

# **Consiglio Nazionale Anaaao Assomed**

**Rimini: 14 e 15 Settembre 2021**

*Relazione del Segretario Nazionale  
Carlo Palermo*



- **Sergio Costantino**, Consigliere Nazionale (20 novembre 2020)
- **Pietro Donnini**, Tesoriere Anaao Assomed Umbria (8 marzo 2021)
- **Vittorio Grivet**, Dirigente dell'Anaao Assomed Piemonte dai primi anni '80 al 2010. Segretario Provinciale di Torino, poi Segretario Regionale del Piemonte e infine Consigliere Nazionale (3 aprile 2021)
- **Gianfranco Bonfante**, Consigliere Nazionale (6 aprile 2021)
- **Roberto Ziccardi**, Segretario Anaao Campania inizi anni '80 (20 aprile 2021)
- **Domenico Ronga**, Componente della Segreteria nazionale nel 1991 come vice responsabile Affari Speciali e poi nel mandato 2002-2006, infine Consigliere Nazionale (1 luglio 2021)
- **Luigi Bonfanti**, Segretario Nazionale Anaao Assomed 1981-1983 (20 luglio 2021)
- **Fausto Puntillo**, storico dirigente Anaao Assomed Lazio (1 agosto 2021)

# L'attacco alla sanità pubblica

Ridotto trasferimento di risorse a Comuni e Regioni per circa 8,5 miliardi di €

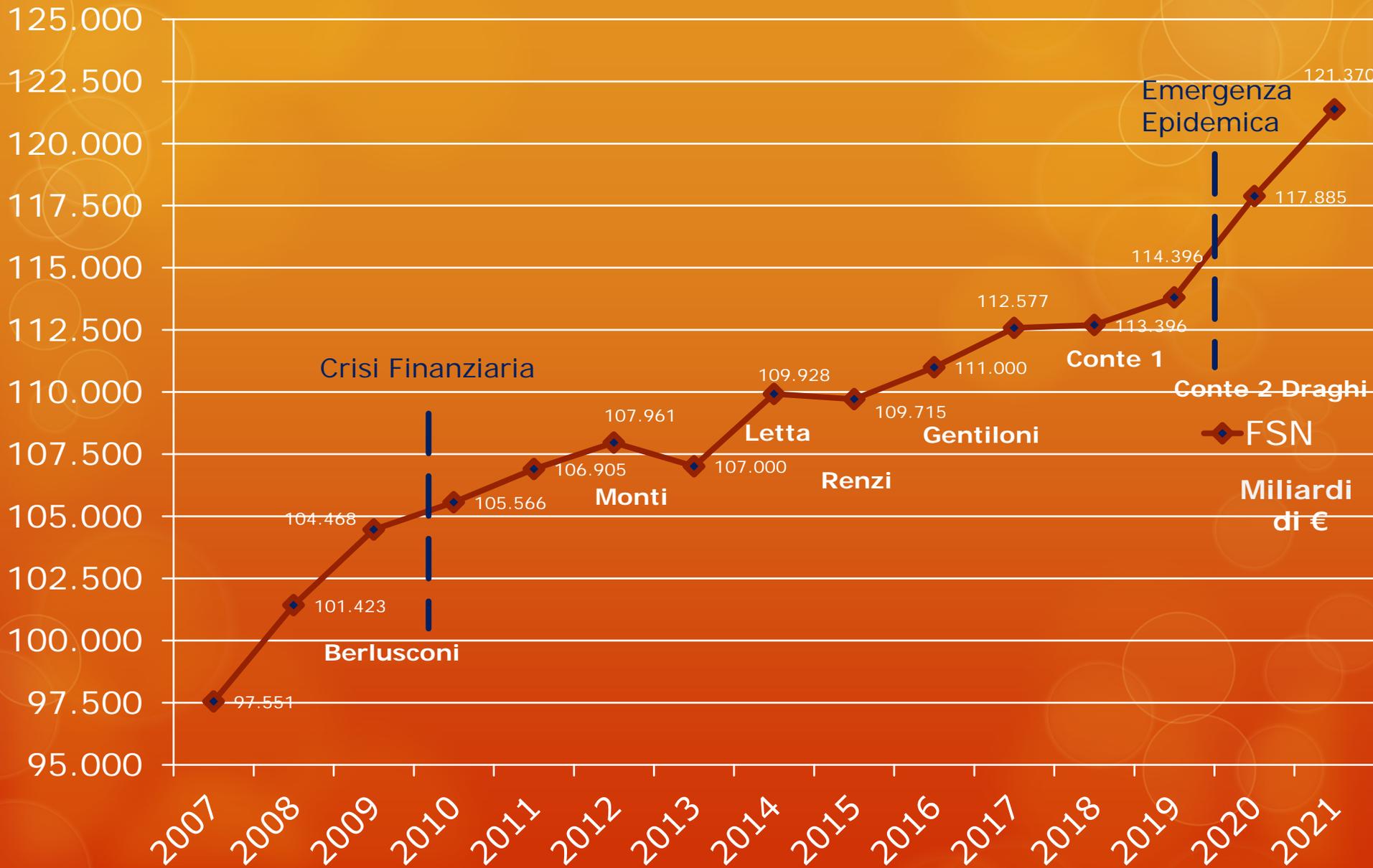
- Piani di rientro
- Blocco del turn-over
- De-finanziamento
- Taglio dei precari
- Taglio della formazione

Limitazione delle politiche di integrazione tra sociale e sanitario

Difficoltà crescenti nel garantire i LEA

**CREAZIONE DI UN SSN POVERO PER I POVERI**

# Finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale dal 2007 al 2021

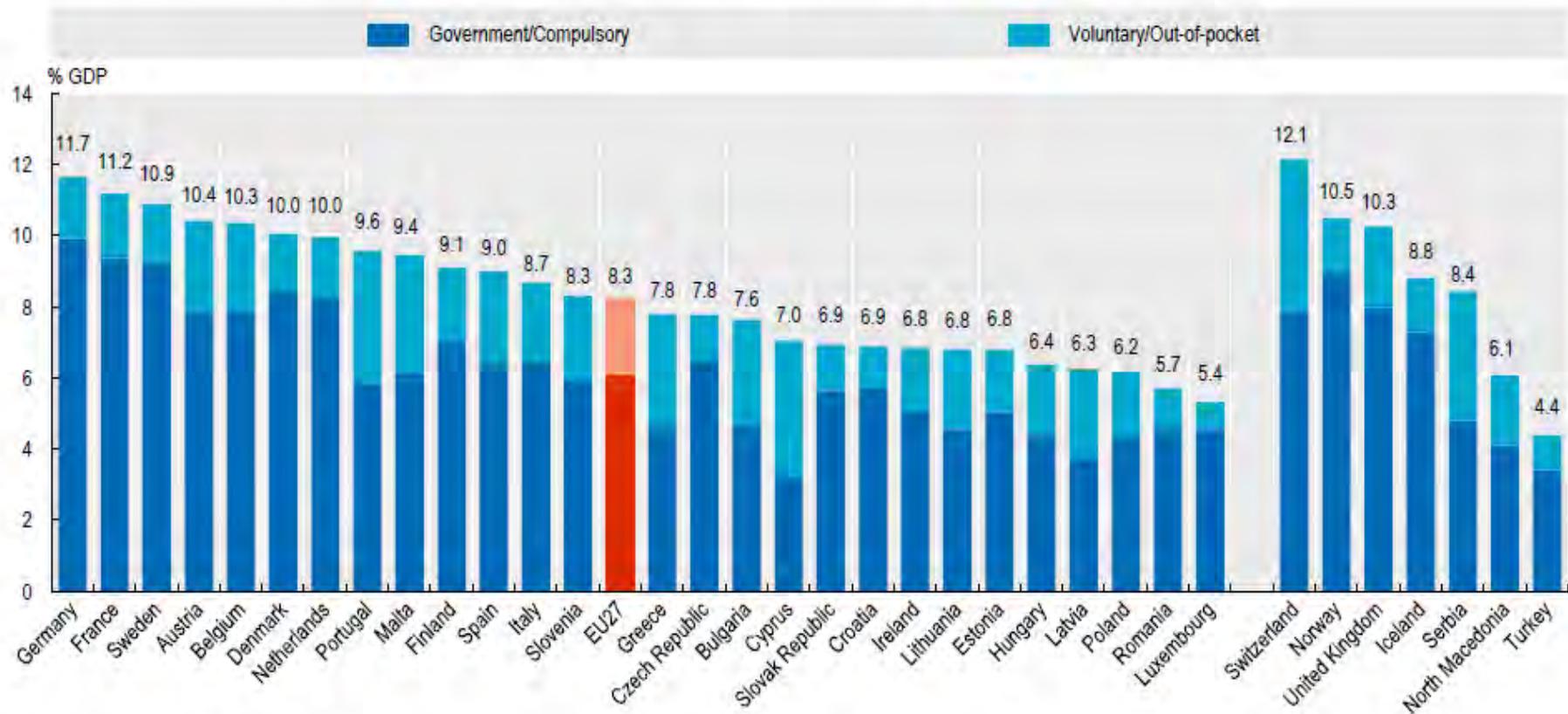


# DEF 2021: spesa sanitaria 2017/2020 e previsione spesa sanitaria 2021/2024

	2017	2018	2019	2020
Spesa sanitaria	112.185	114.318	115.710	123.417
In % PIL	6,5%	6,5%	6,5%	7,5%
Tasso Variazione %		1,9%	1,2%	6,7%

	2021	2022	2023	2024
Spesa sanitaria	127.138	123.622	126.231	124.410
In % PIL	7,3%	6,7%	6,6%	6,3%
Tasso Variazione %	3,0%	- 2,8%	2,1%	-1,4%

Figure 5.3. Health expenditure as a share of GDP, 2019 (or nearest year)



Note: The EU average is unweighted.

