza territoriale*, SIMEU, maggio 2022
- Conto annuale, Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2020
- Eurostat, *Hospital beds by type of care, Available beds in hospitals (HP.1)*, 2020.
- Eurostat, *In-patient average length of stay (days)*, ultimo dato rilevato 2019.
- IRES, Osservatorio demografico territoriale del Piemonte, dati 2011-2020
- ISTAT, *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie*, Novembre 2021.
- Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO, Ministero della Salute 2019
- Rapporto OASI 2021, Cergas, Università Bocconi.
- Report PNE 2021
- Rete dell'emergenza ospedaliera, Dataset, Ministero della Salute, 2019

Segue a pagina 16



Quanta confusione sulla carenza dei medici



CARLO PALERMO
Presidente
Nazionale Anaa
Assomed



GIAMMARIA LIUZZI
Responsabile
Nazionale Settore
Anaa Giovani

Molto si è discusso, durante la campagna elettorale e anche successivamente, sulla presunta carenza di professionisti medici specialisti e non. Le analisi avanzate in merito a questa criticità si sono rivelate molto distanti tra loro, addirittura divergenti: dal riconoscimento del problema con la proposta dell'eliminazione del numero programmato per l'accesso al corso di laurea in medicina al fine di dare una soluzione in prospettiva (ma solo tra 11/12 anni!!) fino ad arrivare alla negazione del problema stesso almeno per quanto riguarda gli specialisti ospedalieri, a nostro parere basando l'analisi su numerose incongruenze, omissioni ed errori di valutazione dei dati.

Si è fatto riferimento, in particolare, su un presunto dominio del nostro Paese nelle graduatorie europee relative al numero di medici in rapporto alla popolazione che praticano attivamente la professione.

Secondo i dati statistici riferiti all'anno 2020, in realtà, l'Italia (4,1 medici per mille abitanti) nella graduatoria Ocse, considerando solo i Paesi europei, si trova al 12° posto, poco al di sopra della media dei Paesi EU (3,8 per mille abitanti, con una media dei Paesi Ocse va-

lutata al 3,6‰) e lontano dalle posizioni di vertice: Grecia (6,2‰, Austria (5,3‰), Portogallo (5‰), Norvegia (5‰).

L'Italia, invece, domina decisamente sulle altre nazioni relativamente all'invecchiamento dei medici ancora in attività. Infatti ben il 56% di questi ha più di 55 anni ed è prossimo al pensionamento, mentre in Gran Bretagna gli over 55 sono appena il 14% dei medici attivi (Oecd; Health Statistic, 2021). Insomma, abbiamo la popolazione medica più anziana al mondo, dotata certamente di grande esperienza clinica, ma è evidente che senza un adeguato turnover nei prossimi anni l'Italia rischia di precipitare nella graduatoria dei medici attivi per mille abitanti, diventando un Paese con una importante carenza rispetto alle medie europee di professionisti sanitari (quindi non solo infermieri ma anche medici) proprio nel pieno di una transizione demografica ed epidemiologica che richiederebbe il rafforzamento dei servizi sanitari.

Un dato che non viene considerato nei vari commenti è quello relativo all'andamento della dotazione di medici ospedalieri nel decennio che va dal

2009 al 2019, in pratica dall'anno di massima espansione delle dotazioni organiche di personale nel SSN, a ridosso della crisi economica del 2008, a quello antecedente alla crisi pandemica. Mentre in Italia, a causa della *spending review*, in tale periodo si è avuta una contrazione di circa 5.000 unità di personale medico, in Francia e Germania vi è stato un incremento del 20-30%. Eppure, proprio la carenza di personale ha rappresentato uno dei motivi principali per cui il nostro SSN è arrivato indebolito e vulnerabile all'appuntamento con il COVID-19, penalizzato da anni di ridotto finanziamento, tagli dei posti letto, riduzione del personale e politiche che hanno inciso negativamente sulla tenuta dei servizi. La capacità del SSN di rispondere ai bisogni delle persone è stata progressivamente intaccata in misura tale da mettere in discussione quel diritto fondamentale alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

La stima che viene effettuata da molteplici istituzioni delle uscite dei medici dal SSN per raggiunti limiti di quiescenza nei prossimi anni è molto variabile: la Fiaso indica in 35.000 i pensionamenti nel periodo 2020/2024, il Cen-

*Si ringrazia il Presidente del CdA dell'Onaosi Amedeo Bianco e lo staff tecnico della Direzione Generale per l'accesso ai dati.

tro Studi Sumai individua il numero in 28.125 nel periodo 2021/2025, l'Agenas calcola nel periodo 2022/2027 e con una età media di 65 anni, 29.000 unità in uscita.

