

# d!rigenza medica

- 4 **Libera professione intramoenia**  
Analisi dei dati sulla libera professione intramoenia
- 12 **Anaao Giovani**  
Medici in fuga dalle scuole di specializzazione
- 15 **Dirigenza sanitaria**  
Uno dei mille modi per affondare il sistema sanitario nazionale

Il mensile dell'Anaao Assomed



Il documento finale della  
Direzione Nazionale Anaao Assomed

# Il nostro

# impegno

# per rilanciare il Ssn e il suo capitale umano

Presentate le relazioni  
delle Commissioni  
Emergenza-Urgenza  
e Ssn-Università



## Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza  
medica**

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

Sede di Milano:  
via D. Scarlatti, 27

[dirigenza.medica@anaao.it](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

**Direttore**  
Pierino Di Silverio

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

**Comitato di redazione:**

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

**Coordinamento redazionale**  
Cesare Fassari

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

**Editore**  
SICS S.r.l.  
Società Italiana di Comunicazione  
Scientifica e Sanitaria

Sede legale:  
Via Giacomo Peroni, 400  
00131 Roma

Sede operativa:  
Via della Stelletta, 23  
00186 Roma  
email: [info@sicseditore.it](mailto:info@sicseditore.it)

**Stampa**  
STRpress, Pomezia (Rm)

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

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

Finito di stampare  
nel mese di aprile 2023



# Il nostro *impegno* per rilanciare il Ssn e il suo capitale umano

La Direzione Nazionale dell'Anaa Assomed, riunita a Genova il 17 marzo 2023, ha preso atto della drammaticità dell'attuale situazione della sanità pubblica, espressa nella relazione politica del Segretario Nazionale, nei lavori delle Commissioni Emergenza-urgenza e SSN-Università e nei successivi interventi nel dibattito

La Direzione Nazionale esprime apprezzamento per il lavoro delle Commissioni, ritenendo che la crisi del sistema di emergenza-urgenza, stretto tra fughe di medici, mancata assegnazione dei contratti di formazione specialistica, condizioni di lavoro proibitive, aggressioni a getto continuo al personale sanitario richieda interventi legislativi e contrattuali non più procrastinabili. L'escalation di aggressioni non si fermerà facendo presidiare i PS dalle forze dell'ordine, senza prevedere la procedibilità di ufficio per tutti i casi e pene severe per l'interruzione di pubblico servizio e l'aggressione a pubblico ufficiale. Mentre va contrastata in ogni modo l'invasione dell'Università nel mondo ospedaliero, attraverso procedure di clinicizzazione che usano il monopolio della formazione medica come grimaldello per superare le mura ed

il concetto della Azienda Ospedaliera Universitaria. In questo modo, si configura un sistema che l'Università di fatto governa, lasciando al SSN solo gli obblighi connessi al finanziamento, con la complicità di protocolli di intesa con le Regioni che subordinano le necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, considerando l'Ospedale un'immensa riserva in cui collocare, senza selezione e a costo zero, i docenti che stanno stretti nell'alveo universitario.

La Direzione Nazionale esprime consapevolezza del processo di consumazione senza precedenti che vive la sanità pubblica e stigmatizza le soluzioni demagogiche proposte, come l'abolizione della libera professione intramoenia per le liste di attesa o del numero chiuso alla Facoltà di medicina

per la drammatica carenza di specialisti.

Il ridimensionamento dell'intervento pubblico, il ritorno dell'autonomia differenziata, la carenza strutturale di medici specialisti e il peggioramento delle loro condizioni di lavoro, la diffusione dei medici a gettone, la lunghezza delle liste di attesa, nella quale si misura la negazione di un diritto costituzionale, mettono a rischio l'universalità delle cure e la tenuta di un SSN ormai obsoleto, che necessita di un profondo cambio di paradigma. Accelerando il percorso verso una sanità duale, l'una ricca, privata e legata alle Assicurazioni, per i ricchi, l'altra pubblica e residuale per il resto della popolazione, oltre che povera per chi lavora al suo interno.

Lo stato dell'arte oggi è un ministero

Direzione  
Nazionale  
Anaa Assomed

DOCUMENTO  
FINALE



# Il nostro impegno

della Salute senza potere economico, che viene gestito dal Mef che, quindi, risulta essere il vero Ministero della Salute con cui le Regioni devono confrontarsi. In questa situazione, le Regioni più ricche e politicamente più forti cercano, con incentivi e leggi regionali, di aumentare il divario nell'offerta di cure, incrementando la mobilità dei pazienti verso i loro ospedali, avvicinandosi sempre più a quella autonomia differenziata che l'Anaa Assomed contrasta fin dalla nascita. La Sanità non può essere compresa tra le 23 materie oggetto di devoluzione, perchè il fondamentale diritto alla salute non può sbriciolarsi nelle autonomie regionali, come vorrebbe il ddl Calderoli.

**Serve una riflessione** sui rapporti ospedale – territorio, sui modelli finora attuati e sulle “professionalità” più adeguate a “gestire i percorsi assistenziali”. Anche perchè i 7,5 miliardi del PNRR non sono sufficienti per gli investimenti sul personale necessario per il funzionamento delle case della salute e degli ospedali di comunità, che rimarranno, in gran parte, cattedrali nel deserto. Incapaci di assicurare la presa in carico del paziente in una ottica di

continuità assistenziale, dalla casa all'ospedale, e di rimediare al fallimento del DM70, che ha trasferito risorse, ma non funzioni, da ospedali a territorio, scaricandone le spese sui cittadini (meno posti letto, più liste di attesa, strutture spesso fatiscenti) e sui medici, in preda ad un diffuso burn-out.

**Il CCNL, che molti aspettano** come speranza per un futuro migliore, non può essere la panacea per tutti i mali, né la pozione magica di eterna giovinezza per un SSN ormai vecchio, che necessita per sopravvivere di un profondo e radicale cambiamento. In un contesto fortemente mutato, il CCNL è strumento insufficiente a proteggere il potere di acquisto, perchè in ritardo e sottofinanziato, ma necessario per migliorare le condizioni di lavoro, i modelli organizzativi, le relazioni sindacali, le forme retributive. Aspettando la legge di bilancio 2024, cui toccherà assicurare il finanziamento del CCNL 2022-2024 che rappresenterà la vera cartina di tornasole delle intenzioni del Governo e del Ministro sulla valorizzazione del capitale umano, il mantra che da tempo vanno ripetendo.

In questo momento storico è necessario riconquistare uno spazio politico, anche modificando con idee coraggiose il nostro modo di fare sindacato, per non lasciare il progetto del futuro della nostra salute a liquidatori fallimentari e governare i processi di cambiamento in atto per esserne protagonisti e non subirli. Perciò il nostro messag-

gio deve essere veicolato anche da altri stakeholders, quali le associazioni dei malati e dei cittadini, per dare efficacia e continuità alle iniziative, non solo mediatiche ma anche politiche. Medici e cittadini insieme perderanno se insieme non saranno in grado di salvare un intero sistema sociale e civile. Servono strategie di larghe intese con il maggior numero possibile di forze sindacali, sociali e professionali che condividono i nostri obiettivi. Come la Fnomceo, dove dobbiamo recuperare un peso e un ruolo maggiore, a partire dagli ordini provinciali.

La Direzione Nazionale riconferma l'impegno dell'Associazione in difesa del servizio sanitario pubblico e nazionale, del ruolo dei medici e dei dirigenti sanitari al suo interno, del valore del suo capitale umano e del lavoro, che è elemento fondante del diritto a curare a del diritto alla cura, e la volontà di partecipare e promuovere vertenze in nome di questi principi.

Per farlo serve un grande apporto da parte di tutti, dai segretari Regionali a quelli aziendali fino a ognuno degli iscritti. Niente oggi può darci la sicurezza di essere ascoltati mentre chiediamo di modificare un sistema che corre verso la privatizzazione, in un regionalismo asimmetrico che mette a rischio i diritti elementari e costituzionali dei cittadini, affidandoli alla carta di credito e al luogo di residenza. Ma abbiamo l'obbligo di provarci, per evitare di essere spettatori conniventi del declino inesorabile del SSN, il presidio insostituibile di unità del Paese, secondo il Presidente della Repubblica.

La Direzione Nazionale Anaa Assomed impegna, infine, gli organismi dirigenti a perseguire questi obiettivi mettendo in campo idee e azioni progettuali per portare la sanità pubblica fuori dall'attacco che sta subendo. Siamo una grande associazione, forte di 25.000 iscritti. Le idee camminano sulle gambe degli uomini e delle donne. Ce la possiamo fare.

“Restiamo  
in contratto”

# Le relazioni sindacali: cosa sono e a cosa servono

## Cosa sono le relazioni sindacali?

Quello delle relazioni sindacali è solo in apparenza un argomento di scarsa rilevanza perché, pur non impattando direttamente sull'organizzazione del nostro lavoro, delinea il perimetro dei rapporti tra datore di lavoro e lavoratori rappresentati dai sindacati, determinando modi e tempi in cui le due parti si confrontano e definiscono l'organizzazione del lavoro in materie inerenti la salute del lavoratore, la sicurezza e le condizioni di lavoro

## Domande&risposte per saperne di più

### Quali sono i 3 livelli delle relazioni sindacali?

- 1) informazione
- 2) confronto aziendale e regionale
- 3) contrattazione.

1 È il livello in base al quale l'azienda **informa** i lavoratori. Dal momento che però questo step non sempre viene rispettato, nel corso della trattativa sono state chieste dall'Anaaò due ulteriori garanzie:

- l'informazione sia preventiva, l'azienda 5 giorni prima di prendere una decisione deve inviare l'informazione ai sindacati in modo da permettere loro di analizzare i documenti e di esprimere le loro osservazioni;
- deve essere comunque in forma scritta.

L'Anaaò ha inoltre chiesto di ampliare gli argomenti oggetto di informativa, come per esempio inserendo l'andamento occupazionale delle aziende.