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

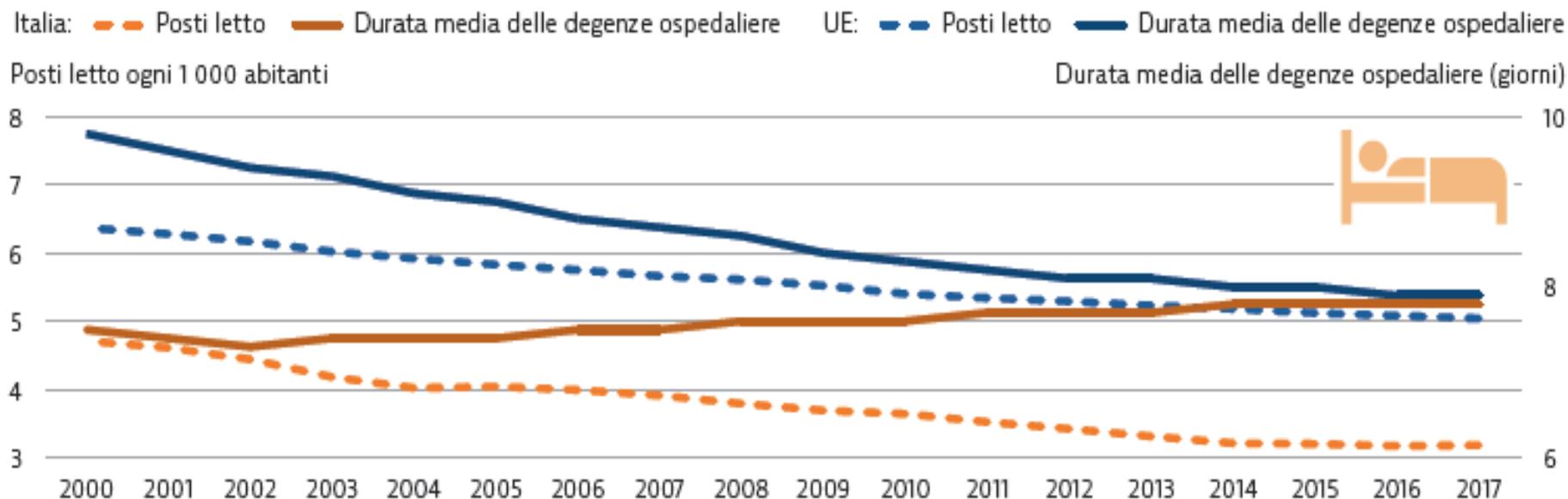
StatLink  <https://stat.link/urm8qw>

# Cosa ha disvelato l'epidemia sui nostri Ospedali

---

- ❑ Carenza di posti letto e personale.
  - ❑ Strutture concettualmente superate, «rigide», senza possibilità di riserve in caso di emergenza.
  - ❑ Impiantistica e tecnologia diagnostica obsoleta.
  - ❑ Rischio sismico importante con impossibilità per gli edifici più vecchi di essere adeguati alle nuove normative e sistemi antincendio spesso non conformi alle direttive.
  - ❑ Scarsa integrazione tra Ospedale, Territorio e Sociale.
-

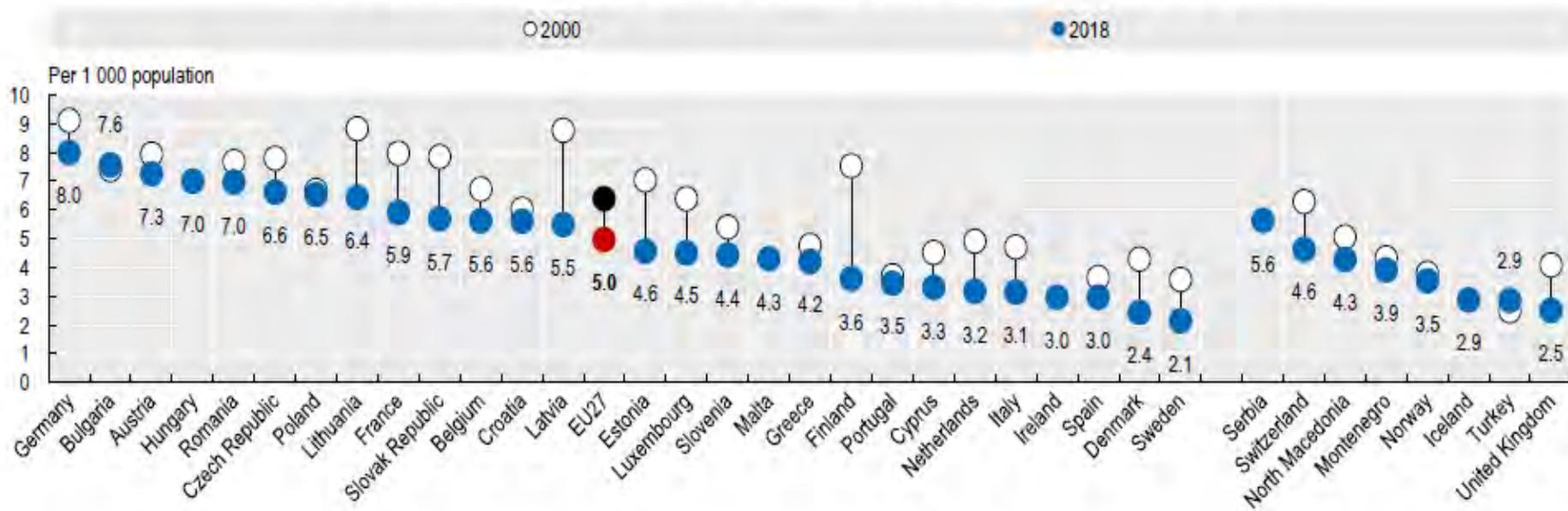
# Riduzione del numero dei posti letto in Italia rispetto alla media UE tra il 2000 e il 2017.



Fonte: Banca dati di Eurostat.

2: La resilienza si riferisce alla capacità di un sistema sanitario di adeguarsi efficacemente a contesti mutevoli o a shock e crisi improvvise.

Figure 7.22. Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2018 (or nearest year)

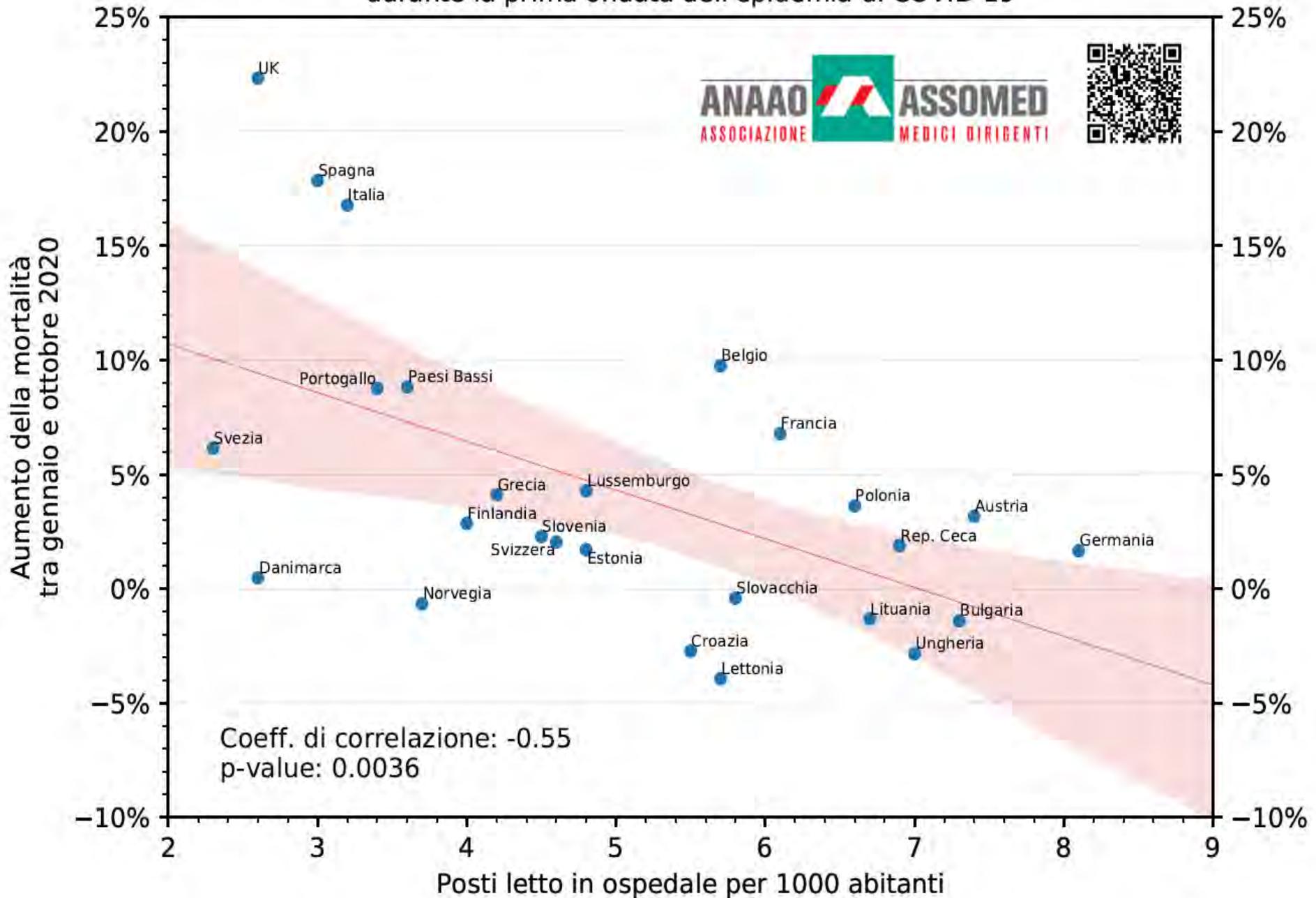


Note: The EU average is unweighted.

