



## Dirigenza medica

- 1 Editoriale  
Il sindacato è morto.  
Viva il sindacato
- 8 Regioni  
I conti in rosso
- 14 Anao Giovani  
Le Faq sulle assunzioni  
con il Decreto Calabria
- 15 Dirigenza Sanitaria  
Intelligenza Artificiale e  
Medicina di Laboratorio

Il mensile dell'Anao Assomed



# SALVIAMO LA SANITA PUBBRLICA

Le manifestazioni  
del 15 giugno  
in tutte le regioni

## Una catena territoriale intorno ad un obiettivo comune

Le parole del segretario Di Silverio:

“Non lasceremo disgregare  
il Ssn. Pronti a tutto, anche  
a dimissioni di massa”

## 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)

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

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

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

Finito di stampare  
nel mese di giugno 2023

# e!

editoriale

## IL SINDACATO È MORTO. VIVA IL SINDACATO

**Nonostante** i *de profundis* recitati da più parti, a gran voce o in rigoroso mormorio, il sindacato della dirigenza medica e sanitaria del SSN non è morto, il che non è poco di questi tempi. E continua, come le manifestazioni del 15 giugno in 39 città d'Italia hanno dimostrato, a farsi carico della difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale, del suo ruolo di coesione sociale, di strumento della esigibilità di un diritto alla salute uno e indivisibile. Provando, ancora una volta, a tenere insieme legittimi interessi delle categorie e diritti dei cittadini.

I tempi, però, sono profondamente mutati e con loro sono mutati altrettanto profondamente anche gli umori e le esigenze dei medici, dei dirigenti sanitari e dei pazienti. Ognuno alla ricerca di un equilibrio. Ognuno compresso nella propria entropia. Con la prospettiva di una guerra tra poveri in cui ognuno rischia di diventare anche carnefice. Un puzzle in cui dobbiamo inserirci per trovare soluzioni valide non solo per noi come professionisti ma anche per noi come cittadini e potenziali pazienti.

**In questo anno** abbiamo cercato di allargare a tutta la popolazione il fronte di difesa del SSN. Non senza successo, come dimostrano le iniziative promosse con l'Intersindacale e con cittadini e pazienti e la risonanza che hanno avuto sui media. I quali hanno ben compreso che ci troviamo di fronte a un bivio: o si investe in un modello di cure sostenibili o l'alternativa, che sembra ormai precedere anche gli intenti, è una ineluttabile privatizzazione delle cure, che già oggi costano 41 miliardi di euro alle tasche dei cittadini italiani, in forma diretta, la maggior parte, o attraverso fondi e assicurazioni.

In questo scenario c'è anche un Contratto di lavoro già scaduto, la cui conclusione stenta a decollare, e uno nuovo, avvolto ancora nelle nebbie del finanziamento.

Gli umori dei colleghi variano da chi vorrebbe firmare subito per incassare almeno la congrua cifra degli arretrati, a chi non firmerebbe in nessun caso, deluso e disilluso da promesse non mantenute e *modus operandi* delle aziende che violano ostinatamente anche le norme contrattuali più elementari.

L'Anaa si pone responsabilmente esattamente nel mezzo, con una analisi critica ancorata alla convinzione che il contratto si firma se risponde alle esigenze dei medici e dei dirigenti sanitari. Noi non firmeremo ad ogni costo ma non faremo barricate strumentali e opposizione a prescindere per accaparrarci qualche tessera. Come sempre, andremo avanti per la strada della coerenza, della partecipazione e della condivisione.

**Condivisione**, un termine che in questo anno ha caratterizzato la politica della nostra Associazione, al suo interno oltre che all'esterno. Perché l'azione passa anche dalla formazione, dall'informazione e dalla condivisione di scelte e strategie.