2 Il livello superiore delle relazioni sindacali è il **confronto aziendale** che prevede un incontro che si conclude con un verbale condiviso. Temi del confronto aziendale sono tra gli altri l'orario di lavoro, la mobilità fra sedi, i criteri generali di graduazione delle posizioni dirigenziali e di conferimento degli incarichi dirigenziali. L'Anaaò ha chiesto che rientri nel confronto anche l'organizzazione del lavoro che prima era materia dell'organismo paritetico. Step ulteriore è il **confronto regionale**, livello particolarmente importante che l'Anaaò ha cercato di arricchire per tutelare i segretari azien-

dali, affinché le aziende siano in qualche modo obbligate a recepire gli accordi siglati a un livello superiore. Il confronto regionale prevede l'emanazione di linee generali di indirizzo in materia, per esempio, di prestazioni aggiuntive, di libera professione, di valutazione dei dirigenti. A queste tematiche abbiamo cercato di aggiungere l'esonero dei colleghi over 62 dalle guardie, la riorganizzazione collegata ai fondi PNRR ecc. Infine, la richiesta è che debba (e non possa, com'è attualmente) essere aperto entro 90 giorni dalla firma del contratto collettivo.

3 L'ultimo livello è quello della **contrattazione** che prevede il recepimento del contratto collettivo nazionale a livello aziendale con la firma delle parti. In fase di trattativa chiediamo tempistiche certe affinché la contrattazione venga avviata entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento.

### Qual è l'elemento più innovativo e determinante che stiamo cercando di inserire nelle relazioni sindacali?

La novità più importante è la richiesta che nella contrattazione aziendale sia considerato il reale peso delle rappresentanze sindacali: per firmare un accordo, quindi, chiediamo sia necessario il 51% della rappresentatività. Questo è un principio di democrazia applicato al contratto collettivo nazionale e che invece fino ad ora non vale per il contratto aziendale. Di conseguenza alcuni accordi a livello aziendale possono essere firmati anche da sigle mi-

noritarie, in assenza di condivisione con le altre sigle sindacali e magari in accordo più con le aziende che con i colleghi. Questa è una battaglia epocale per la categoria non solo per riacquisire un ruolo proprio del sindacato sancito dallo Statuto dei Lavoratori, ma anche per riaffermare un principio di rappresentatività a livello periferico.

### Che cos'è l'Organismo Paritetico? Se ha fallito, in cosa ha fallito?

L'organismo paritetico è una novità dell'ultimo contratto, quello attualmente in vigore, ed è costituito da rappresentanti sindacali che si devono rapportare nei confronti dell'azienda su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo, rischio clinico.

Questo strumento ha fallito per diversi motivi. In alcune aziende non è mai stato istituito e laddove è stato istituito spesso non è stato convocato, negando quindi l'esercizio delle sue prerogative. Inoltre nell'organismo paritetico i sindacati vengono rappresentati secondo il principio 'uno vale uno', riproponendo la tematica della rappresentatività democratica e la difficoltà di quei sindacati che, pur rappresentando un maggior numero di lavoratori, non riescono in qualche modo a difendere i propri iscritti adeguatamente in questo organismo. Per queste ragioni abbiamo trasferito all'interno del confronto alcune materie che ritenevamo importanti, in particolare l'organizzazione del lavoro. Infine abbiamo chiesto che laddove l'organismo paritetico non venga istituito entro 30 giorni, le materie dell'organismo siano oggetto di confronto.

Inquadra  
il QR CODE  
per vedere  
il video



# Analisi dei dati sulla libera professione intramoenia

**I dati sulla libera professione intramoenia (LPI) dei medici dipendenti del SSN, recentemente pubblicati (Relazione del Ministero della Salute al Parlamento, 2022) e riferiti agli anni 2019, 2020 e 2021, hanno il grande merito di fare piazza pulita delle tante leggende metropolitane messe artatamente in giro al solo scopo di impedire a medici dotati di elevate conoscenze professionali e sofisticate capacità tecniche di stare su un mercato, quello della spesa “out of pocket” in campo sanitario, che evidentemente qualcuno vuole riservare solo al privato, “puro” o “sociale” esso sia, ovvero all’intermediazione assicurativa**

**L’analisi della serie** storica dei ricavi complessivi della LPI conferma sostanzialmente il trend in diminuzione a decorrere dal 2010. I ricavi passano da 1,264 miliardi di € del 2010 a 1,152 miliardi del 2019, crollano nel 2020 a 816 milioni, per risalire a 1,087 miliardi nel 2021, corrispondenti ad una spesa pro-capite, calcolata sulla popolazione residente, di 21 €/anno per il 2010 e di 18,4 nel 2021. Qualcuno dovrebbe spiegare su quali dati poggia l’assunto secondo cui il prolungamento dei tempi di attesa, che attualmente si misurano in anni, favorisca l’incremento dell’attività libero professionale intramoenia, assunto contraddetto anche dal trend in discesa del numero di medici che la esercitano, arrivato nel 2021 al 38,6% del totale.

È evidente come la crisi economica che ha attanagliato dal 2009 al 2017 il nostro Paese e la crisi pandemica abbiano progressivamente eroso il mercato della LPI. Solo nel 2019 si è avuta una lieve ripresa dell’attività LPI (+ 3% rispetto al 2018), poi crollata del 28% nel 2020 con gli ospedali impegnati a combattere la Covid-19. Anche la gestione approssimativa del settore da parte delle aziende sanitarie con incrementi ingiustificati dei costi sostenuti, gli oneri aggiuntivi previsti dalla Legge Balduzzi, la tassazione Irpef elevata, l’Irap scaricata sul cittadino alla fine rappresentano un mix che ha portato fuori mercato la LPI rendendola non competitiva rispetto all’offerta del privato orientata sempre di più verso il *low cost*.

Eppure stiamo parlando di un settore che in tutta evidenza rappresenta un valore aggiunto per le aziende sanitarie. Queste, infatti, traggono dalla LPI una apprezzabile fonte di finanziamento in un’epoca di vacche magre. La

**CARLO PALERMO**  
Presidente Nazionale Anaao Assomed

**COSTANTINO TROISE**  
Responsabile Centro Studi Nazionale Anaao Assomed

**Ricavi complessivi della LPI**

2010  
**1,264mld**

2019  
**1,152mld**

2020  
**816mln**

2021  
**1,087mld**

quota incassata dalle aziende è passata da 164 milioni di € nel 2010 a 235 milioni nel 2021 (+ 43%). Sulla quota rimanente, 852 milioni di €, versata dalle aziende ai professionisti con ritardi che spesso superano i 6 mesi, lo Stato incassa per la tassazione Irpef circa 366 milioni di € e altri 50 milioni sono devoluti a progetti di riduzione delle liste di attesa. In sintesi, questo canale di entrate alimenta i flussi di cassa aziendali con denaro fresco, contribuisce all’ammortamento degli investimenti effettuati attraverso un maggiore utilizzo delle strutture e delle tecnologie, anche con orari prolungati serali, determina possibili utili aziendali e rappresenta una attività a imposizione fiscale certa. Ci si aspetterebbe una agevolazione della LPI attraverso processi di sburocraizzazione, di riduzione dei costi generali e vantaggi fiscali come la *flat tax* concessa ai privati. Così non è, e così non sarà. E molti medici ospedalieri oggi incominciano a preferire il rapporto di lavoro non esclusivo per la ridotta imposizione fiscale sui proventi annuali fino a 85.000 € (15% invece del 43% di chi lavora in esclusiva per il SSN), che arriva a compensare ampiamente la rinuncia all’indennità di esclusività.

Quanto alla *vexata questio* del presunto rapporto negativo tra LPI e liste di attesa, i ricoveri in regime di libera professione sono stati nel 2020 circa 16.600 a fronte di 6.104.000 in regime ordinario o di day hospital e, nel 2021, 13.908 verso i 4.863.817 istituzionali. Pertanto, in libera professione è stato effettuato meno dello 0,30% di tutti i ricoveri in strutture pubbliche nel periodo 2020-2021. Per quante elucubrazioni uno possa fare, non si capisce come un numero così piccolo possa in-

fluenzare le importanti attese presenti attualmente nel nostro sistema sanitario, per esempio in tutta la chirurgia di bassa complessità o per l’impianto di protesi in campo ortopedico. Se passiamo, poi, all’analisi dei DRG più richiesti in regime di LPI nel 2020, ai primi posti troviamo il parto cesareo (1.656 ricoveri in LPI) e il parto per via vaginale (1.199 ricoveri in LPI) e ancora una volta riesco arduo comprendere come si possano determinare attese con queste particolari prestazioni. L’unica attesa percepibile in tali contesti è quella dei genitori, fratellini e nonni per il nascituro. Sul versante delle attività ambulatoriali, il rapporto tra regime libero professionale e istituzionale è del 7,3 % con oltre 57 milioni di prestazioni in regime istituzionale a fronte di circa 4,2 milioni in libera professione per le 34 tipologie oggetto di monitoraggio, tra visite e indagini diagnostiche. La visita LPI più richiesta è quella cardiologica con 541.820 prestazioni. Seguono la visita ginecologica (463.667), la visita ortopedica (397.709) e quella oculistica (300.916). Se consideriamo il rapporto attività istituzionale/Alpi per le singole visite o prestazioni diagnostiche in vetta troviamo l’ecografia ginecologica (40%) e la visita ginecologica (30%) e anche in questo caso è la scelta della donna per un professionista di fiducia che porta a preferire il regime libero professionale con percentuali superiori alla media. Il rilevante taglio delle risorse destinate al finanziamento del SSN dal 2009 al 2019, oltre 30 miliardi secondo le Regioni, sostanzialmente confermati dalla Corte dei Conti e il taglio del personale (- 6.000 medici e - 50.000 infermieri dal 2009 al 2019, senza contare gravidanze e malattie di lunga durata non sostituite, non degradano l’organizzazione dei servizi e non prolungano le liste d’attesa? E quale ruolo gioca la falciatura dei posti letto (- 85.000 negli ultimi 20 anni)?