Source: OECD Health Statistics 2020, Eurostat Database.

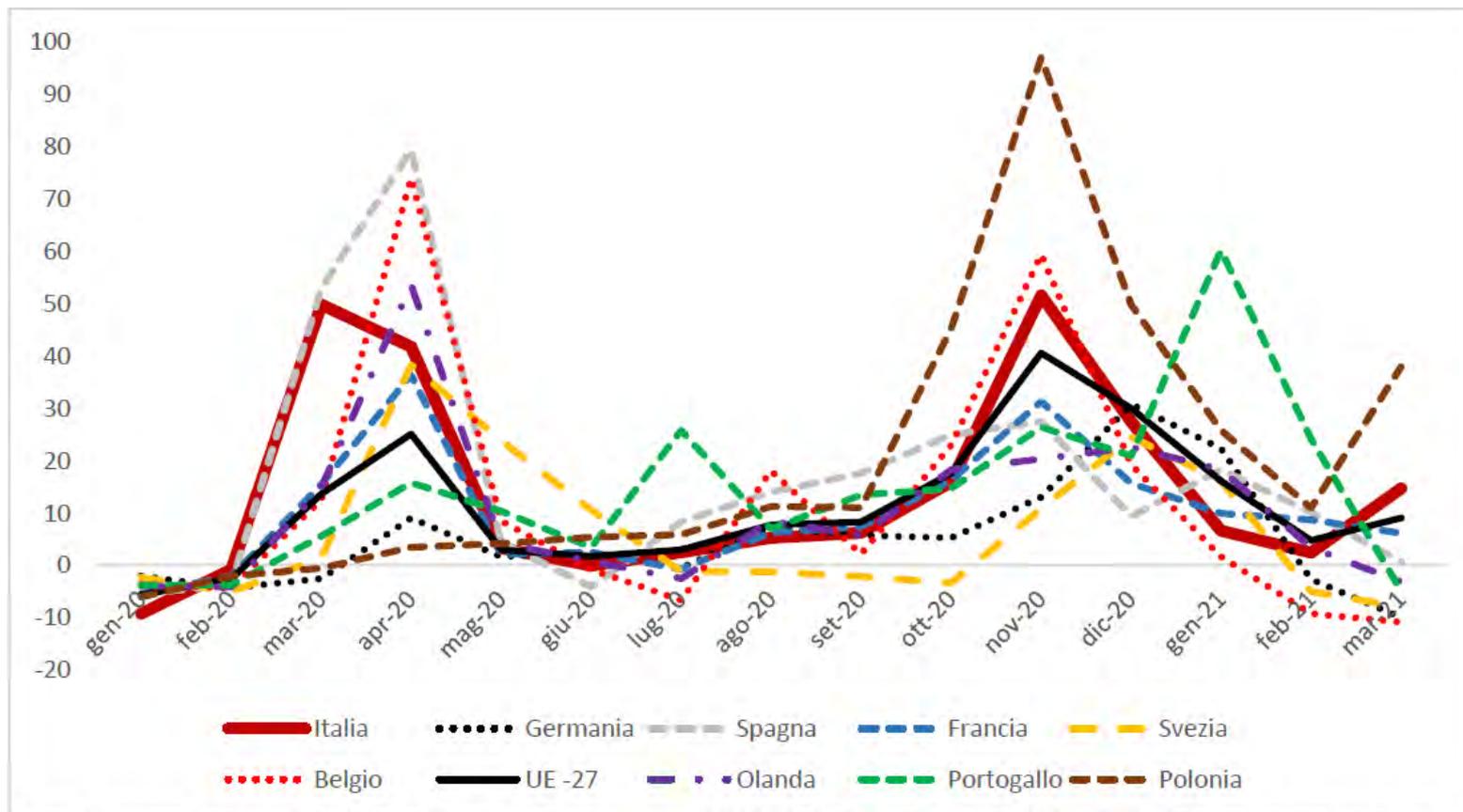
StatLink <https://stat.link/6zkeqj>

# Correlazione tra posti letto disponibili e mortalità durante la prima ondata dell'epidemia di COVID-19



# Mortalità totale 2020: 746.000

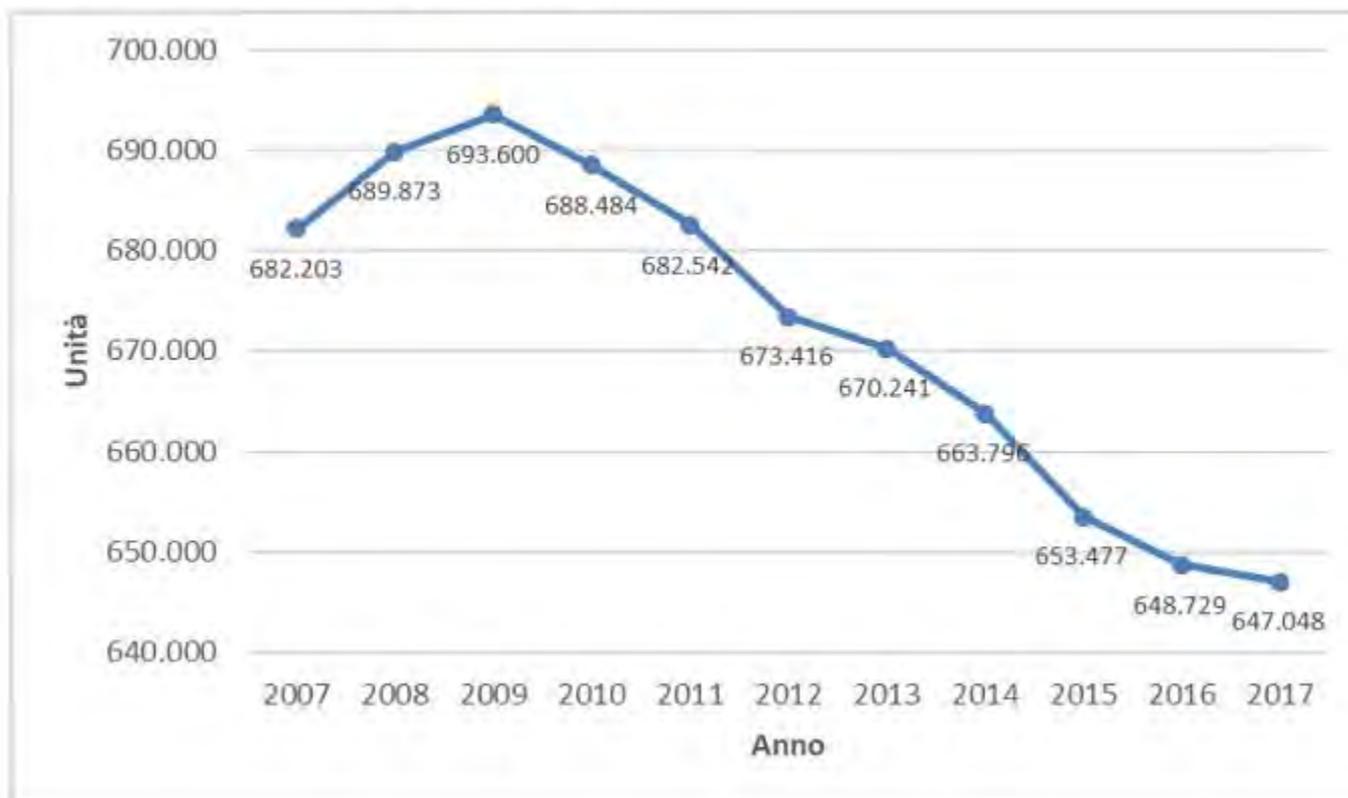
## Mortalità media 2015/2019: 645.600



Fonte: Eurostat. Base dati mortalità settimanale (aggiornata al 09/06/2021), il dato di marzo 2021 dell'UE è stato calcolato come media ponderata dei decessi dei paesi che hanno reso disponibile il loro dato e con i pesi relativi alla % delle popolazioni dei paesi EU27.