Un dato ben superiore a quello degli infermieri (circa 21.000) pur essendo questi professionisti globalmente più numerosi nel SSN (260.000 contro 103.000 medici) ma con una età media meno problematica. Comunque, i criteri di pensionamento nel pubblico impiego sono molto articolati (quota 100/102; opzione donna; norme "Fornero" per la pensione "anticipata"; "vecchiaia" a 67 anni procrastinabile a 70 anni, senza considerare "totalizzazioni" e "cumuli" per quanto riguarda i contributi previdenziali) ed è molto difficile individuare una età media attendibile di uscita dal lavoro a causa della estrema variabilità delle scelte individuali, per cui preferiamo indicare una stima più prudente riferendoci ad una età media di 67 anni e calcolando in circa **25.000** le uscite nel periodo 2023/2027.

I nostri dati derivano da una analisi del database Onaosi* relativamente ai medici contribuenti obbligatori al 31/12/2021 e dipendenti pubblici (aziende USL, aziende ospedaliere, Irccs). A questo numero è, però, da sommare quello legato alle dimissioni volontarie (la cosiddetta *Great resignation*) fenomeno che abbiamo analizzato in un recente lavoro riferito agli anni 2019/2020/2021 utilizzando il database Onaosi e il Conto Annuale dello Stato. Se il trend rimarrà invariato potremmo attenderci come minimo circa **10.000** dimissioni anticipate rispetto al raggiungimento dei criteri contributivi ed anagrafici per la pensione. A questo punto, rispetto alle **35.000** uscite stimate nel quinquennio 2023/2027, dobbiamo chiederci quale sia la reale possibilità di sostituzione in base al numero di neo specialisti che si formeranno nello stesso quinquennio.

I contratti di formazione specialistica finanziati dallo Stato, dalle Regioni e dai privati dal 2018 al 2022 sono esattamente **64.537** (Osservatorio Nazionale Specializzazioni). Ovviamente non tutti gli specializzandi arriveranno al traguardo. L'Agenas indica un abbandono intorno al 5%. I dati reali ci dicono come la percentuale sia ben superiore. Sono poche le specialità che presentano un tasso di conseguimento fi-

nale del titolo superiore al 90% (Ematologia; Ginecologia e Ostetricia; Malattie dell'Apparato Cardiovascolare; Nefrologia; Oftalmologia; Otorinolaringoiatria; Pediatria). Per le altre specialità le percentuali sono molto più basse collocandosi tra il 24 e l'81%.

Tra quelle più importanti ai fini dell'organizzazione ospedaliera, che rappresentano anche quelle con il maggior numero di contratti di formazione post-laurea destinati, indichiamo Anestesia e Rianimazione 63%; Medicina Interna 77%; Chirurgia Generale 55%; Medicina di Emergenza Urgenza 53%. Quindi è molto più attendibile una stima del 15% di abbandoni o mancata assegnazione dei contratti finanziati. In definitiva, saranno circa **54.850** i neo specialisti che effettivamente saranno formati.