La non corrispondenza tra bisogni crescenti dei cittadini e flussi finanziari centrali (nel 2025 si delinea un risicato e temutissimo anche dalle Regioni



© Aldo Giovannini e Giacomo Ufficiale, Mai Dire Gol - Tafazzani e il braccio rotto, su YouTube, 8 aprile 2014

6% nel rapporto Finanziamento SSN/PIL) si traduce nelle singole aziende sanitarie in fatti molto concreti che tutti incidono sull'offerta delle prestazioni sanitarie: blocco del turn over, limitazioni degli acquisti di beni e servizi (farmaci, protesi, device, kit diagnostici, kit chirurgici...), obsolescenza delle tecnologie mediche, degrado delle strutture, ridotti investimenti in formazione del personale. Nessuno ha mai sentito parlare di taglio delle sedute operatorie a fine anno per mantenere in equilibrio i bilanci aziendali riducendo le spese? Quanto pesa tutto ciò sui tempi d'attesa? Meno della libera professione?

Ovviamente, solo per carità di patria, trascuriamo l'enorme impatto avuto dalla pandemia sugli accessi in ospedale e sull'erogazione di prestazioni diagnostiche agli utenti esterni in regime istituzionale. L'argomentare diventerebbe troppo facile considerando le poderose trasformazioni organizzative, con sequestro delle sale operatorie e del personale destinato alle prestazioni ambulatoriali, adottate negli ospedali per far fronte alle necessità di cure intensive e sub-intensive dei pazienti affetti da Covid-19.

Il SSN offre i servizi, la singola prestazione chirurgica o diagnostica, ma non può sempre garantire quale medico la eseguirà, per ovvi motivi organizzativi, resi ancora più critici dal sistematico de-finanziamento del SSN che ha caratterizzato il decennio 2009/2019 e dalla epidemia da Sars-CoV-2. La libe-

ra professione permette questa scelta, e sono le donne che in particolare accedono a questo canale, in una cornice di leggi, contratti, regolamenti e sentenze della Corte costituzionale (sentenza n. 371 del 2008) che fanno dell'istituto il più "normato" all'interno della pubblica amministrazione e non possono essere stracciate con una semplice "intesa" Stato/Regione, come è stato fatto con il "Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019/2021". Senza nemmeno preoccuparsi di riportare l'eventuale prolungamento dei tempi istituzionali massimi alla dotazione organica e alle condizioni organizzative in essere, riferendosi in modo assolutamente aspecifico e volutamente ambiguo ai soli volumi di attività.

I dati illustrati dimostrano ancora una volta come l'attività istituzionale sia ampiamente prevalente su quella libero-professionale con rapporti lontani anni luce dai limiti massimi (LPI = 100% dei volumi prestazionali istituzionali di équipe) indicati dalle leggi e dai contratti. Un dato che recenti isolate eccezioni, su un numero di circa 250 aziende sanitarie, non sono sufficienti a smentire. La LPI, piuttosto, contribuisce a contenere il fenomeno delle liste d'attesa permettendo l'accesso a un canale sostenuto dal lavoro aggiuntivo dei professionisti, spesso a costi calmierati e a imposizione fiscale certa. Non solo, la LPI rappresenta per le aziende sanitarie una delle possibilità per acquisire con il proprio personale prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali, anche in regime di ricovero, intercettan-

“

Occorre battere una politica "tafazziana" in cui a vincere sarà solo chi sta fuori dal sistema pubblico, che già oggi raccoglie un fiume di denaro.

In fondo al tunnel c'è solo il buio di un SSN povero per i poveri, per il quale molti stanno lavorando.

I ricchi potranno sempre rivolgersi a una sanità privata ricca di risorse e professionalità.

Quelle fuggite dal sistema pubblico

Taglio del personale dal 2009 al 2019

Medici  
- 6.000

Infermieri  
- 50.000

Visite LPI più richieste

Cardiologica  
541.820

Ginecologica  
463.667

Ortopedica  
397.709

Oculistica  
300.916

do e introitando denaro che altrimenti andrebbe ad alimentare il settore privato e offrendo agli utenti la possibilità di accedere a prestazioni diagnostiche e terapeutiche sicure e di qualità, poiché garantite dal SSN. La percezione dei cittadini che attendono mesi, se non anni, per accedere ad una prestazione sanitaria, in diverse realtà del nostro Paese, di un diritto negato rende necessario lavorare per rimuovere i fattori determinanti le attese e non per spingere per l'abolizione della LPI. Rimaniamo convinti che i determinanti maggiori dei tempi d'attesa vadano ricercati nel pesante sotto finanziamento del SSN, nella carenza di organici che produce, nei ritardi del sistema di organizzazione ed erogazione delle prestazioni in regime istituzionale nonché nei cambiamenti demografici, epidemiologici e sociologici dei nostri tempi che spingono la domanda di prestazioni sanitarie.

Infine una proposta: utilizzare quanto Stato e Regioni incassano ogni anno dalla LPI, circa 600 milioni di €, e quanto statuito dai recenti provvedimenti legislativi, per finanziare un ampio e duraturo programma di riduzione delle attese attraverso un incremento delle assunzioni e dell'utilizzo orario degli ambulatori specialistici, delle attrezzature tecnologiche e delle sale operatorie. Lo strumento contrattuale è quello della libera professione in favore dell'azienda. La defiscalizzazione della remunerazione dei professionisti, come già fatto per il settore privato e per parte di quello pubblico, incentiverebbe questa forma di produttività aggiuntiva portando, oltre che alla riduzione dei tempi di attesa, a un recupero della fuga di pazienti e di risorse economiche verso il privato. Occorre battere una politica "tafazziana" in cui a vincere sarà solo chi sta fuori dal sistema pubblico, che già oggi raccoglie un fiume di denaro. In fondo al tunnel c'è solo il buio di un SSN povero per i poveri, per il quale molti stanno lavorando. I ricchi potranno sempre rivolgersi a una sanità privata ricca di risorse e professionalità. Quelle fuggite dal sistema pubblico.

**Pubblichiamo l'abstract della piattaforma di analisi e proposte di intervento e revisione della Commissione Emergenza-Urgenza Anaa Assomed presentate nel corso della Direzione Nazionale**

## La crisi del sistema emergenza-urgenza: raggiunto il punto critico

Sono ormai note da molti anni e sempre di più, con particolare enfasi fra i media, le problematiche del Pronto Soccorso e del sistema emergenza-urgenza in Italia, problemi in parte diffusi a livello internazionale ma in Italia sempre più concatenati a crescenti carenze del SSN sia in termini di risorse umane – per il cronicizzato deficit nei fabbisogni di personale specialista – sia economiche che di servizi. Ad aggravare tale cronicizzazione si sono aggiunti la recente pandemia, i ritardi nei rinnovi del CCNL, la mancata o incompleta applicazione dei CCNL vigenti, la “deregulation” legata ai diversi sistemi sanitari regionali con una disomogenea e carente applicazione di soluzioni e interventi unita alla corsa al recupero di prestazioni, l'incremento degli abbandoni del SSN da parte di specialisti, le ridotte iscrizioni alle scuole di specializzazione in Medicina d'Urgenza, la scarsa disponibilità di spazi di lavoro adeguati, la crescente privatizzazione dei servizi. Il quadro è quello di una sorta di “emergenza nazionale” che evidenzia tuttavia a nostro avviso alla sua origine prevalentemente una cattiva gestione legata a più fattori, e che non può essere ridotto banalmente a un eccesso o incremento di richieste di prestazioni da parte dei cittadini.



**MIRKO SCHIPILLITI**  
Coordinatore  
Commissione  
Emergenza-  
Urgenza

### Il Pronto Soccorso ha tre caratteristiche peculiari rispetto a tutte le altre aree del SSN:

- 1 è l'area di confine tra sistema ospedaliero e territoriale, dove pertanto: a) si evidenziano ed acuiscono le carenze delle due componenti, per cui il PS ne risulta essere un indicatore indiretto di qualità dei servizi; b) risponde alla pressione della domanda di salute dei cittadini e subisce le carenze delle risposte in termini di posti letto e liste di attesa; c) rappresenta un sistema “sentinella” in relazione a qualsiasi forma di emergenza o di nuova noxa patogena.
- 2 registra un elevatissimo flusso di pazienti, con 21 milioni di accessi nel 2019 e un numero di pazienti visitati all'anno per medico stimato a 4000 casi; un ricorso al Pronto Soccorso sempre più sbilanciato verso problematiche “minori” ovvero a bassa intensità di cura (80% circa) incluso il 25-35% di accessi inappropriati, evidenziando come il PS rappresenti sempre di più in modo improprio la sede dove poter sempre e comunque ottenere ogni tipo di risposta, con una pressante richiesta assistenziale che si riflette anche sull'allungamento dei tempi di attesa e sul sovraccollamento.
- 3 è l'area a maggior turnover di medici e simultaneamente col maggior numero di soluzioni contrattuali possibili in termini di precariato.

Inoltre, in termini di disagio, nel Pronto Soccorso va considerata la concomitanza di numerosi elementi sfavorevoli in costante overlap (elevata presenza di stress lavoro correlato e burnout, superiore alle altre categorie in ambito sanitario, con lo sviluppo di malattie correlate; rischio infettivologico; orario costituito da oltre il 50% da turni notturni e festivi; frequente presenza di turni di 12 ore; elevata prevalenza di violenze e aggressioni; elevato contenzioso medico-legale; incremento carichi di lavoro per carenza di medici nei PS e di dimissioni; lavoro in spazi inadeguati per obsolescenza, inadeguatezza,

mancato ammodernamento e sovraccollamento).

Attualmente è stato raggiunto un vero e proprio “punto critico”, in cui il sistema emergenza-urgenza e il Pronto Soccorso sono al collasso nonostante l'abnegazione e la dedizione costanti di tutto il personale, un sistema che non può più sopportare un lavoro in “isorisorse”.

Da sempre la nostra associazione ha regolarmente denunciato ogni tipo di carenza nell'emergenza-urgenza e si è sempre opposta a posizioni corporative, nel rivestire un ruolo “generalista” di punta a tutela di tutto il sistema della dirigenza sanitaria medica e non medica, anche in quanto sigla maggiormente rappresentativa in termini di deleghe, sia a livello nazionale che decentrato. È quindi indispensabile ragionare come sistema Emergenza-Urgenza trattando di “medici d'emergenza-urgenza” più che di “pronto soccorso”, anche nell'ottica di un necessario riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero dell'emergenza-urgenza.