# Andamento occupazione nel SSN dal 2007 al 2017

Andamento dell'occupazione nel periodo 2007/2017



# Conto annuale dello Stato.

## Medici dipendenti del SSN (Medici, Veterinari, Odontoiatri) e Categoria Medici dal 2009 al 2019

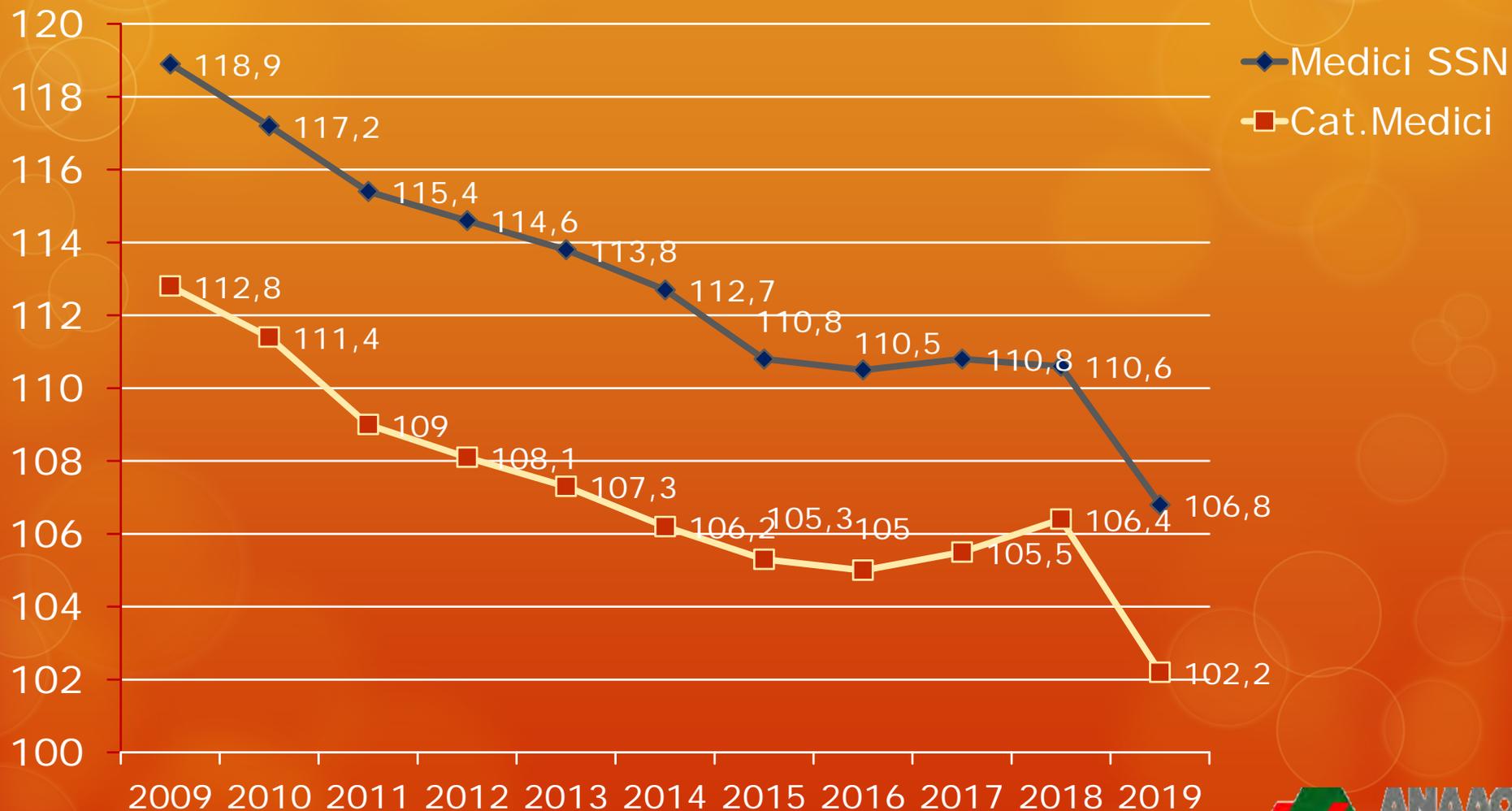
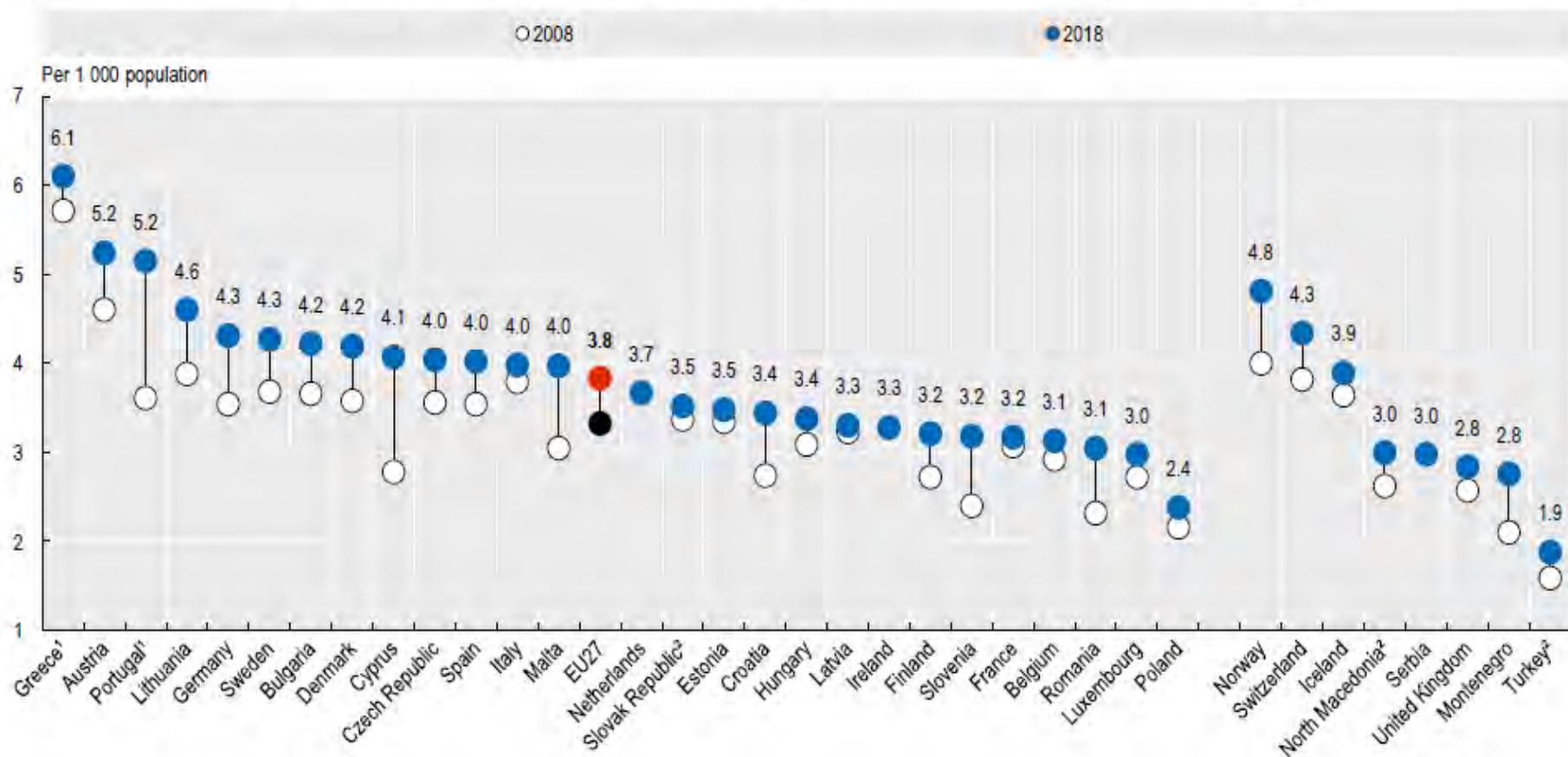


Figure 7.11. Practising doctors per 1 000 population, 2008 and 2018 (or nearest year)



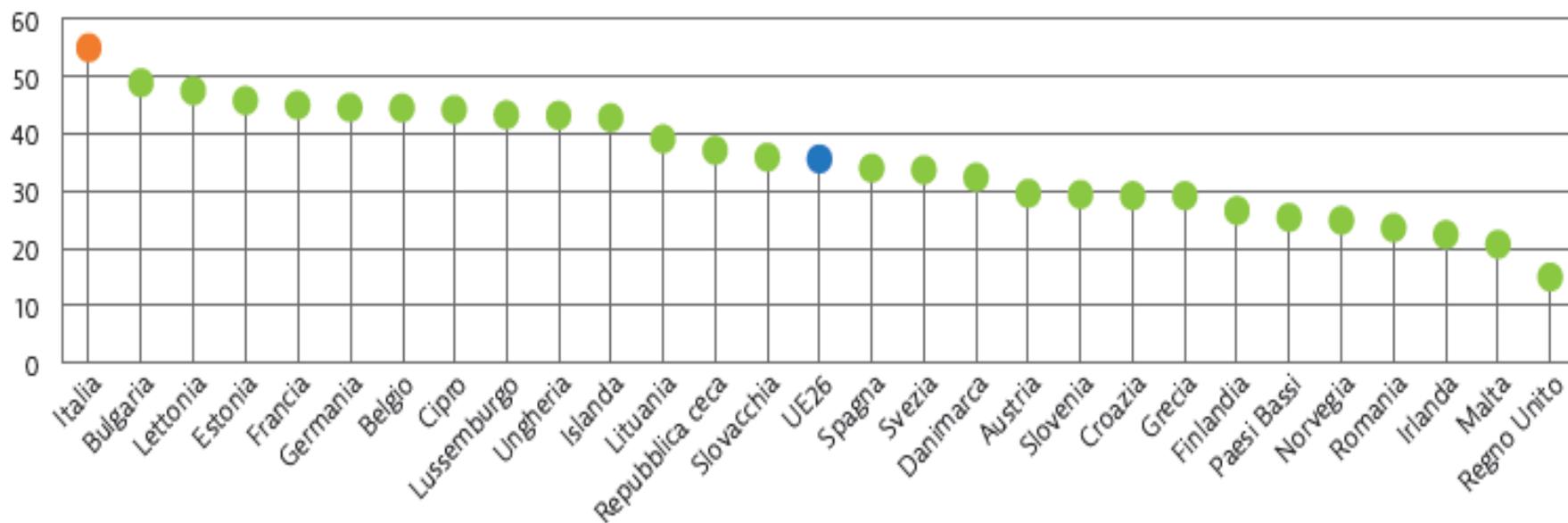
Note: The EU average is unweighted. 1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). 2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