Ma di questi, quanti accetteranno il rapporto di dipendenza nel sistema sanitario pubblico? Da più parti viene indicata una percentuale del 75%. Si tratta di una percentuale che risale a circa 12 anni addietro e che in passato anche noi abbiamo utilizzato nei nostri studi. Oggi le condizioni del mercato del lavoro in sanità sono totalmente mutate. Siamo in epoca di *Great resignation*, irrompono sul mercato del lavoro le Cooperative, i neo specialisti preferiscono emigrare all'estero per le migliori retribuzioni e la maggiore valorizzazione professionale, i concorsi negli ospedali vanno deserti e le specializzazioni più gettonate sono quelle che offrono possibilità di lavoro fuori dal SSN. Pensiamo, pertanto, che la disponibilità sia crollata e che si collochi tra il 50% e il 66%. Quindi solo uno specialista su due, o al massimo solo due su tre, accetterebbe oggi un lavoro nel SSN considerando retribuzioni attuali, carichi di lavoro e rischi professionali.

È verosimile che rispetto alle 35.000 uscite attese la possibilità di sostituzione oscilli tra 27.500 e 36.500. In definitiva, al massimo, potremmo garantire uno *status quo* e cioè un contesto organizzativo palesemente carente, come hanno evidenziato le criticità organizzative emerse durante l'epidemia e le liste d'attesa oramai valutabili in semestri, se non in anni, che si sono sviluppate dopo la pandemia per ricoveri ordinari, visite specialistiche, attività diagnostiche e interventi chirurgici in elezione.

Conclusioni

Il protrarsi del blocco delle assunzioni, interrompendo la regolare alimentazione dei ruoli, ha determinato l'innalzamento dell'età media del personale medico dipendente del SSN e rischia di precipitare in pochi anni l'Italia sotto la media dei Paesi Ocse (3,6%) nel rapporto tra medici e popolazione. Il fenomeno della "gobba pensionistica" legato al picco di assunzioni nella fase successiva alla costituzione del SSN nel 1978 continuerà ad alimentare un importante esodo dal SSN anche nel quinquennio 2023/2027, soprattutto se valutato insieme a quello della "Great Resignation". Tale fenomeno, sebbene riguardi tutto il personale sanitario, appare naturalmente più minaccioso per i profili professionali già carenti.

Tra le categorie più a rischio rientra senza ombra di dubbio quella dei medici specialisti del SSN, anche a causa delle dissenate politiche assunzionali durante la spending review, dei madornali errori nella programmazione della formazione post laurea tra il 2010 e il 2018 e del netto peggioramento delle condizioni di lavoro durante e dopo la pandemia.

Comunque, come riportato nella ricerca dell'Agenas, gli interventi limitati all'incremento dell'offerta formativa in altri paesi europei si sono rivelati parzialmente inefficaci. È cruciale allora rendere allettante il lavoro nell'ospedale e nei servizi territoriali del SSN per cercare di incrementare l'opzione in favore del SSN da parte dei neo specialisti. Si ritiene, pertanto, necessario abbinare all'attuale offerta formativa un sistema di incentivi e di valorizzazioni in grado di rendere attrattivo il lavoro medico nel SSN in termini di riconoscimento sociale ed economico, oltre che di ruolo all'interno delle aziende.

Anche perché solo attraverso un incremento della disponibilità ad essere assunti, e quindi con un incremento delle dotazioni organiche, si potranno migliorare quei carichi di lavoro oramai diventati insopportabili per molti operatori del SSN. Il medico oggi abbandona il SSN perché male retribuito, esposto a rischi di contenzioso medico-legale e perché le condizioni di lavoro sottraggono quel tempo che dovrebbe appartenere ad ogni essere umano per dedicarsi senza ostacoli ad una vita sociale e familiare fonte di felicità e piena realizzazione personale. La politica e i gestori della sanità a tutti i livelli dovrebbero capire che senza il "capitale umano", gli ospedali diventano cattedrali nel deserto, i presidi territoriali arredi del paesaggio urbano, i Livelli Essenziali di Assistenza una chimera.