Un intervento di miglioramento e riforma del sistema emergenza-urgenza deve inoltre operare nella concreta consapevolezza che non è possibile una soluzione agendo su un solo fattore, ma solo attraverso un'azione simultanea su numerosi elementi concatenati e interagenti fra loro. Siamo del resto consapevoli che i soli incentivi economici per quanto necessari sarebbero da soli insufficienti ad attirare nuovi specialisti e specializzandi in un sistema carente sul piano gestionale e di carriera e ad arginare l'attuale emorragia dal SSN di personale “senior”.

Infine, risulta fondamentale un costante e costruttivo confronto a livello ministeriale e nelle singole Regioni, per rendere tempestivo ogni tipo di intervento migliorativo, per giungere a un risultato quanto meno sostenibile, combattere il precariato, riscoprire il valore dell'ospedale come comunità di professionisti.

La versione integrale della relazione è disponibile sul sito [anaao.it](http://anaao.it) [inquadra il QR COD]



**Pubblichiamo l'abstract del documento della Commissione Ssn-Università Anaa Assomed presentato nel corso della Direzione Nazionale**

## I rapporti Ssn-Università: analisi, proposte e obiettivi

La Commissione Ssn Università ha suddiviso le questioni emerse nei dibattiti delle riunioni in due filoni principali:

- 1 rapporti tra dirigenza Ssn e personale docente universitario
- 2 didattica e tutoraggio dei dirigenti Ssn nei confronti degli studenti e degli specializzandi, anche in relazione alle assunzioni previste dal Decreto Calabria

### PREMESSA

Il rapporto di lavoro ed il ruolo dei dirigenti Ssn e quello dei docenti universitari sono disciplinati da norme profondamente diverse. In sintesi.

### DIRIGENTI DELSSN

Sono dirigenti pubblici il cui rapporto di lavoro è disciplinato da contratti (nazionali e decentrati) e sono inquadrati in un **ruolo unico**. Il loro datore di lavoro è l'Azienda Sanitaria.

Titolo per accedere al concorso di assunzione (a parte le deroghe previste dal Decreto Calabria) è il possesso della specializzazione equipollente o affine alla disciplina oggetto del concorso. Per accedere alla Direzione delle Strutture Complesse (definite in numero, requisiti, standard di attività ed esiti dal DM 70/2015) è necessario sostenere un ulteriore concorso per partecipare al quale - oltre alla specializzazione di cui sopra - sono necessari ulteriori titoli di carriera ed il possesso (acquisito anche successivamente alla nomina) di un attestato di formazione manageriale. La progressione di carriera è regolata dai contratti e la dinamica di retribuzione soggiace a vincoli economici (capienza dei fondi contrattuali aziendali) sui quali - soprattutto negli ultimi anni - sono intervenute penalizzazioni per legge.

L'orario di lavoro è disciplinato per contratto e soggiace alle norme sui riposi (66/2003). All'atto dell'assunzione, il



**GERARDO ANASTASIO**  
Coordinatore  
Commissione  
Ssn-Università

singolo dirigente spesso non porta nei fondi una dote economica che gli garantisca la progressione di carriera; le assunzioni vengono fatte nei limiti dei tetti di spesa definiti per legge.

### I DOCENTI UNIVERSITARI

appartengono a un ordinamento autonomo garantito dalla Costituzione (art. 33).

Il loro datore di lavoro è il Ministero dell'Università.

Vi si accede per concorso e per "Settori Scientifico Disciplinari" (in campo sanitario non del tutto sovrapponibili alle specializzazioni affini ed equipollenti).

Non sono contrattualizzati ed il loro trattamento economico viene adeguato periodicamente (classi e scatti) in relazione alle progressioni economiche medie del pubblico impiego. Sono inquadrati in ruoli diversi:

- professore di I fascia
- professore di II fascia
- ricercatore a tempo indeterminato (ruolo ad esaurimento)
- assistenti universitari e tecnici laureati (ruoli ad esaurimento)
- ricercatore a tempo determinato di cui all'art. 24, c. 3, l. b) L. 240/2010: contratti triennali non rinnovabili al termine dei quali è possibile accedere direttamente al ruolo di professore di II fascia, se in possesso dell'Abilitazione Scientifica Nazionale, e a seguito di valutazione positiva dell'Ateneo (la dote economica per il passaggio è già presente all'atto dell'assunzione)

■ ricercatore a tempo determinato di cui all'art. 24, co. 3, l. a) Legge 240 del 2010. Si tratta di contratti della durata di 3 anni, rinnovabili per ulteriori due 2 anni. Se non diventa professore, il contratto cessa

■ professore straordinario a tempo determinato (art. 1, co. 12 della L. 230/2005). Si tratta di un professore di I o II fascia con contratto di 3 anni rinnovabile per ulteriori 3 an-

ni, finanziato da soggetti esterni per attività di ricerca (anche le stesse aziende sanitarie, sia pubbliche che private) con una fideiussione bancaria (in genere pari alla retribuzione lorda per 10/15 annualità) perché il professore da straordinario - se valutato positivamente - può diventare ordinario e quindi il suo contratto si trasforma a tempo indeterminato ed il finanziamento esterno copre anche questa eventualità fino al suo pensionamento. Questa opportunità viene sfruttata da imprenditori di sanità privata per convenzionarsi con le Università.

La norma di riferimento che disciplina i rapporti Ssn/Università è il **D.lgs 517/99**: in esso è previsto - tra l'altro - che ai professori di I fascia **sia garantita** l'attribuzione di una struttura semplice o complessa o di un "programma assistenziale" non meglio definito "assimilato a struttura semplice o complessa". **Tali incarichi non prevedono selezioni né l'acquisizione** (anche a posteriori) dell'attestato di formazione manageriale, **ma solo l'intesa tra Rettore e Direttore Generale**. Analoghe possibilità (**ma non garanzie**) sono previste per i professori di II fascia. Vi è molta elasticità e libertà negli orari di lavoro, disciplinati da norme che variano da ateneo ad ateneo, facoltà garantita anche dalla Costituzione. Le assunzioni sono soggette a vincoli di spesa, ma come già detto, tali vincoli possono essere superati ricorrendo a finanziamenti "esterni".

### Il DM 445 del 6/5/22

"Piani straordinari di reclutamento personale universitario 2022-2026" - permetterà di assumere nel quadriennio - oltre i tetti di spesa - personale appartenente a tutti i ruoli (docente, non docente e tecnico amministrativo) per complessivi **740 milioni di euro**. I cri-

Segue a pagina 16



La versione integrale della relazione è disponibile sul sito [anaao.it](http://anaao.it) [inquadrare il QR COD]



# CARENZA DI PERSONALE

Da nuove forme di selezione dei laureati per l'accesso alla facoltà di medicina alla messa in atto di iniziative ministeriali e legislative per aumentare l'appeal delle branche più carenti, fino al potenziamento dell'assunzione dei medici in formazione specialistica già dal 3° anno. Queste alcune delle proposte del sindacato, audito al Mur, che ribadisce la sua contrarietà all'abolizione del numero chiuso

## Incontro Anaaao-Mur

### Ecco le proposte del sindacato al tavolo sui fabbisogni

**No deciso** all'abolizione del numero programmato per l'accesso alla facoltà di medicina. Sì a nuove forme di selezione dei laureati per l'accesso alla facoltà di medicina. E ancora, messa in atto di iniziative ministeriali e legislative per aumentare l'appeal delle branche specialistiche soggette a carenze, anche allargando equipollenze e affinità e aumentando la retribuzione dei medici in formazione specialistica. Infine, potenziare l'assunzione dei medici in formazione specialistica già dal 3° anno di corso. Sono queste in estrema sintesi le proposte per risolvere le carenze di personale presentate, il 9 marzo scorso, da una delegazione Anaaao Assomed, guidata dal Segretario Nazionale **Pierino Di Silverio**, audita presso il Ministero dell'Università e della Ricerca dal gruppo di lavoro ministeriale, presieduto dal **Eugenio Gaudio**. Un gruppo di lavoro istituito per esaminare e approfondire le criticità afferenti alle carenze di medici

e professionisti sanitari nell'ambito del Ssn e per individuarne le cause e le possibili soluzioni, con particolare riferimento alla necessità di garantire un accesso sostenibile ai corsi di laurea in medicina e chirurgia.

**Vediamo nello specifico le indicazioni suggerite dall'Anaaao Assomed**

#### STATO DELL'ARTE

**Nel nostro Paese** non vi è carenza di laureati in medicina, bensì di medici specialisti. Attualmente, il Servizio Sanitario Nazionale sconta un ingente sotto finanziamento di contratti di formazione medica specialistica, risolto in parte solo da 24 mesi cui vedremo gli effetti non prima del 2026. Proiettando al 2025 il numero di contratti di formazione specialistica previsti dal 2013/2014 al 2020/2021 (contratti di formazione specialistica MIUR + contratti regionali),

considerato il numero totale di dirigenti medici attivi presenti nella rete assistenziale delle singole regioni, come ANAAO abbiamo stimato i pensionamenti regionali per ogni branca specialistica da qui al 2025 (fonte: CAT 2017, ISTAT 2017, COGEAPS 2017), ipotizzando una uscita dal sistema intorno al 50%. La carenza è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti "medici a gettone", nella chiusura di servizi sanitari. Dall'analisi delle curve di pensionamento e dei nuovi specialisti formati nel periodo 2018-2025, è previsto un ammanco di circa 16.700 specialisti medici. Inoltre, un nostro recente studio ANAAO in merito all'entità di contratti di formazione medica specialistica abbandonati e non assegnati negli ultimi due concorsi di specializzazione (2021 e 2022). Su 30.452 contratti finanziati, ben 3.907 (13%) risulta non assegnato e 1601 (5%) risulta abbandonato durante il percorso di specializzazione. Sui 5724 contratti che corrispondono ad altrettanti specialisti mancanti rispetto alla programmazione ipotizzata, 1144 riguardano la specializza-



**GIAMMARIA LIUZZI**  
Responsabile Nazionale del Settore Anaaao Giovani



**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale Anaaao Assomed

Contratti finanziati 2021/2022

30.452

Non assegnati

13%

Abbandonati durante la specializzazione

5%

zione d'emergenza-urgenza, il 60,7% dei contratti stanziati per tale branca.