StatLink <https://stat.link/kwphi>

# La maggioranza dei medici italiani andrà in pensione nei prossimi anni

% di medici di età pari e superiore a 55 anni

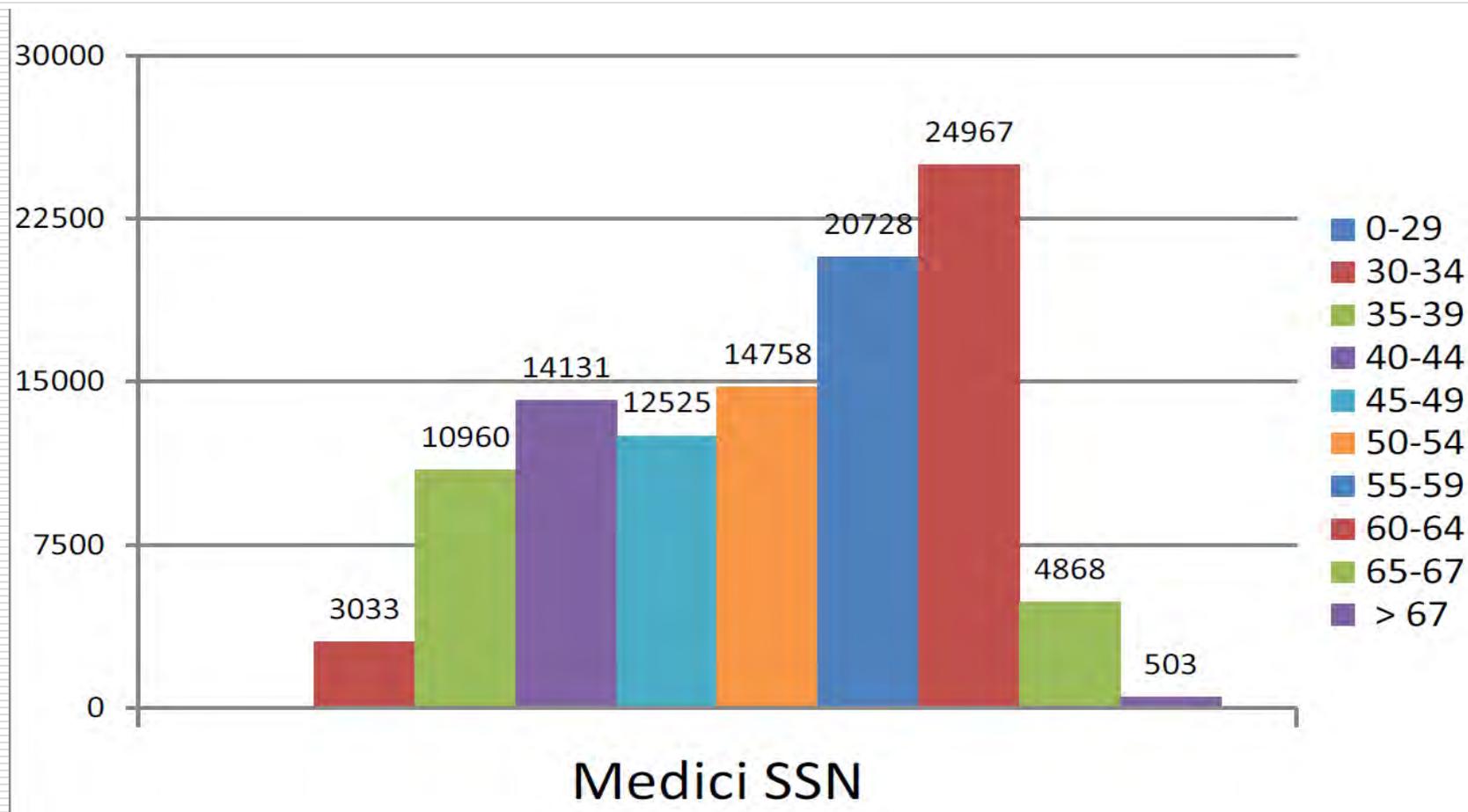


Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE e banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2017).