Dopo Covid e vaiolo delle scimmie, eccoci alle prese con un altro spauracchio: la poliomielite. Molti di noi sicuramente hanno archiviato nel dimenticatoio l'esistenza della polio; probabilmente fra gli attuali medici in servizio in Italia ve ne sono pochissimi che conservano memoria di questa malattia che ha tormentato le estati dei Paesi occidentali soprattutto tra gli anni Trenta e Sessanta. Anni in cui le mamme hanno vissuto nel terrore che i propri bambini venissero colpiti da una infezione che aveva fama di lasciare indelebili quanto gravi menomazioni motorie. L'incubo era stato sconfitto grazie alle scoperte di tre scienziati, Hilary Koprowski, Jonas Salk e Albert Sabin, che con i loro studi a cavallo degli anni '50 e '60 hanno permesso di allestire il vaccino che ha sconfitto questo mostro

La preoccupazione di oggi nasce dalle recenti, ripetute segnalazioni della presenza del virus nei sistemi fognari di luoghi situati in punti lontanissimi del mondo, dopo anni di relativo silenzio. A marzo il virus si è fatto vivo in Israele con infezioni nell'uomo, la maggior parte delle quali asintomatiche; a partire da febbraio a Londra e a partire da marzo negli stati Uniti (stato di New York) vi sono state ripetute segnalazioni di ritrovamento del virus nel sistema fognario. Nello stato di New York, a luglio, si è verificato un caso umano di poliomielite paralitica: è la prima volta in quasi dieci anni che un caso di polio viene registrato negli Stati Uniti, dopo l'ultimo caso di importazione, verificatosi nel 2013.

La poliomielite (polio) è una malattia virale altamente infettiva che colpisce principalmente i bambini di età inferiore ai cinque anni, causando paralisi permanente (in circa 1 infezione su 200) o morte (2-10% dei casi con paralisi). Non mancano tuttavia casi di adulti colpiti da tale malattia: un esempio illustre è il presidente degli Stati Uniti Franklin Delano Roosevelt.

Il virus si trasmette da persona a persona e si diffonde principalmente per via oro-fecale o, meno frequentemente, mediante acqua o cibo contaminato, e si moltiplica nell'intestino, ma può causare viremia, invadere il sistema nervoso e causare paralisi e morte. L'inva-

POLIO IS BACK?

Il rischio di recrudescenza della poliomielite a livello globale



a cura di
**MARIA ROSARIA
CAPOBIANCHI**

sione del sistema nervoso (malattia) e la morte si verificano con una frequenza di 10 e 100 volte inferiori rispetto all'infezione. I sintomi iniziali della poliomielite includono febbre, affaticamento, mal di testa, vomito, rigidità nucale e dolore agli arti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con la risoluzione WHA 41.28 del 13 maggio 1988 si è prefissata l'obiettivo di eradicare il virus della poliomielite, lanciando l'omonima iniziativa "Global Polio Eradication Initiative".

Dei 3 ceppi noti di poliovirus selvaggio (WPV1: poliovirus selvaggio di tipo 1, WPV2: tipo 2 e WPV3: tipo 3), i WPV2 e WPV3 sono stati dichiarati eradicati a livello globale, dopo un consistente numero di anni in cui non sono stati riportati casi in nessuna parte del mondo. Ad oggi, il solo tipo 1 selvaggio ancora circola, ed è endemico in due paesi: Pakistan e Afghanistan. Periodicamente vengono segnalati casi sporadici o piccoli focolai in altri paesi, testimoniando il rischio continuo di diffusione internazionale anche in Paesi polio-free, favorito dai viaggi internazionali e dai flussi migratori. Questo è un problema molto serio per il nostro mondo globalizzato, ed il rischio è ulteriormente aumentato negli ultimi due anni a causa della diminuzione del tasso di immunizzazione correlato alla pandemia di COVID-19.



Sta di fatto che, secondo il parere del comitato di emergenza convocato ai sensi del regolamento sanitario internazionale (IHR 2005, <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>), il rischio di diffusione internazionale del poliovirus rimane un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC).

Non esiste cura per la poliomielite, ma la malattia è totalmente prevenibile con il vaccino, che è stato determinante nel segnare i clamorosi successi ottenuti a livello globale contro questa malattia: i casi sono diminuiti da circa 350.000 nel 1988 a 175 nel 2019 (https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1).

Oggi vengono usati due tipi di vaccino antipolio: quello inattivato (IPV) messo a punto da Salk, e quello orale (OPV), messo a punto da Sabin.