## PROPOSTE E CONSIDERAZIONI ANAAO

### Totale Contrarietà all'abolizione del numero programmato per l'accesso a medicina

**1** Ogni anno, circa 60.000 diplomati tentano il concorso annuale per l'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia. Un totale accesso di tali aspiranti medici ha degli evidenti elementi di criticità, impraticabilità, impercorribilità normativa ed inutilità strategica e temporale. Nella legislazione europea è ben normato che la selezione dei medici-chirurghi, con un titolo di laurea riconosciuto automaticamente a livello europeo debba seguire un percorso di selezione rigoroso e normato. Non vi è, inoltre, in nessun paese europeo ed extra-europeo una organizzazione strutturale universitaria capace di formare con standard di formazione adeguati, una tale mole di studenti. Formare, infine, una tale quantità di laureati in medicina (ad un costo attuale che si aggira intorno ai 100.000 € a laureato) sarebbe oltremodo dispendioso, creerebbe una pleora medica che gioverebbe ai paesi esteri con una ingente migrazione medica e colmerebbe le carenze di specialisti non prima di 11 anni, ovvero dal 2035. Pertanto, l'ANAAO Assomed è contraria nella maniera più assoluta a qualunque azione legislativa con la finalità di abolire il numero programmato per l'accesso alla facoltà di medicina.

### Branche più abbandonate

Medicina emergenza-urgenza

60,7%

Microbiologia e virologia

78%

Patologia clinica e biochimica clinica

70,2%

Anatomia Patologica

50,1%

### Apertura a nuove forme di selezione dei laureati per l'accesso alla facoltà di medicina

**2** Attualmente, il concorso per l'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia si svolge annualmente ed in contemporanea in tutte le facoltà italiane mediante un test a crocette, propedeutico alla creazione di una graduatoria di merito nazionale. Tale metodica, ampiamente utilizzata nel nostro paese in molte facoltà, presenta annualmente diverse criticità, spesso riportate dai mezzi di informazione: quesiti errati o non completamente riguardanti la pratica medica, disservizi di natura organizzativa, mancanza di una bibliografia nota. Inoltre, l'ingente entità di candidati non idonei ha indotto una "migrazione universitaria" di tali studenti ad iscriversi a facoltà di medicina estere per esaudire il loro sogno di diventare medici. Fermo restando che tale metodo di selezione è utilizzato da decenni nel nostro Paese per la selezione dei medici, l'ANAAO è favorevole all'individuazione di nuove forme di selezione con la non secondaria conseguenza di ottimizzare il meccanismo di selezione, impreziosendo e valorizzando le attitudini cliniche degli aspiranti medici.

### Risolvere le carenze di alcune branche specialistiche, aumentandone l'appel

**3** Come già evidenziato, da un recente studio ANAAO, sui 30.452 contratti finanziati negli ultimi due concorsi di specializzazione (2021 e 2022), ben 3.907 (13%) risulta non assegnato e 1.601 (5%) risulta abbandonato durante il percorso di specializzazione. Le branche che più risentono di tale emorragia di contratti sono la medicina d'emergenza-urgenza (1.144 contratti non assegnati o abbandonati, il 60,7% dei contratti stanziati), la microbiologia e virologia (191 contratti, il 78%), la patologia clinica e biochimica clinica (389 contratti, il 70,2%), l'Anatomia Patologica (181 contratti, il 50,1%) e la medicina di comunità e delle cure primarie (109 contratti, il 57,6%). Al contrario, le branche che hanno notevoli sbocchi lavorativi nel settore privato come ad esempio la dermatologia (2 contratti non assegnati o abbandonati, lo 0,1% dei contratti stanziati), l'oftalmologia (8 contratti, l'1,8%) la cardiologia (18 contratti, lo 0,1%), non risentono di nessun ammanco di specialisti rispetto ai contratti finanziati. Tale "programmazione a due velocità" porterà già nel 2024 un ammanco significativo in certe branche

specialistiche, per lo più ospedaliere, ed un embrione di pleora specialistica per quelle branche che hanno maggiore predisposizione per le attività private. Pertanto, l'ANAAO ritiene opportuno predisporre una serie di iniziative ministeriali e legislative per aumentare l'appel di tali branche: allargando le equipollenze ed affinità, rendere il medico in formazione specialistica e i dirigenti medici dei pubblici ufficiali, aumentare la retribuzione dei medici in formazione specialistica, accorpate branche specialistiche (come già avvenuto per le branche di audiologia e foniatria con otorino).

### Potenziare l'assunzione dei medici in formazione specialistica già dal 3° anno di corso

**4** Dal 2018, vi è una normativa nazionale (la legge 30 dicembre 2018 n. 145 e successiva modificazioni) che permette ai medici in formazione specialistica, già dal 3° anno di corso, di potersi iscrivere ai concorsi a tempo indeterminato per la specialità d'appartenenza e di essere conseguentemente assunti a tempo determinati, dopo essere risultati idonei ed inseriti in graduatoria separata e secondaria rispetto agli specialisti, con automatica assunzione a tempo indeterminato al conseguimento del titolo nelle strutture facenti parti della rete formativa di una scuola di specializzazione della branca frequentata. Nonostante a tale normativa sia stata integrata, nel novembre 2021, da un accordo quadro nazionale, stilato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Università, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome, tale normativa è profondamente sottoutilizzata. Dei oltre 37.000 specializzandi che potenzialmente già da domani possono essere assunti, circa il 5% (2.300) ha usufruito di tale assunzione, nonostante una recente survey ANAAO ha evidenziato che oltre il 90% dei medici in formazione specialistica è favorevole all'assunzione. Tale imponente sotto utilizzo è dovuto ai dinieghi delle Università sedi di scuole di specializzazione d'area medica nella stipula di accordi interregionali che di fatto, e ne abbiamo piena e precisa conoscenza, bloccano migliaia di assunzioni da parte di medici in formazione già vincitori di concorso per titoli ed esami a tempo indeterminato. Pertanto, l'ANAAO richiede una urgente attività ministeriale e legislativa al fine di permettere il pieno rispetto della normativa vigente al fine dell'assunzione dei medici in formazione specialistica.

# Sanità privata accreditata

## GLI OBIETTIVI DELLA SEZIONE DEL CENTRO STUDI ANAAO ASSOMED

La Sezione Sanità Privata Accreditata si è insediata il 23 febbraio a Roma alla presenza del Segretario Nazionale, Pierino Di Silverio e di tutti i Segretari delle Strutture Private Accreditate



**FABIO FLORIANELLO**  
Responsabile  
Sezione Sanità  
Privata  
Accreditata

**GIAN MARCO PETRIANNI**  
Responsabile  
Nazionale Vicario  
ANAAO Giovani

**SIMONA PIEMONTESE**  
Segretaria  
Aziendale IRCCS  
San Raffaele -  
Milano

L'obiettivo programmatico della Sezione, condiviso e approvato all'unanimità, è stato delineato dal Segretario Nazionale ed è diretto alla costruzione di un progetto politico sindacale in grado di affrontare temi e criticità del rapporto pubblico/privato con particolare riguardo alle problematiche del Personale Medico e Sanitario che nell'ambito del SSN svolge un effettivo servizio pubblico.

Infatti la sanità privata accreditata ha acquisito in tutto il Paese, e particolarmente in alcune Regioni, spazi strutturali e di prestazioni difficilmente reversibili, ma soprattutto irrinunciabili per il SSN. Solo per fare qualche esempio, il riferimento è ai posti letto, ai ricoveri, alle prestazioni per Acuti e post Acuti (fig. 1) per quanto riguarda le strutture ospedaliere (fig. 2), alle prestazioni ambulatoriali residenziali e semiresidenziali per quanto riguarda le prestazioni territoriali (fig. 3). Spazi e volumi di prestazioni che il privato accreditato ha occupato grazie ad un regionalismo differenziato ante litteram consentito da una politica di *laissez faire* attuata dalle Regioni in varia misura. Questa impostazione, peraltro non dichiarata, ha permesso una sorta di interpretazione personalizzata dei requisiti di accreditamento con il SSN (fig. 4) oltre alla possibilità di selezione delle prestazioni.

Rifuggendo da impostazioni ideologiche, il dibattito e l'impegno ANAAO ASSOMED devono essere rivolti alla tutela e alla salvaguardia degli oltre 48.000 medici e sanitari (fig. 4) che nella più ampia discrezionalità dei contratti lavorano in nome e per conto del SSN, effettuando prestazioni pubbliche, ancorché erogate da soggetti privati.

In questo contesto occorre ricordare che il SSN non è un libero mercato e non è oltremodo ammissibile che gruppi imprenditoriali privati, i cui ricavi derivano per oltre l'80% dal SSN e che hanno un analogo finanziamento delle prestazioni rispetto al pubblico, esercitino una concorrenza anomala abbattendo i costi del Personale attraverso un esplicito dumping salariale e contratti stra-

FIGURA 1

Distribuzione dei posti letto, dei ricoveri totali, per acuti e riabilitazione/lungodegenza nel 2020

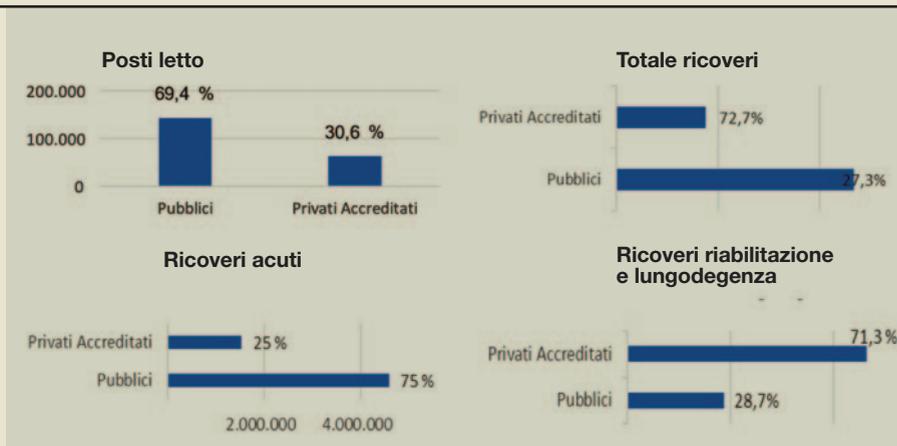


FIGURA 2

Classificazione delle Strutture Ospedaliere

**Strutture di ricovero pubbliche:**

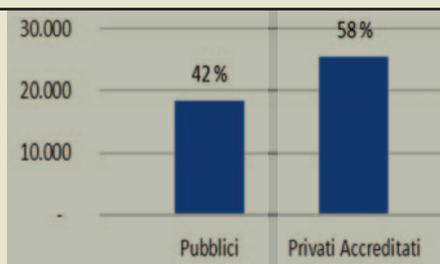
- le aziende ospedaliere;
- gli ospedali a gestione diretta;
- le aziende ospedaliere integrate con il Servizio Sanitario Nazionale;
- le aziende ospedaliere integrate con l'Università;
- gli IRCCS pubblici anche costituiti in fondazioni.