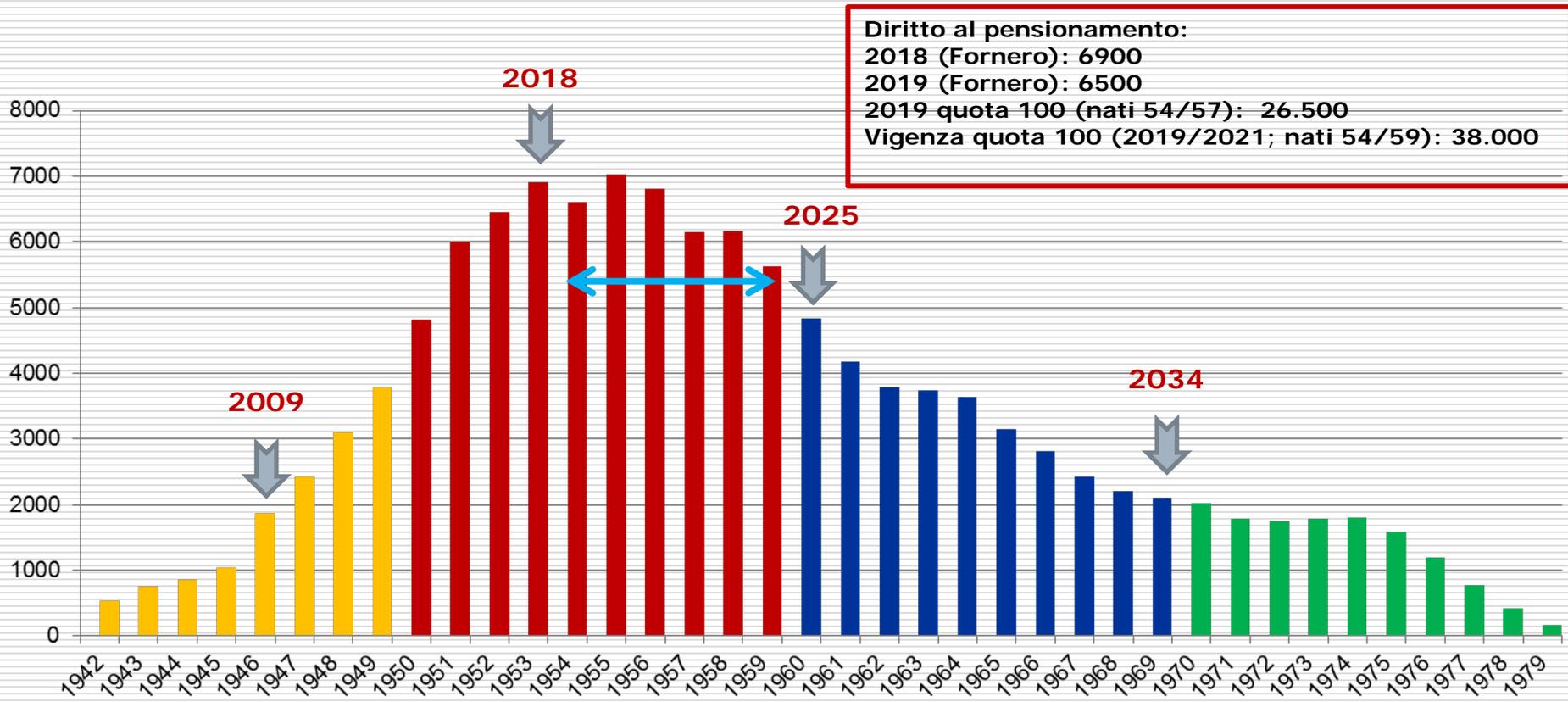
# Conto Annuale dello Stato 2018

## Medici SSN T.I.: 106.473

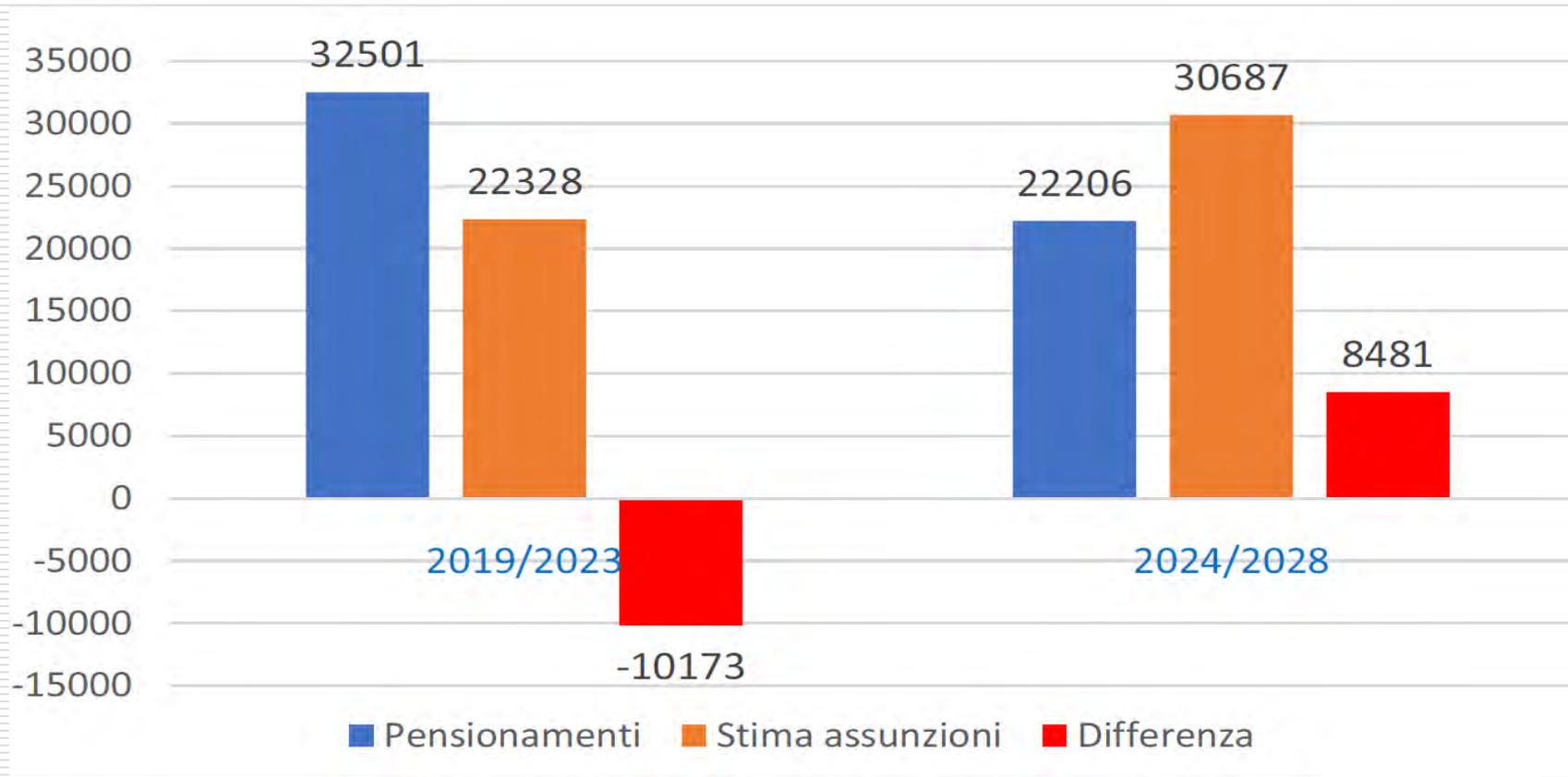
### Classi 55 e oltre: 51.066



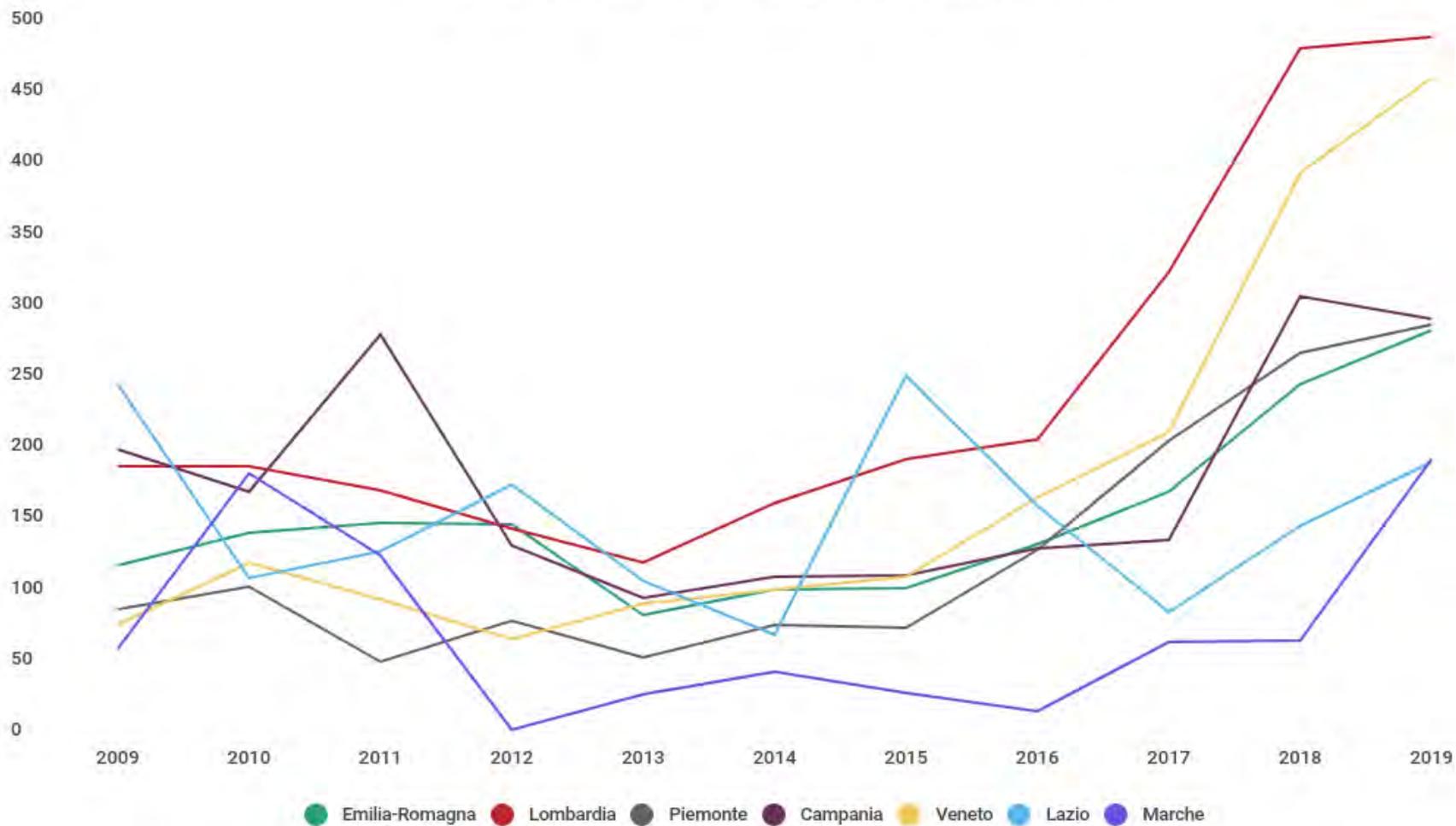
# Uscite per pensionamento negli anni 2009, 2018, 2025 e nel 2034 in base alla curva demografica dei medici dipendenti del SSN e coorti in uscita nel triennio 2019/2021 in base a quota 100



# Rapporto tra il numero di specialisti SSN cessati secondo l'ordinario criterio di età (65 anni) e i nuovi specialisti SSN (inclusi PLS) nei quinquenni 2019-2023 e 2024-2028.



## Cessazioni volontarie - dirigenti medici 2009-2019



# Perché i Medici specialisti non aspirano più a lavorare nel SSN?

---

- ❑ Remunerazioni basse: circa il 50% di quello che offrono i paesi dell'ovest europeo.
- ❑ Lavoro gravoso e rischioso:
  - ❑ Turni si servizio in netto incremento; weekend quasi tutti occupati da guardie e reperibilità; difficoltà nel godere delle ferie maturate; straordinari non retribuiti.
  - ❑ Profonde ripercussioni sulla qualità della vita familiare e sociale. In particolare, la presenza delle donne in sanità è in progressivo aumento e i turni disagiati previsti dal lavoro in ospedale non consentono di dedicarsi alla famiglia come vorrebbero;
  - ❑ Rischio di denunce ed aggressioni
  - ❑ Burnout in incremento, malattie stress correlate
- ❑ Lavoro nel privato meno stressante: si affronta una casistica di elezione e alta remunerazione in ambito chirurgico.
- ❑ Modifiche culturali e sociologiche: i neo laureati ambiscono a specializzazioni spendibili sul mercato privato (cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, chirurgia plastica....)
- ❑ Estero: valorizzazione delle capacità professionali e alti salari

# PNRR: Mission 6

---

- La missione prevede un finanziamento di 20,2 miliardi (PNRR 15,6 Mld; React-UE 1,71 Mld; Fondi complementari 2,9 Mld)

Si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

**TABELLA 1.**

Dettaglio delle misure e sottomisure d'investimento così come previste nella Componente 1 della Missione 6 - Salute

Misura	Sottomisura	Totale
<b>Misura di riforma:</b> reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale di salute, ambiente e clima		0 €
<b>Misura di investimento:</b> rafforzamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	<b>1.1:</b> <i>Case della Comunità e presa in carico della persona</i>	2.000.000.000 €
	<b>1.2:</b> <i>Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina</i>	4.000.000.000 €
	<b>1.3:</b> <i>Sviluppo delle cure intermedie</i>	1.000.000.000 €
<b>Totale</b>		<b>7.000.000.000 €</b>

**TABELLA 2.**

Dettaglio della sottomisura 1.2 "Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina"

Sottomisura	Totale	
<b>1.2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina</b>	<b>1.2.1:</b> <i>La casa come primo luogo di cura</i>	2.720.000.000 €
	<b>1.2.2:</b> <i>Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: La Centrale Operativa Territoriale</i>	280.000.000 €
	<b>1.2.3:</b> <i>Sviluppo delle cure intermedie a supporto dei pazienti con patologie croniche</i>	1.000.000.000 €
<b>Totale</b>	<b>4.000.000.000 €</b>	

FIGURA 8. Modello di Centrale operativa territoriale (COT)