Il primo (IPV) è costituito da poliovirus inattivato, e instaura immunità a livello ematico, impedendo al virus di raggiungere il sistema nervoso, pur senza bloccare l'infezione a livello intestinale. Il secondo (OPV) è costituito da virus vivo attenuato, viene somministrato per via orale e instaura l'immunità a livello mucosale nel tratto digerente, impedendo quindi all'infezione naturale di attecchire. Poiché il virus contenuto nell'OPV si replica e viene diffuso nell'ambiente, può infettare e



quindi immunizzare anche altri individui nella comunità. Questo aspetto, che è sicuramente positivo, ha come contraltare negativo il fatto che, a forza di circolare e infettare nuove persone esso può accumulare mutazioni, fenomeno comune a tutti i virus a RNA. Alcune mutazioni possono conferire al virus derivato dal vaccino un potere patogeno, che può arrivare fino alla provocazione di manifestazioni cliniche simili a quelle del virus selvaggio. Per ovviare a questi problemi, è stata allestita una nuova versione del vaccino OPV, modificata per rendere il rischio di polio vaccinale infinitesimale. L'OMS ha autorizzato la diffusione del nuovo vaccino orale antipolio (nOPV2) nel novembre 2020 e ne sono state somministrate in tutto il mondo già 450 milioni di dosi. Tuttavia i ceppi di poliovirus derivati da vaccino continuano a circolare, e oggi la maggior parte dei casi di poliomielite al di fuori dei paesi endemici per WPV1 è dovuta a ceppi circolanti di poliovirus 2 derivati da vaccino (cVDPV2). È appunto un ceppo di poliovirus di tipo 2 derivato da vaccino quello che è stato isolato in Israele, nel Regno Unito e negli Stati Uniti.

Poiché le manifestazioni cliniche si osservano in una minima parte delle infezioni, i segnali che derivano oggi dalla sorveglianza a livello ambientale sono indizi di una circolazione virale transnazionale, di dimensioni sicuramente

Bambini aspettano le vaccinazioni contro la poliomielite in Inghilterra nel 1956

© The Telegraph, Monte Fresco Jnr



Programma di eradicazione della polio nel Rajasthan, India

maggiori di quanto si possa apprezzare tramite i dati crudi che provengono dai sistemi di sorveglianza stessa.

Dopo più di due anni di lotta alla pandemia da SARS-CoV-2, il mondo della sanità è stremato da una lotta impari che ancora non è conclusa; dobbiamo quindi deporre le armi e arretrare di fronte alle nuove minacce rappresentate dalla possibilità che la poliomielite ritorni? Sicuramente no, e c'è una cosa che la pandemia da Covid ci ha insegnato: l'importanza di farsi trovare preparati. È importante quindi mettere in atto tutti i mezzi per riportare sotto controllo la circolazione del virus, mantenendoci nella traiettoria tracciata dall'OMS per l'eradicazione globale. I pilastri su cui si fonda questa traiettoria sono tre, i primi due dei quali fanno capo al coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità:

1 La sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (PFA): tutti i casi

che si verificano nei bambini/giovani di età fino a 15 anni vanno registrati e segnalati alle autorità competenti, affinché attraverso la filiera della sorveglianza si possa determinare l'eziologia dei singoli casi, e riconoscere tempestivamente eventuali infezioni da poliovirus. In Italia la sorveglianza attiva delle PFA è effettuata attraverso una rete di referenti regionali, che mantengono un contatto periodico con i maggiori Centri Ospedalieri, al fine di individuare ogni caso di PFA, dovuto a qualunque eziologia, in soggetti ospedalizzati di età inferiore a 15 anni e ogni caso di sospetta poliomielite in persone di tutte le età.

2 Il monitoraggio della presenza di poliovirus nell'ambiente: i sistemi

fognari delle principali città italiane sono sottoposti a campionamento periodico regola.re, per intercettare, dopo opportuni trattamenti di concentrazione e purifica-

zione, il rilascio di poliovirus nei rifiuti fognari da parte dei cittadini infetti; questo sistema è molto sensibile, e funziona anche nei riguardi delle infezioni asintomatiche, che rappresentano la maggioranza dei contagi.