**Strutture di ricovero equiparate alle pubbliche:**

- i policlinici universitari privati;
- gli IRCCS privati e le fondazioni private;
- gli ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art. 1, ultimo comma, L. 132/1968;
- gli istituti privati qualificati presidi A.S.L.;
- gli enti di ricerca.

**Strutture di ricovero private:** le case di cura private autorizzate, accreditate e non accreditate con il SSN

**FIGURA 3**  
**Strutture territoriali**  
Ambulatori, Laboratori, Strutture Residenziali e Semiresidenziali



**FIGURA 4**  
**Dipendenti e Libero professionisti delle strutture private accreditate**

	Privato accreditato	Dipendenti Libero Professionisti
Medici	16.691	26.605
Sanitari (*)	3.154	1.862

(\*) biologi, chimici, farmacisti, psicologi, fisici sanitari

**FIGURA 5**  
**Contratti in vigore nelle Strutture Private Accreditate**

**1 Contratto Nazionale AIOP/Medici:** Fermo al CCNL 2002/2005 con aspetti normativi del tutto obsoleti in cui, a titolo di esempio, il personale medico mantiene qualifiche e attribuzioni risalenti alla Legge 128/1969, vale a dire Assistente, Aiuto, Primario. Per quanto riguarda la retribuzione si va dai 15.000 al 30.000 € in meno rispetto al contratto pubblico.

**2 Contratto Nazionale AIOP/Non Medici,** ossia Biologi, Farmacisti, Psicologi, Fisici, Chimici. È stato rinnovato nell'autunno 2020 per il triennio 2016/2019. Anche in questo caso il CCNL non riconosce a queste professioni la qualifica di dirigente mantenendole nel Comparto in categoria e con retribuzione che va dai 20.000 ad oltre 40.000 € in meno rispetto al pubblico.

**3 Contratto ARIS/Medici** È in vigore il CCNL 2020/2023 in seguito al venir meno del tradizionale contratto AIOP/ARIS, evidentemente per il riconoscimento da parte di ARIS dell'insostenibilità di mantenere un contratto fermo al 2002. È prevista l'attribuzione della qualifica dirigenziale, l'applicazione dell'esclusività di rapporto e una retribuzione dai 6.500 ai 14.000 € inferiori rispetto al pubblico.

**4 Contratto ARIS non Medici (Personale Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo).** Firmato il CCNL 2020/2022 con riconoscimento della dirigenza e retribuzione che va dai 14.000 al 18.000 € in meno rispetto al pubblico.

**5 Contratto Compatibilizzato con quello Pubblico.** In numerose strutture accreditate a medici e sanitari non medici assunti prima del 2014 è applicato il CCNL compatibilizzato con quello pubblico, con il riconoscimento dello stato di dirigente, stesse voci retributive fisse, ma fermo al 2010 ossia senza i miglioramenti dell'ultimo Contratto pubblico 2016/2018.

**6 Contratti decentrati.** Alcune strutture hanno da qualche anno introdotto Contratti locali che a partire dai CCNL in vigore AIOP o ARIS, prevedono alcuni miglioramenti normativi e retributivi che li avvicinano parzialmente al contratto pubblico. Sono contratti che prevedono l'assorbimento delle modifiche a seguito di eventuali accordi nazionali.

**FIGURA 6**  
**Retribuzioni del personale medico e sanitario nel settore privato accreditato**

*Voci stipendiali fondamentali o di base CCNL pubblici e Privati in vigore con trattamenti economici min./max (tempo pieno) relativi ai diversi livelli di responsabilità (posizione fissa)*

Retribuzione fondamentale o di base	CCNL AIOP/CIMOP 2002-2005 + accordo ponte 2010 Medici	CCNL ARIS/CIMOP 2020-2023 Medici	CCNL ARIS-AIOP/CGIL-CISL-UIL 2016-2018 Comparto (*)	CCNL ARIS/ANAAO-ADONP 2020-2022 DS	CCNL pubblico 2016/2018 DM e DS
Tabellare	X	X	X	X	X
Indennità di Specificità Medica		X			X
Indennità Professionale	X		X		
Indennità Medica Struttura Sanitaria	X				
Posizione fissa		X	X	X	X
Ind. Med. e Medica Responsabile	X				
Indennità di Esclusività		X		X	X
Min	39.273	48.243	31.332	40.474	53.000
Max	65.910	77.935	46.207	75.153	92.000

(\*) I Laureati non medici sono inquadrati nel Comparto in categoria "E" con posizione E - E1 - E2

ordinariamente differenziati e rinnovi inspiegabilmente ritardati (Fig. 5 - 6). In particolare bisogna porre l'attenzione sulle strutture Equiparate, realtà complesse per assistenza, didattica e ricerca, apprezzate dalla nostra comunità con dotazioni organiche, turnistica, carichi di lavoro e possibilità di progressione di carriera non certo migliori in confronto al pubblico e dove lo status dirigenziale è spesso non riconosciuto. Questo per quanto riguarda la

dipendenza. Forse peggiore è la situazione che riguarda i contratti libero professionali in cui accanto alle analoghe mansioni e funzioni dei dipendenti si somma il mancato riconoscimento di qualsiasi diritto. Eccetto che nei casi di medici e sanitari in quiescenza per i quali tuttavia la situazione è totalmente diversa. Alla luce di questo, appare pertanto improbabile che la fuga di personale dal pubblico al privato, riportata quasi quo-

tidianamente dai media, avvenga per motivi meramente economici. Tuttavia non possiamo neppure nascondere un'ulteriore anomalia del settore privato accreditato e cioè quella di permettere una sorta di "contrattazione ad personam" in netto contrasto con il principio di "Equità interna" sancito da basilari norme organizzativo-gestionali e contrattuali inapplicata. Appare pertanto non più rinviabile una seria e attenta riflessione sulla attuazione di una governance del rapporto tra strutture pubbliche e private accreditate ridefinendo e applicando le regole di accreditamento. Regole che non possono prescindere dalla situazione di profondo disagio e dal clima di lavoro in cui si trovano ad operare Medici e Sanitari.

Non si può non sottolineare, inoltre, i molteplici riferimenti normativi che, a partire dalla Legge 833/1979, hanno negli anni inserito la sanità privata accreditata nell'ambito del SSN (Fig. 7). La direzione dell'impegno ANAAO ASSOMED deve essere pertanto quella del sostegno e del supporto al Personale Medico secondo quanto sancito dal Manifesto dei Medici Italiani al quale ANAAO ha concretamente contribuito nel *Prevedere per il personale medico del privato accreditato accordi contrattuali di lavoro omogenei all'interno del SSN ga-*

Segue a pagina 16

**LA RILEVAZIONE ANAAO ASSOMED**

Lombardia, Veneto e Lazio registrano le percentuali più elevate di contratti totali non assegnati e abbandonati. Medicina d'urgenza, Anestesia e Patologia e biochimica clinica le specialità in caduta libera



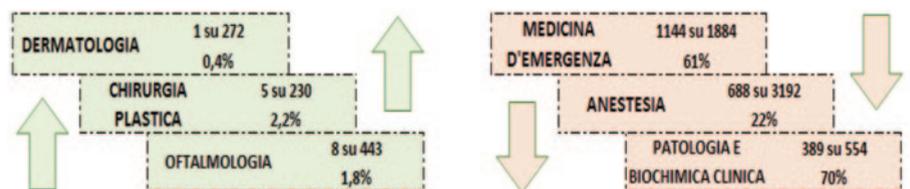
Come è orientata la scelta dei futuri medici specialisti italiani? Dalla rilevazione AnaaO Assomed e Settore AnaaO Giovani risulta una cospicua e pressochè completa adesione a quelle scuole di specialità in cui l'attività privata e ambulatoriale rientra tra gli sbocchi lavorativi, mentre vengono abbandonate o neppure prese in considerazione quelle prettamente "ospedaliere e pubbliche" che sono state protagoniste nella lotta pandemica, prima tra tutte la medicina d'emergenza urgenza (61% dei contratti statali non assegnati e abbandonati).

È stata analizzata l'effettiva fruizione da parte dei giovani medici dei 30.452 contratti statali banditi negli ultimi due concorsi di specializzazione (2021 e 2022). Per "contratti non assegnati" si intende un contratto che in sede concorsuale non è stato assegnato a nessun medico perché nessuno l'ha scelto. Per "contratti abbandonati" si intende un contratto che è stato assegnato ma il medico assegnatario ha riprovato il concorso l'anno successivo e ha cambiato specializzazione tramite una nuova assegnazione.