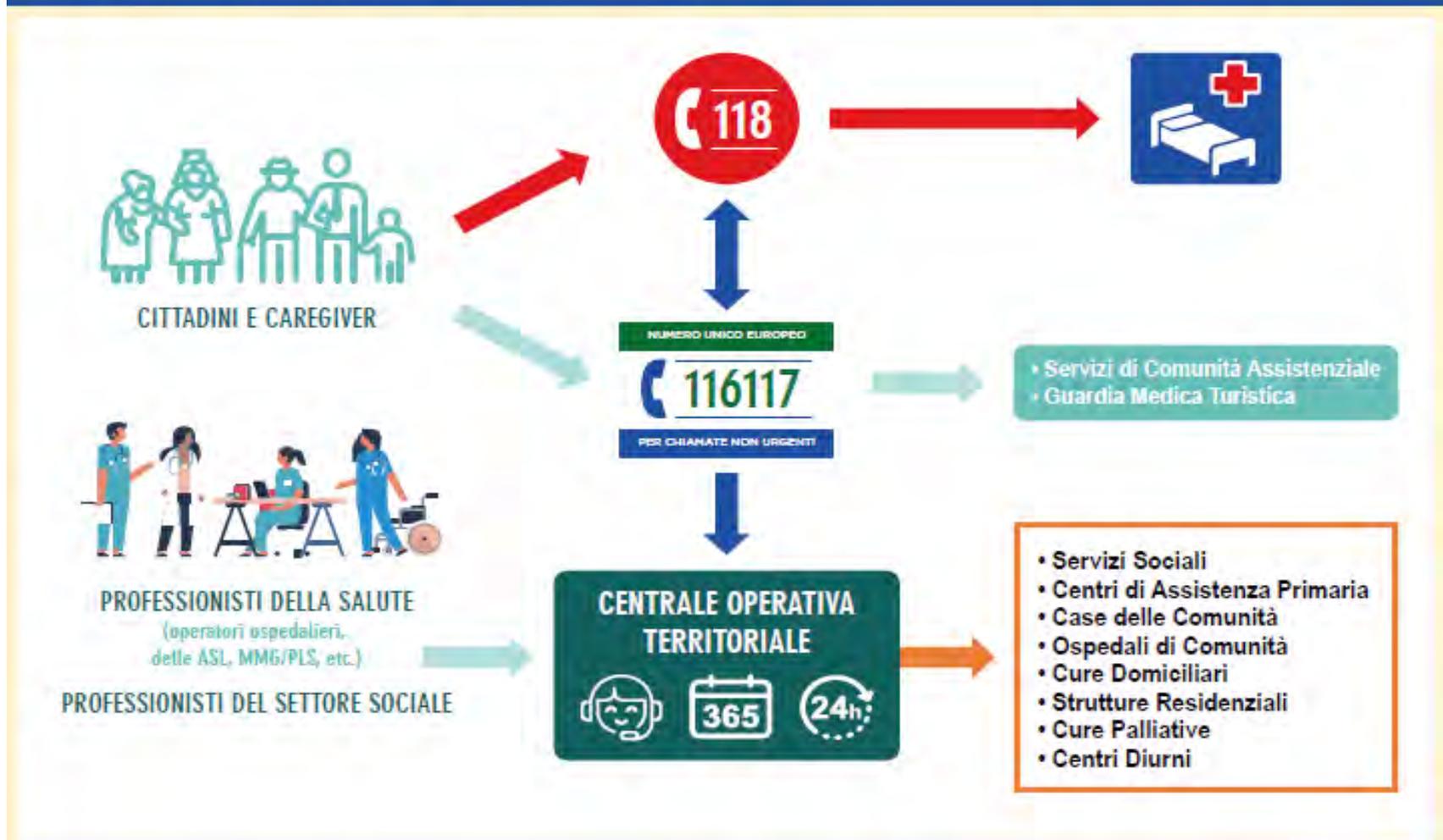
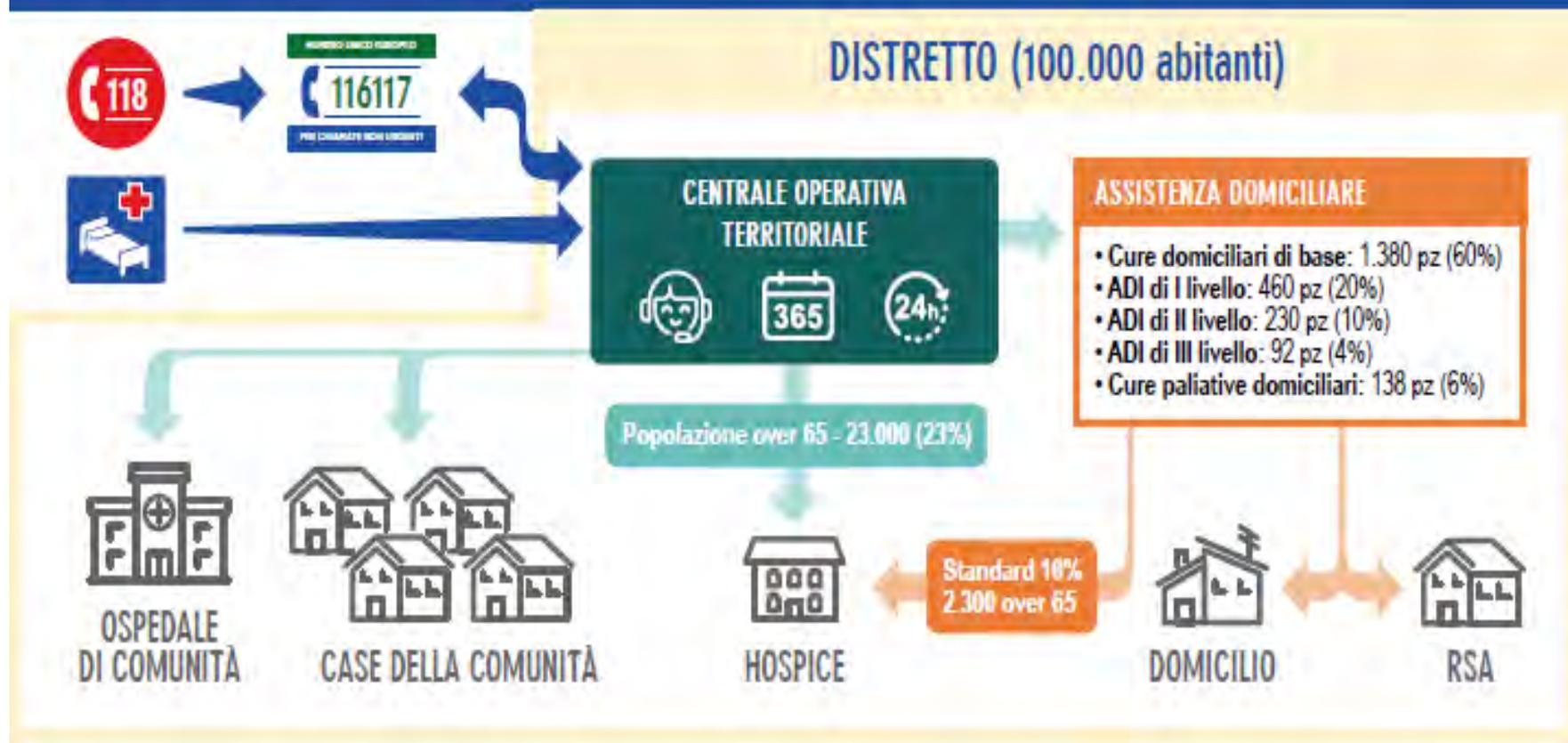


FIGURA 1.

Offerta dei servizi territoriali a seguito dell'implementazione delle misure di potenziamento previste dal Piano nazionale ripresa e resilienza considerando un distretto standard di 100.000 ab



# Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria

---

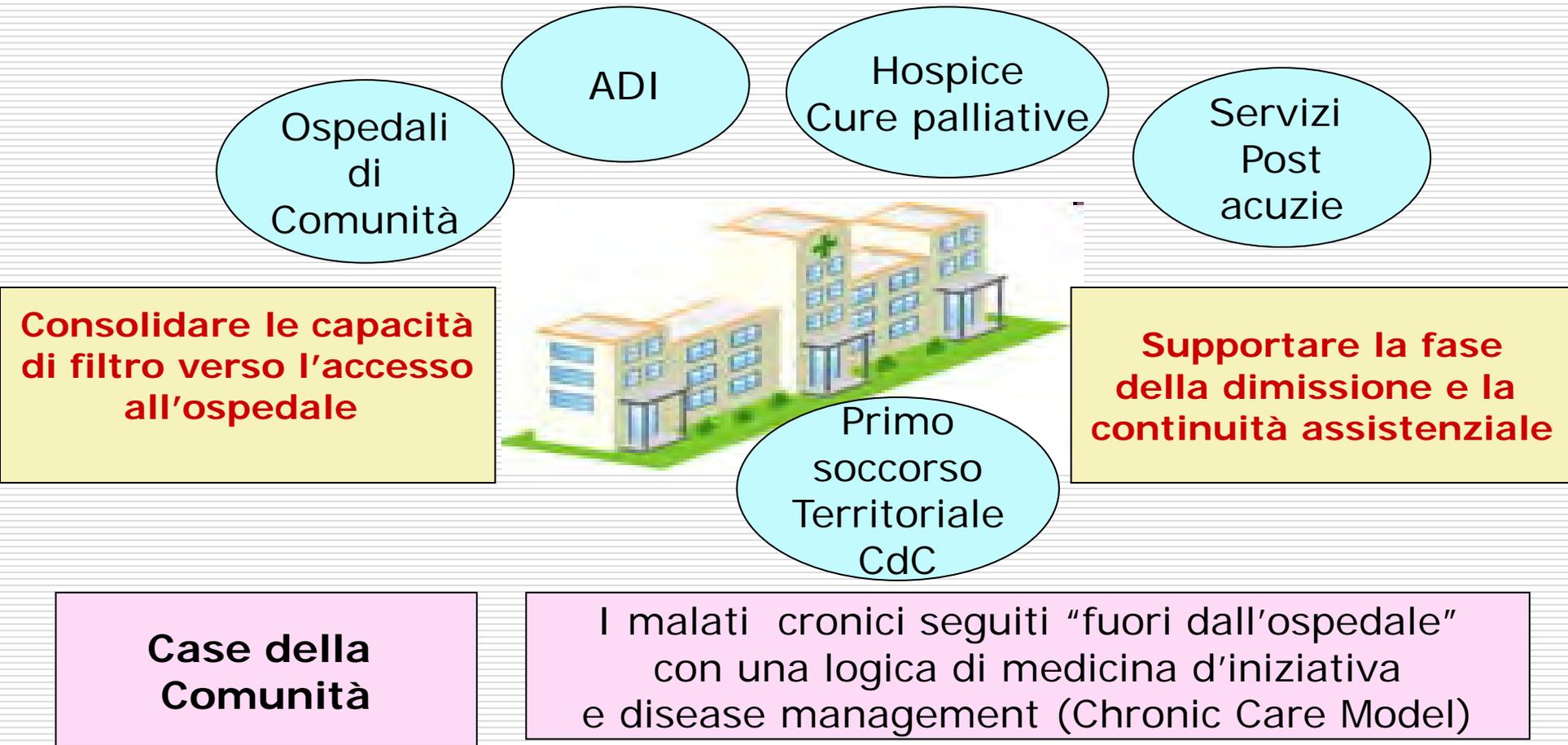
- Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (3,41 Mld)
  - Sostituzione apparecchiature sanitarie
  - Digitalizzazione DEA I e II livello
  - Rinnovamento posti letto Terapie intensive e sub-intensive
- Ospedale sicuro (5,60 Mld)
  - Adeguamento normativa antisismica
- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (2,81 Mld)
  - Fascicolo sanitario elettronico
  - Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria

# Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria

---

- Formazione ricerca scientifica e trasferimento tecnologico (1,71 Mld)
  - Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN e riforma degli IRCCS
  - Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

# La riconfigurazione dei rapporti tra Ospedale e Territorio

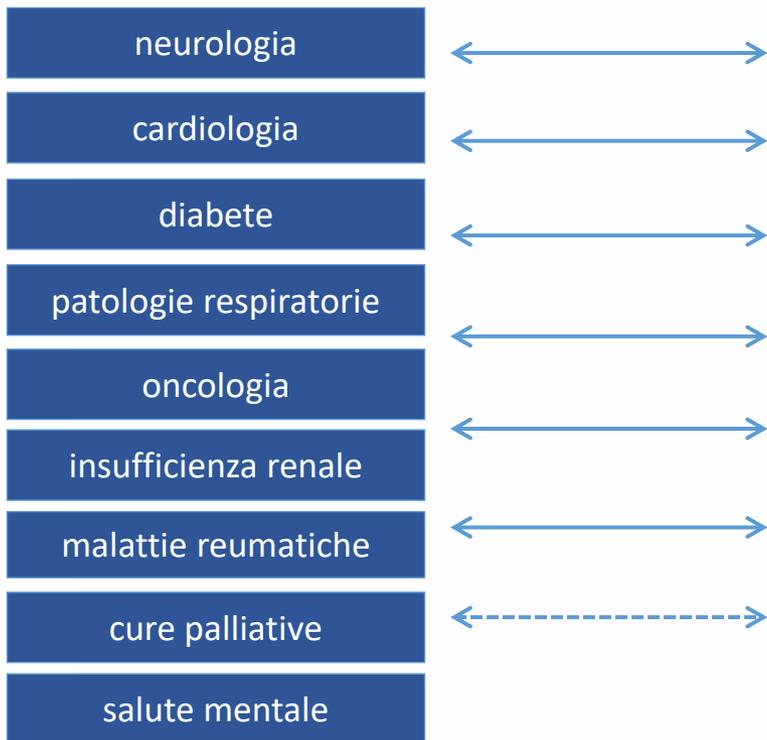




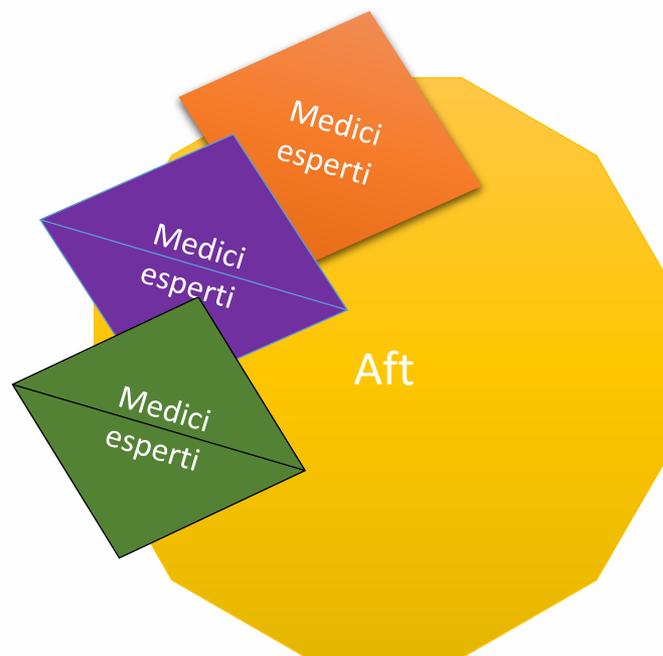
# Per ogni Zona Distretto Reti cliniche integrate e strutturate

## HOSPITAL

medici  
internisti/geriatri



## TERRITORIO





# Cosa manca nel PNRR

---

- ❑ Capacità di adeguamento rapido della risposta ospedaliera nei confronti di picchi di domanda derivanti da nuove emergenze epidemiologiche.
  - ❑ Progetti per minimizzare l'impatto che nuove ondate epidemiche o altri tipi di maxi emergenze potrebbero determinare sul trattamento delle patologie «ordinarie», sia acute che croniche.
  - ❑ Azioni specifiche per migliorare il profilo sanitario delle Regioni che non riescono a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, al fine di ridurre il fenomeno della migrazione sanitaria.
  - ❑ Attenzione al «capitale umano».
-

# Le richieste Anaao

---

- Una stagione di assunzioni che recuperi i tagli del passato, come ci chiede la UE, escluda il precariato non contrattualizzato e riduca l'eterogeneità nei rapporti di lavoro ospedaliero. La pandemia ha portato poco più di 1.000 medici con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, insufficienti financo a coprire il turnover prodotto dalla gobba demografica e dalla fuga dei medici ospedalieri verso lavori meno disagiati e più gratificanti. I dati del Conto Annuale dello Stato del 2019 mostrano che le uscite dal sistema ammontano a circa 8.000 medici, di cui circa 5.000 verso il pensionamento per vecchiaia e circa 3.000 per dimissioni anticipate.

# Le richieste Anaao

---

- Una riforma del sistema di reclutamento dei dirigenti medici e sanitari, con riduzione del numero delle prove concorsuali e certezza dei tempi in modo da affrontare l'elevato turnover che ci aspetta fino al 2024/2025. Una risposta concreta alla carenza di specialisti di cui soffre da anni il sistema è la possibilità di contrattualizzare gli specializzandi dell'ultimo biennio del corso e la loro assunzione nella rete ospedaliera.

# Le richieste Anaao

---

- Una riforma dello stato giuridico che accentui fortemente il carattere "speciale" della dirigenza del S.S.N., delineato dall'art.15 del D.lgs 229/99, rafforzandone la autonomia, sia nel profilo professionale che gestionale, e valorizzando la peculiarità della "funzione" svolta a tutela di un bene costituzionale.

# Le richieste Anaao

---

- Un riconoscimento ai medici di un **ruolo decisionale nella *governance*** delle aziende, ripensando l'attuale modello, un potere assoluto verticistico e monocratico su cose e persone, ormai giunto al capolinea senza migliorare la qualità del servizio e senza mettere in ordine i conti, introducendo forme di partecipazione a modelli organizzativi ed operativi che riprendano il tema del "governo clinico". La complessità del mondo sanitario non può, in sostanza, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendalista, usati anche con non celate forme di autoritarismo, escludendo dai processi decisionali le categorie professionali nella illusione di costruire maxi aziende con mini medici.

# Le richieste Anaao

---

- Rimedi all'impoverimento della categoria, causa principale della fuga dal SSN, attraverso l'aumento dei livelli retributivi, la detassazione del salario accessorio, già riconosciuto ai medici della sanità privata, per favorire il riassorbimento delle liste di attesa accumulate durante la pandemia, il riconoscimento economico del rischio contagio, elemento contrattuale già goduto dagli infermieri, la valorizzazione del lavoro notturno e festivo per premiare chi affronta con generosità e abnegazione il lavoro disagiato.

# Le richieste Anaao

---

- La riforma della formazione post laurea, divenuta terreno di coltura per il neocolonialismo delle Scuole di Medicina che mirano a occupare il mondo ospedaliero.

# Le richieste Anaao

---

- La assunzione del **Ccnl come strumento di innovazione** del sistema, di un progetto comune rifondativo dell'impianto unitario del SSN, di governo partecipato, elemento costitutivo del Pnrr, anche attraverso lo spostamento del tavolo contrattuale al Ministero della salute. Cominciando con risolvere la questione della composizione delle aree contrattuali che non necessitano di forzose modifiche antisindacali.

# Le richieste Anaao

---

- Il completamento della L. 24/2017 sulla **responsabilità professionale** con il passaggio ad un sistema *“no fault”* sul modello europeo, superando la eccezionalità dello *“scudo Covid”*.

# Le richieste Anaao

---

- Un nuovo assetto istituzionale, politico ed organizzativo per la **prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico**, in linea con l'approccio "*One-Health*".

# Grazie per l'attenzione

---



errep49