3 La piena realizzazione delle politiche vaccinali, con l'obiettivo di

mantenere la soglia di copertura nazionale per la vaccinazione antipolio al di sopra del 95%, soglia raccomandata dall'OMS. In Italia il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 prevede la somministrazione di 3 dosi di IPV nel corso del primo anno di vita, con ulteriori due richiami al 6° e tra il 12° e 18° anno di vita. Negli ultimi anni l'aumento dei movimenti avversi alla vaccinazione e la contemporanea diminuzione della percezione del rischio delle malattie da infezione hanno avuto un impatto significativo sulle coperture vaccinali che, pur rimanendo al di sopra del 90% come media nazionale, si sono scostate al ribasso di alcuni punti rispetto all'obiettivo del 95%. Gli sforzi di mantenere alta la copertura di vaccinazione antipolio vanno indirizzati anche verso le persone che entrano nel paese senza avere evidenza di aver ricevuto il vaccino, specie attraverso i flussi migratori da paesi poveri e con sistemi sanitari fatiscenti.

Per concludere, uno degli insegnamenti che la pandemia da SARS-CoV-2 ci ha lasciato è che non sappiamo quando si potrà mettere la parola fine, ma nel frattempo bisogna mantenere alta la guardia. L'imperativo è: essere vigili e mettere a frutto tutti gli strumenti disponibili per **prevenire, intercettare e combattere** le infezioni che hanno la capacità di dilagare, come, appunto, la poliomielite.

“UNA MANOVRA INIQUA E NON CORAGGIOSA”



Segue da pagina 6

ti per cassa al valore del finanziamento di competenza dell'anno accademico di riferimento. Allo scopo la disposizione da un lato incrementa la percentuale da applicarsi (portandola dall'attuale 80 per cento al 90 per cento) e dall'altro introduce come secondo possibile parametro di riferimento la definizione di un valore provvisorio di finanziamento, da definirsi con decreto del Ministero dell'università e della ricerca sulla base dei più recenti dati disponibili, ancorché provvisori.

Relazione tecnica

La disposizione interviene sul regime di erogazione per cassa del finanziamento alle università per il trattamento economico dei medici specializzandi.

Attualmente il valore di erogazione in via anticipata del finanziamento dell'anno accademico di riferimento (nelle more dell'adozione del DPCM che fissa il livello del finanziamento di ciascun ateneo sulla base dei costi effettivi sostenuti, ai sensi dell'articolo 39 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368) è parametrato sull'ultimo DPCM adottato, riferito dunque ad un anno accademico precedente, e nella misura massima dell'80% di tale valore per ciascun ateneo.

La presente disposizione ha l'obiettivo di aggiornare il livello dei trasferimenti per cassa al valore del finanziamento di competenza dell'anno accademico di riferimento. Allo scopo la disposizione da un lato incrementa la percentuale da applicarsi (portandola dall'attuale 80 per cento al 90 per cento) e dall'altro introduce come secondo possibile parametro di riferimento la definizione di un valore provvisorio di finanziamento, da definirsi con decreto del Ministero dell'università e della ricerca sulla base dei più recenti dati disponibili, ancorché provvisori. La disposizione introduce altresì una clausola di recuperabilità o compensazione, ove necessario sulla base dei dati di consuntivo, anche a valere su finanziamenti di esercizi differenti (esercizi successivi o anche precedenti, in caso di erogazione di saldi di anni pregressi). Permane, ai fini delle compatibilità finanziarie, il riferimento al finanziamento di competenza dell'esercizio già previsto dal vigente comma 3 dell'articolo 9-undecies del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78.

Per quanto rappresentato, dalla disposizione non derivano nuovi, né maggiori oneri per la finanza pubblica, restando le erogazioni di cassa nei limiti delle disponibilità del bilancio statale.

Studio Anaaò PRONTO SOCCORSO

Segue da pagina 11

Ambulatorio dei codici bianchi gestito dai MMG

In Italia nel 2020 è stato assegnato il codice bianco a 1.686.577 pazienti. Nel 2019 sono stati 3.129.961 i codici bianchi. In alcune realtà, particolarmente nei DEA di II livello, è presente un ambulatorio dei codici bianchi, gestito dai medici di famiglia (medico di fast track).