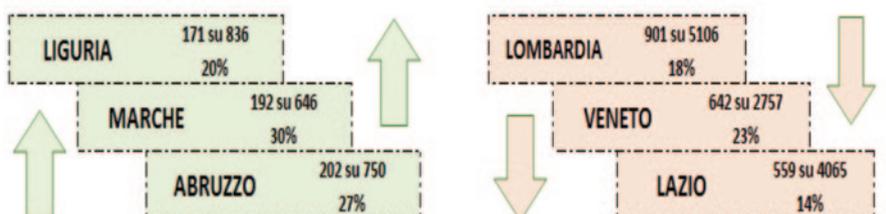
Non vi è una sostanziale differenza percentuale tra le varie regioni italiane, con una percentuale globale intra-regionale. Nel constatare che 1 specialità

# Quasi 6.000 medici in fuga dalle scuole di specializzazione: la nuova mappa per regione e scuole di specialità

**Contratti totali non assegnati e abbandonati**



**Contratti totali non assegnati e abbandonati**



## Contratti totali non assegnati e abbandonati suddivisi per Regione

Regione	Contratti			Contratti		Contratti Totali	
	Banditi	non assegnati		abbandonati		non assegnati e abbandonati	
LOMBARDIA	5106	636	12%	265	5%	901	18%
LAZIO	4065	295	7%	264	6%	559	14%
EMILIA ROMAGNA	3298	383	12%	164	5%	547	17%
VENETO	2757	457	17%	185	7%	642	23%
TOSCANA	2570	429	17%	144	6%	573	22%
CAMPANIA	2428	247	10%	141	6%	388	16%
SICILIA	2067	55	3%	166	8%	221	11%
PIEMONTE	1861	253	14%	101	5%	354	19%
PUGLIA	1427	177	12%	100	7%	277	19%
LIGURIA	836	109	13%	62	7%	171	20%
SARDEGNA	828	175	21%	51	6%	226	27%
FRIULI VENEZIA GIULIA	827	238	29%	57	7%	295	36%
ABRUZZO	750	151	20%	51	7%	202	27%
MARCHE	646	145	22%	47	7%	192	30%
	30452	3907	13%	1601	5%	5724	19%

## Contratti totali non assegnati e abbandonati suddivisi per specializzazione

	Contratti			Contratti		% Contratti totali non	
	banditi	non assegnati		abbandonati		assegnati e abbandonati	
Medicina termale	7	5	71,4%	1	14,30%	6	85,7%
Microbiologia e virologia	244	175	71,7%	16	6,60%	191	78,3%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	554	363	65,5%	26	4,70%	389	70,2%
Radioterapia	328	192	58,5%	30	9,10%	222	67,7%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	206	119	57,8%	11	5,30%	130	63,1%
Medicina e Cure Palliative	100	59	59,0%	2	2,00%	61	61,0%
Medicina d'emergenza urgenza	1884	1034	54,9%	110	5,80%	1144	60,7%
Medicina di comunità e delle cure	190	99	52,1%	10	5,30%	109	57,4%
Medicina nucleare	181	84	46,4%	15	8,30%	99	54,7%
Statistica sanitaria e Biometria	65	31	47,7%	3	4,60%	34	52,3%
Anatomia patologica	361	153	42,4%	28	7,80%	181	50,1%
Chirurgia Toracica	173	56	32,4%	17	9,80%	73	42,2%
Genetica medica	160	53	33,1%	14	8,80%	67	41,9%
Audiologia e foniatria	64	15	23,4%	4	6,30%	19	29,7%
Cardiochirurgia	186	24	12,9%	27	14,50%	51	27,4%
Scienza dell'alimentazione	130	17	13,1%	18	13,80%	35	26,9%
Chirurgia Generale	1406	228	16,2%	121	8,60%	349	24,8%
Chirurgia Vascolare	259	37	14,3%	23	8,90%	60	23,2%
Malattie Infettive e Tropicali	610	91	14,9%	49	8,00%	140	23,0%
Anestesia e Rianimazione	3192	476	14,9%	212	6,60%	688	21,6%
Nefrologia	597	86	14,4%	42	7,00%	128	21,4%
Chirurgia pediatrica	112	10	8,9%	11	9,80%	21	18,8%
Medicina interna	1729	109	6,3%	176	10,20%	285	16,5%
Geriatria	821	71	8,6%	62	7,60%	133	16,2%
Igiene e medicina preventiva	1245	107	8,6%	74	5,90%	181	14,5%
Urologia	548	35	6,4%	43	7,80%	78	14,2%
Ematologia	462	21	4,5%	43	9,30%	64	13,9%
Oncologia medica	641	22	3,4%	59	9,20%	81	12,6%
Allergologia ed immunologia clinica	194	6	3,1%	18	9,30%	24	12,4%
Neurochirurgia	223	1	0,4%	24	10,80%	25	11,2%
Chirurgia maxillo facciale	111	2	1,8%	10	9,00%	12	10,8%
Medicina fisica e riabilitativa	670	22	3,3%	49	7,30%	71	10,6%
Medicina del lavoro	423	18	4,3%	22	5,20%	40	9,5%
Reumatologia	229	4	1,7%	14	6,10%	18	7,9%
Otorinolaringoiatria	378	5	1,3%	22	5,80%	27	7,1%
Ortopedia e traumatologia	988	19	1,9%	51	5,20%	70	7,1%
Ginecologia ed Ostetricia	1097	6	0,5%	70	6,40%	76	6,9%
Malattie dell'apparato respiratorio	660	17	2,6%	25	3,80%	42	6,4%
Medicina legale	335	6	1,8%	14	4,20%	20	6,0%
Medicina dello sport e dell'esercizio	161	3	1,9%	6	3,70%	9	5,6%
Neuropsichiatria infantile	520	1	0,2%	23	4,40%	24	4,6%
Endocrinologia e malattie del	415	0	0,0%	19	4,60%	19	4,6%
Radiodiagnostica	1472	4	0,3%	62	4,20%	66	4,5%
Psichiatria	1195	13	1,1%	40	3,30%	53	4,4%
Neurologia	620	1	0,2%	19	3,10%	20	3,2%
Pediatria	1682	3	0,2%	43	2,60%	46	2,7%
Malattie dell'apparato digerente	404	1	0,2%	10	2,50%	11	2,7%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed	230	2	0,9%	3	1,30%	5	2,2%
Oftalmologia	443	0	0,0%	8	1,80%	8	1,8%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	1275	1	0,1%	17	1,30%	18	1,4%
Dermatologia e venereologia	272	0	0,0%	1	0,40%	1	0,4%
	30452	3907	12,8%	1601	5,30%	5724	18,1%

lizzando su 5 (19% dei contratti) non viene assegnato o viene perso durante il percorso di specializzazione, attesta la sostanziale e ormai cronica programmazione alterata e dicotomica che si ripercuote sull'attuale erogazione non ottimale dei servizi sanitari. Dalla tabella con la suddivisione dell'entità dei contratti non assegnati e/o abbandonati suddivisa per regioni italiane risulta che l'entità totale dei contratti dispersi è compresa tra l'11 e il 36% con una mediana del 20%. Analizzando l'entità dei contratti non assegnati, ad eccezione della Regione Sicilia (3%), tutte le regioni italiane hanno una pressoché identità percentuale di contratti non assegnati, con una forchetta tra il 7% e il 22% e con il Friuli Venezia Giulia in cui vi è quasi un contratto su tre (29%) non assegnato.

I dati dell'entità dei contratti non assegnati e/o abbandonati suddivisa per specializzazione sono significativi oltre che allarmanti. È interessante constatare che tutte le branche che sono state le più sollecitate durante la pandemia da SARS-CoV-2 presentano la maggiore entità di contratti non assegnati e abbandonati: la medicina d'emergenza-urgenza avrà 1144 specialisti in meno rispetto ai 1884 contratti stanziati (60,7%), Microbiologia 191 in meno rispetto a 244 (78,3%), Patologia Clinica e Biochimica Clinica 389 in meno rispetto a 554 (70,2%). Di contro, vi è la totale fruizione di contratti di specializzazione afferenti alla Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Oftalmologia, Malattie dell'Apparato Cardiovascolare.

**COMUNICATO STAMPA**  
**ANAAO ASSOMED**  
 23 FEBBRAIO 2023

## Il commento del Segretario Nazionale Anaa Assomed Pierino Di Silverio

“Il segnale giunge chiaro e forte, corroborato dai numeri: la medicina sta diventando un affare selettivo, in cui le specialità più colpite e sotto pressione durante la pandemia da Covid-19, le specialità gravate da maggiori oneri e minori onori sono in caduta libera, non hanno più appeal.

Non è un problema di medici, ma di medici specialisti ed è un problema che avrà ripercussioni inevitabili sul futuro di un sistema di cure sempre più in crisi. L'assenza di programmazione e l'assenza di investimenti sul professionista produce effetti devastanti rischiando di desertificare alcune branche ed essere in deficit in altre. Un risultato che dovrebbe far comprendere quanto sia urgente investire sui professionisti e per rendere appetibile una professione che oggi non affascina più. Il medico ha perso la sua identità sociale ancor prima che professionale relegato a mero prestatore di opera alla stregua di un ven-

ditore di prodotto, il Paziente si è trasformato in un cliente. Occorre un cambio immediato di passo e di paradigma con investimenti extracontrattuali e legislativi che riconsegnino la sanità ai professionisti.

Retribuzioni adeguate, depenalizzazione dell'atto medico, aumento delle assunzioni ed eliminazione del tetto di spesa al personale che agisce ancora oggi come una tagliola su regioni e aziende foraggiando il lavoro a cottimo.

Occorre integrare e dare ruolo agli specialisti, vera forza propulsiva di un sistema vecchio e stanco. Accoglierli negli ospedali con un vero contratto, con diritti e doveri precisi e chiari, al fine di permettere loro una formazione adeguata e prospettive professionali reali, è l'unica strada, la strada maestra.

Continueremo a batterci perchè questo avvenga, con tutte le forze in tutti i modi”.

Per la rubrica

Nuova sanità SPA. Il futuro che vi attende  
 la vignetta realizzata da MARCO ROMANELLI

**NUOVA  
 SANITÀ  
 SPA**  
**IL FUTURO  
 CHE VI  
 ATTENDE**



**MEDICI: PERCHÉ PERDERE ANNI  
 CON INUTILI SPECIALIZZAZIONI?**

IL «**TUTTOLOGO**»<sup>®</sup>

PRONTO CON SOLE  
**150 ORE DI CORSO (ANCHE ONLINE)!**

- COPRE I BUCHI DI ORGANICO
- FACILMENTE SPOSTABILE
- 100% RICICLABILE

**NUOVA SANITÀ SPA**  
 IL FUTURO CHE VI ATTENDE

# Uno dei mille modi per affondare il sistema sanitario nazionale

**Vi sono molti modi per raggiungere gli obiettivi che ci si prefigge: ci sono modi diretti e modi indiretti e questi sono i più subdoli e i più pericolosi**

**Nel 2015 il Governo Renzi** e la classe politica parlamentare si trovarono dinanzi ad una grave crisi finanziaria soprattutto per quanto concerneva il Sistema Sanitario Nazionale, tant'è che numerose Regioni erano sottoposte a Piani di rientro. A fronte di ciò il Governo decise di intervenire con tagli lineari sulla spesa pubblica e la Sanità ne fu colpita in maniera importante ed eccessiva.