Questo tipo di collaborazione tra ospedale e territorio ha dimostrato di funzionare soprattutto nei PS con molti accessi. Oltre a ridurre il carico di lavoro dei medici di PS, si è registrato una minore prescrizione di esami diagnostico-strumentali e di consulenze, perché viene riprodotta nei PS l'attività eseguibile dai MMG negli studi sul territorio. I tempi d'attesa sono diminuiti significativamente, fino al 50% nelle realtà con frequente sovraffollamento. Altro aspetto positivo è quello della riduzione del rischio per i pazienti gravi e medio-gravi conseguente al maggiore tempo a disposizione dei medici del DEA (rischio che si riduce quando il personale per il DEA è adeguato, grazie ai MMG o ai medici d'urgenza). Va tuttavia considerato che il codice di triage definisce una priorità clinica e con l'ambulatorio per i codici bianchi si potrebbero realizzare situazioni in cui i pazienti a bassa gravità clinica, avendo un percorso parallelo, vengano visitati prima di altri con quadri più urgenti. Inoltre laddove i MMG posso prescrivere esami, si potrebbe indurre un aumento paradossale della domanda, quindi favorire anziché ridurre l'affollamento nei DEA e la prescrizione di esami e consulenze. I vantaggi economici infine sono dubbi, considerando il costo aggiuntivo necessario per l'attività dei medici di fast track.

Carenza di personale

Il numero di medici ha toccato il suo massimo nel 2009, per poi diminuire incessantemente fino al 2020, riducendosi di 4.800 unità. In realtà, su questo dato ha inciso positivamente il reclutamento di personale medico avvenuto nel 2020 a causa della pandemia da Covid 19 che ha visto l'immissione di circa 1.000 medici, perché se si guardasse il trend fino al 2019, la diminuzione di personale medico sarebbe ancor più accentuata (5.800 unità).

La riduzione degli organici causata dal blocco del turn over ed i ricoveri sempre più complessi, hanno aumentato notevolmente il carico di lavoro per singolo medico ed in alcuni casi hanno reso impossibile il rispetto dei riposi come previsto dalla normativa europea sugli orari di lavoro.

Un recente sondaggio Anaaò rivela che so-

lo il 50% dei medici ritiene soddisfacente o molto soddisfacente la qualità dei servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale, mentre la restante metà li ritiene poco soddisfacenti o del tutto non soddisfacenti.

Lo stesso sondaggio ha indagato come è cambiata secondo il personale sanitario la qualità dei servizi offerti negli ultimi dieci anni: in generale l'opinione prevalente è che la qualità dei servizi offerti dal SSN sia significativamente peggiorata nell'ultimo decennio. In media quasi 7 intervistati su 10 ritiene che la qualità dei servizi sia peggiorata, tra questi la percentuale più alta tra i medici e in particolare tra le donne, che nel 75% dei casi dichiarano di aver visto peggiorare la qualità dei servizi offerti dal SSN¹¹.

I due fattori che secondo i medici incidono maggiormente sulla diminuzione della qualità dei servizi erogati sono, in ordine di importanza, la carenza di personale e la governance delle strutture sanitarie.

11 Si veda ANAAO ASSOMED, Il lavoro in ospedale ai tempi del Covid. Indagine sulle condizioni lavorative dei medici ospedalieri e sull'impatto dell'emergenza COVID-19 sul Sistema Sanitario Nazionale, 2020

Conclusioni

Un adeguamento degli organici, sia in PS che nei reparti, è dunque indispensabile, oltre che per avere professionisti meno stanchi e a rischio burn-out, per ottenere ricoveri più rapidi, minor rischio di errori e una maggiore efficienza nell'utilizzo dei posti letto.

Questo, e l'aumento dei posti letto ordinari soprattutto per le specialità mediche, sono le soluzioni urgenti da adottare se si vuole seriamente affrontare il problema dell'affollamento dei PS che, ormai, percorre la sanità italiana come un fiume carsico destinato ad emergere impetuoso non solo in occasione di ondate di calore o epidemie influenzali. Comunque sia, siamo di fronte ad elementi strutturali che mal si prestano ad essere governati con provvedimenti tampone. Tantomeno con meravigliate quanto ipocrite lacrime di coccodrillo.

A TUTTI I MEDICI SPECIALIZZANDI ISCRITTI ANAAO ASSOMED

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2022-2023

Proteggi il tuo futuro.

Tutelati con la nostra polizza e mettiti al sicuro.

Polizza RC colpa grave con possibile estensione all'attività libero professionale

- La polizza RC COLPA GRAVE, concepita su misura per i medici specializzandi, e' dedicata alla copertura delle azioni di rivalsa esperite dalla Struttura Sanitaria Pubblica o Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, per tutte le attività professionali svolte dall'Assicurato presso una struttura sanitaria Pubblica o Privata;
- Polizza in regime di "Claims made";
- Inclusiva di **Deeming Clause** (inclusa la possibilità di aprire il sinistro già all'atto della Comunicazione formale da parte della Struttura ex art. 13 Legge 24/2017);
- Retroattività 10 anni;
- Garanzia postuma 10 anni;
- Nessuna Franchigia;
- Compresi interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
- Possibilità di estendere la copertura alle **attività di libera professione del medico specializzando** (Guardie mediche, sostituzioni MMG e pediatri di libera scelta, USCA ecc.) l'estensione alle attività di libera professione svolta dallo specializzando e' attivabile in qualsiasi momento;

MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA	PREMIO ANNUO COLPA GRAVE PUBBLICO+PRIVATO	PREMIO ANNUO COLPA GRAVE PUBBLICO+PRIVATO+LIBERA PROFESSIONE
€ 1.500.000,00 -	€ 169,00	€ 264,00
€ 3.000.000,00 -	€ 209,00	€ 304,00
€ 5.000.000,00 -	€ 219,00	€ 314,00

Polizza tutela legale in omaggio con Anaa Assomed:

AMBITI DI COPERTURA:

- PENALE
- CIVILE
- VERTENZE DI LAVORO CONTRATTUALE

PECULIARITA' :

- AVVOCATO DI LIBERA SCELTA senza alcuna limitazione territoriale
 - CONSULENTE DI PARTE DI LIBERA SCELTA senza alcuna limitazione territoriale
- MASSIMALE GRATUITO: Senza alcun onere e compreso nella quota associativa Sindacale:
€ 50.000,00 per sinistro, per Assicurato e per Anno Assicurativo.

Per associarti ad Anaa Assomed clicca qui



Per accedere alla polizza offerta in convenzione clicca qui e procedi alla registrazione dei tuoi dati

€54

QUOTA ASSOCIATIVA ANAAO

 **DHD** | DOCTOR HELP DESK

800 60 72 29
(Numero Verde)

Numero Verde attivo dal lunedì al venerdì dalle 08.30 alle 18.30

Indirizzo email: convenzioni@medicalbrokers.it



L'UNIONE
FA
LA CURA.



**POLIZZA RC
COLPA GRAVE GRATUITA
(*)**

PER I DIPENDENTI SSN

PER I DIPENDENTI
DELLA SANITÀ ACCREDITATA

**POLIZZE DI
RESPONSABILITÀ CIVILE
PROFESSIONALE**

PER GLI SPECIALIZZANDI

PER I LIBERO PROFESSIONISTI

PER I DIPENDENTI
CHE SVOLGONO ATTIVITÀ
EXTRAMOENIA

(*) PROMOZIONE VALIDA DAL
1° NOVEMBRE 2022
AL 31 GENNAIO 2023

**POLIZZA TUTELA
LEGALE GRATUITA**

**CONSULENZA LEGALE
GRATUITA**

**L'ESPERTO RISPONDE
GRATUITO**

**BANCA DATI SANITÀ
GRATUITA**

**FORMAZIONE ECM-FAD
GRATUITA**

ANAAO  **ASSOMED**
ASSOCIAZIONE **MEDICI DIRIGENTI**



Tutte le info su www.anaao.it