Si fissarono dei tetti di spesa e per un settore, quello dei dispositivi medici, la cui spesa era intorno al 5,2% del totale, si stabilì una soglia del 4,4% correlandola di una mostruosità giuridica: lo strumento del "Payback".

Sappiamo tutti che è giusto evitare spese improprie e mostrare oculatezza in quelle necessarie, ma i dispositivi medici rappresentano l'infrastruttura portante del SSN poiché vanno dall'ago alla provetta, alle cannule, ai camici monouso, alla strumentazione e reagenti di laboratorio, alla strumentazione di radiologia, alle tecnologie utilizzate in sala operatoria (dai bisturi a robot chirurgici) e tutto l'universo che consente l'operatività quotidiana in una struttura sanitaria.

Appare evidente che sui bisogni in Sanità un tetto di spesa è quanto di peggio si possa pensare perché saremmo tutti felici di non avere malati ma sfortunatamente così non è e soprattutto le nuove diagnostiche, le nuove tipologie di interventi, devono essere parte integrante dell'offerta al cittadino-paziente e l'offerta deve pervenire *in primis* dal SSN considerando inoltre che il bisogno di salute tenderà ad aumentare in maniera importante dopo il rallentamento delle attività ospedaliere e di screening dovuto alla Pandemia.

Il dramma comunque si completa con



**PIERANGELO CLERICI**

*Componente Direttivo Nazionale Dirigenza Sanitaria Anaao Assomed  
Presidente Federazione Italiana Società Scientifiche di Medicina di Laboratorio (FISMeLab)*

il Payback in cui si prevede che la quota di spesa, che eccede il tetto, deve essere rimborsata in parte dalle Regioni ed in parte dalle imprese fornitrici di dispositivi medici (40% per il 2015 e 50% per gli anni successivi).

La scadenza per la prima tranche di pagamenti riguardante il periodo dal 2015 al 2018, per un ammontare complessivo di 2 miliardi e cento milioni di euro, era il 15 Gennaio 2023 posticipata poi al 30 Aprile (D.L. n° 4 11.1.2023). A fronte di un esborso di tale entità le aziende del settore si troveranno ad operare delle scelte che sicuramente penalizzeranno il sistema, vuoi perché saranno costrette a chiudere e licenziare personale, vuoi perché dovranno tagliare sulla ricerca e innovazione, vuoi (soprattutto le multinazionali) perché usciranno dal mercato Italiano ma soprattutto non forniranno più dispositivi medici alle strutture pubbliche del SSN ma solo ai privati che non sottostanno al Payback.

È per questo che dobbiamo farci anche noi, operatori sanitari, attori nel contrastare la norma per la tutela del cittadino-paziente e per garantire presta-

zioni all'altezza dei parametri di appropriatezza, efficienza, efficacia e qualità.

Come si vede per colpire il SSN si possono usare anche mezzi che poco hanno a che vedere con la Sanità ma solo con una malcelata idea di spesa/spreco che peraltro non è possibile con i sistemi di gare d'acquisto, molto spesso centralizzate, che per legge devono essere espletate per acquisire dispositivi medici dagli Enti pubblici.

Credo che noi tutti dovremmo comprendere che il sistema Sanitario Nazionale, inutile sottolinearlo, ma per una larga fetta della classe politica sta risultando un peso da eliminare, sia sotto attacco e si cerchi di spostare l'asse delle prestazioni verso il privato a cui va tutto il nostro rispetto ma che non può essere l'unico erogatore (a pagamento) di quelle prestazioni sancite dai LEA e in aderenza ai dettati della Carta Costituzionale (Art. 32).

Ritornando all'*incipit* appare evidente che l'obiettivo è colpire il SSN con qualunque mezzo e se a parole tutti ne sono paladini nei fatti moltissimi remano contro.

Segue da pagina 7

teri in base ai quali fare le assunzioni sono definiti nel Decreto Ministeriale, ma i profili saranno definiti dai singoli Atenei: è verosimile quindi a breve l'immissione nel SSN di un numero consistente di docenti di area sanitaria.

## ANALISI DI CONTESTO

Da quanto su detto, è facile comprendere come le diversità su descritte siano difficilmente armonizzabili. A ciò si aggiunge la presenza di ulteriori norme succedutesi nel tempo che disciplinano i rapporti tra SSN ed Università. Tali disposizioni (contenute in provvedimenti di diversa fonte e gerarchia normativa) sono scritte in un linguaggio generico e piuttosto confuso, non sono state soggette negli anni a sostanziali e necessari - aggiornamenti e i dettagli applicativi (anche a seguito della riforma del titolo V della Costituzione) sono stati demandati ad atti convenzionali tra Regioni ed Università (Protocolli d'intesa) variegati e diversi nelle varie realtà, ma con l'elemento comune di essere fortemente sbilanciati a favore dell'Università.

L'altro elemento comune dei diversi protocolli è l'utilizzo della didattica come "passepartout" per l'accesso del personale universitario nelle strutture assistenziali SSN, e con ruoli preminenti.

# Sanità privata accreditata

Segue da pagina 11

rantendo una adeguata dotazione qualitativa e quantitativa degli organici, un trattamento retributivo equiparato al settore pubblico, l'equiparazione dei titoli di carriera pubblico privato". Previsione da estendere anche ai biologi, chimici, farmacisti, psicologi, fisici sanitari.

Questo impegno non rappresenta soltanto un ideale percorso programmatico a favore dei Medici e dei Sanitari che lavorano nel privato accreditato, bensì la richiesta di garanzie concrete al fine di un reale raggiungimento di omogenei profili qualitativi, quantitativi e retributivi trattandosi di Personale che effettua prestazioni in nome e per conto del SSN.

Le recenti riforme legislative (una per tutte la Legge sulla concorrenza), a cui ANAAO ASSOMED ha tentato invano di apportare emendamenti e correttivi, risultano incomplete e inadeguate per rispondere alle esigenze riguardanti il Personale del settore sanitario privato accreditato.

Pertanto sul *lungo periodo* l'intento della Sezione sarà quello di studiare ed elaborare linee programmatiche da tradurre anche in ipotesi di riforma organica, strutturale, legislativa e contrattuale. Sul *breve periodo* il lavoro della Sezione sarà quello di individuare forme di promozione e comunicazione dedicate, verificare l'applicazione dei contratti periferici in vigore, rivisitare l'istituto delle relazioni sindacali all'interno delle strutture, identificare e proporre una nuova modalità di Contratto compatibilizzato con quello pubblico, con particolare riguardo alle voci retributive fisse e alla omogeneità degli isti-

tuti normativi, tra i quali maternità e congedi parentali. Saranno inoltre necessarie iniziative formative dedicate all'ospedalità privata all'interno delle Scuole di Formazione dell'Associazione.

La prima riunione della Sezione Sanità Privata Accreditata si è conclusa ricordando i principi base che devono ispirare l'azione dei medici e dei sanitari all'interno del SSN:

- Coniugare la missione di servizio pubblico a vantaggio degli utenti e dei cittadini con gli interessi di Medici e Sanitari per migliorare le condizioni di lavoro, di sicurezza clinica e di crescita professionale;
- Migliorare la qualità delle decisioni assunte;
- Sostenere la crescita professionale, le condizioni di lavoro e l'aggiornamento, nonché i processi di innovazione organizzativa e di riforma della pubblica amministrazione nell'ambito del rapporto pubblico-privato.

FIGURA 7

### SSN e strutture private accreditate: riferimenti normativi

**L. 833/1978 - Art 25** - L'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso **gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati** esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente... **nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino** al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati» Art. 41 - 43 - 44 definiscono le modalità di convenzione tra SSN e istituzioni sanitarie affidando ai Piani Sanitari Regionali "la necessità di convenzionare le istituzioni private" (Art. 44 lett. a)

Il regime di "convenzione" viene poi superato con **D.Lgs. la 502/92 (art. 8 bis e seguenti)** e successive modificazioni apportate in particolare con il **D.Lgs. 229/99** che introducono il concetto di **accreditamento delle strutture ovvero il possesso di requisiti fissati a livello nazionale** per poter esercitare prestazioni sanitarie in ambito di SSN, con ev. ulteriori requisiti da fissare a livello regionale.

**D.P.R. 14 gennaio 1997** - Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di **requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi** per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

**Le Regioni verificano il rispetto dei requisiti**

**DM 70/2015** definisce gli **standard quali-quantitativi delle strutture pubbliche e private accreditate**

**L.118/2022** La disposizione contenuta nell'articolo 15 della legge, apportando modifiche al **d.lgs 52/1992**, stabilisce che «L'accreditamento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della salute ....»

«I soggetti privati ...sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie».

La nuova rubrica on line  
dell'Anaa Assomed per essere  
sempre aggiornato sulla trattativa  
per il rinnovo del contratto.

“Restiamo  
in contratto”

Seguici su [www.anaao.it](http://www.anaao.it)



**MEDICI, VETERINARI E DIRIGENTI SANITARI**



# **ALL'AUTONOMIA DIFFERENZIATA IN SANITÀ**

---

**NO** A LIVELLI DI ASSISTENZA DIVERSI  
IN REGIONI DIVERSE

---

**NO** ALLA FRAMMENTAZIONE DEL SISTEMA  
DI CURE E DI TUTELA DELLA SALUTE

**SOSTENIAMO LA PROPOSTA  
DI LEGGE COSTITUZIONALE  
DI INIZIATIVA POPOLARE**

FIRMA ANCHE TU



---

ANAAO ASSOMED – CIMO-FESMED (ANPO-ASCOTI – CIMO - CIMOP - FESMED) – AAROI-EMAC – FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR) – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM FEDERAZIONE VETERINARI E MEDICI – UIL FPL COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE AREE CONTRATTUALI MEDICA, VETERINARIA SANITARIA - CISL MEDICI



**INTERSINDACALE  
UNITI  
PER LA SANITÀ**