In un solo anno i nostri percorsi formativi hanno interessato oltre 100 colleghe e colleghi, abbiamo incontrato numerosissimi dirigenti medici e sanitari, girando in lungo e largo la nostra penisola, perché il sindacato si fa



**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

Segue a pagina 16

# SALVIAMO LA SANITÀ PUBBLICA



**Il 15 giugno in tutte le regioni d'Italia si sono svolte decine di manifestazioni, assemblee, sit-in promossi dall'Intersindacale della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, insieme con Associazioni di pazienti e di cittadini.**

## Una **catena territoriale** intorno ad un obiettivo comune

**La mobilitazione**, partita nel dicembre 2022 da Piazza SS Apostoli a Roma arriva, dopo l'Assemblea pubblica del 16 maggio alla Sala Capranichetta, nelle piazze, nelle vie, negli ospedali di 39 città per chiedere di arrestare la deriva verso la privatizzazione dei servizi sanitari e la frantumazione di un diritto che la Costituzione vuole assicurare anche attraverso la valorizzazione dei professionisti, veri garanti della salute delle persone che tale deriva mette sempre più a rischio.

**Il Def 2024 rappresenta** la cartina di tornasole delle politiche sanitarie del Governo in carica, e l'occasione per capire quale modello assistenziale vuole adottare e quali politiche di tutela dei professionisti di cui pure, a parole, riconosce l'importanza per il rilancio della sanità pubblica. Il presente e il futu-

ro della più grande infrastruttura civile del Paese, presidio di coesione sociale e unità nazionale, dipende da quante risorse si vorranno destinare alla sanità e da quale ruolo si vorrà riconoscere alle risorse umane che da troppi anni subiscono le conseguenze di pessime condizioni di lavoro.

**I tempi di attesa infiniti** per ogni prestazione nel pubblico, la congestione del Pronto Soccorso dove confluiscono l'iperafflusso di accessi spesso inappropriati e la carenza dei posti letto degli Ospedali-le carenze di personale determinata anche dalla grande fuga in atto dal lavoro pubblico sottopagato, il defianziamento dei programmi di promozione della salute e della prevenzione, l'inadeguatezza dei LEA, l'invecchiamento della popolazione esigono risorse economiche adeguate, ma so-

prattutto riforme di modelli assistenziali, ormai obsoleti, che nella pandemia hanno mostrato tutte le loro lacune e debolezze. Se recuperiamo alcune posizioni in Europa le perdiamo nella sanità pubblica, dove, da tempo, registriamo il non invidiabile primato della spesa più bassa, sia in rapporto al PIL che per quota capitaria, con l'offerta sanitaria pubblica giunta ai minimi storici.

**La questione di fondo** è rintracciabile nella mancanza storica di politiche sanitarie strutturali e omogenee sul territorio nazionale, non frammentate in 21 rivoli regionali che da tempo scaricano sui professionisti le responsabilità dei disservizi vittime di una governance datata che condiziona ruoli, processi e relazioni in una cornice burocratica asfissiante. Gli eroi sono stati ab-





bandonati nelle retrovie dai generali di un esercito disorganizzato con contratti di lavoro condannati ad essere sottoscritti a tempo scaduto, che non migliorano le condizioni di lavoro e che non tengono il passo con le retribuzioni Europee. Gli stessi fondi del PNRR rischiano di non essere utili al cambiamento strutturale se non si interviene attraverso un investimento deciso sulle risorse umane anche per prevenire la fuga dei professionisti in cerca di condizioni migliori.

**Oggi portiamo** nelle strade insieme ai cittadini e alle loro rappresentanze questioni in attesa di risposte politiche, con passione, fermezza, lucidità e consapevolezza. La salute non è una merce e salvare il Ssn è ancora possibile.

**I dirigenti medici, veterinari e sanitari si fanno interpreti di un interesse generale, perché la morte della sanità pubblica riguarda tutte le cittadine e tutti i cittadini. La battaglia in sua difesa è la battaglia di tutti e solo uniti potremo vincerla per onorare l'articolo 32 della Costituzione.**

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



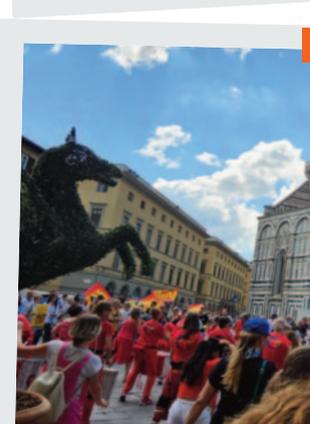
# SALVIAMO LA SANITÀ PUBBLICA

DI SILVERIO:

**“Non lasceremo disgregare il Ssn. Pronti a tutto, anche a dimissioni di massa”**

Il Ssn è “allo stremo e o si agisce bene e in fretta o noi non permetteremo al Ssn di disgregarsi, siamo pronti a tutto. Se arriveremo allo sciopero, e se accadrà sarà anche perché avremo un contratto che al momento è stagnante, non sarà lo sciopero di un giorno. Così come di sicuro non sarà l'unico strumento estremo che useremo. Non escludo neanche le dimissioni di massa. Si tenga conto che l'Anaa, nel giro di un mese, ha già ricevuto 5.000 richieste di informazioni per dimissioni di massa. C'è voglia di scappare dal Ssn che è una gabbia”.  
Le premesse non sono buone. “In pas-

sato con le istituzioni c'è stato un dialogo parziale, frammentato e non utile, evidentemente. Oggi abbiamo un dialogo, almeno con il ministro. Il problema è che forse il ministero della salute ha un dialogo frammentario e non utile con il ministero dell'Economia. La netta impressione è che il vero ministero della Salute sia il Mef e questo è grave, perché vuol dire che si continua a considerare la sanità un costo, come è stato negli ultimi 20 anni. La sanità, invece, è un servizio e una risorsa, imprescindibile e che produce indirettamente economia, cosa che il Mef dovrebbe comprendere. Questo



**TRENTO****POTENZA****PESCARA****UDINE****PADOVA****NAPOLI**

se volessimo essere economicistici e non sociali, cosa che noi non vogliamo essere”.

“Non deve essere percepita come una lotta di classe. Stiamo cercando di coinvolgere i cittadini perché il problema è diventato sociale”, ma il cittadino “oggi sembra sopito. Evidentemente dà per scontato il fatto di accedere gratuitamente al farmaco per la chemioterapia, che costerebbe a pillola 150 euro, così come altre prestazioni. Invece tutto questo è a rischio, perché da una parte abbiamo il disegno di autonomia differenziata, dall'altra si continua con il disinvestimento economico e organizzativo del Ssn. Ci si ostina a proseguire con leggi anacronistiche quali il tetto di spesa al personale, il taglio dei posti let-

to – ben 35mila da quando è entrato in vigore il decreto 70. Così facendo non si permette al cittadino di accedere in ospedale come luogo di cure, bensì lo si costringe ad accedervi con l'unica porta di ingresso che è il pronto soccorso. Questo significa smantellare il sistema di cure”.

“Al ministero della Salute chiediamo di non farsi più commissariare dal Mef e di riconquistare la sua funzione. Perché se è vero che Schillaci è nostro alleato, è anche vero che c'è un problema politico di peso che ha all'interno del Governo. Il ministero della Salute dovrebbe essere il perno del Welfare State ma sembra che il Governo non la pensi così”.

**BOLZANO****CASALE MONFERRATO****COSENZA****FIRENZE****GENOVA****MILANO**

# L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA

# È UN SUICIDIO SOCIALE

Allarme  
Anaaao

**Pubblichiamo il testo integrale della recente audizione svolta presso la Commissione Affari Costituzionali del Senato dal Segretario Nazionale Anaaao Assomed, Pierino Di Silverio** Il disegno di legge per l'attuazione dell'autonomia differenziata, presentato dal Ministro Roberto Calderoli e approvato il 2 febbraio 2023 dal Consiglio dei Ministri all'unanimità, concede maggiori poteri alle Regioni su 23 materie, tra cui la sanità

**Anaaao Assomed** chiede in via preliminare di eliminare, già in sede di legge quadro, la "tutela della salute" dalle materie su cui le Regioni possono chiedere maggiori autonomie. Per evitare il colpo di grazia a quel che resta del Servizio Sanitario Nazionale.

L'attuazione dell'autonomia differenziata è subordinata alla definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPs), come si legge nell'articolo 1 del Ddl Calderoli.

Nell'ambito della funzione di "tutela della salute", già ampiamente decentrata a livello regionale e locale, i LEPs sono largamente sovrapponibili ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Ovvero "le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)".

**La sanità rappresenta**, quindi, da tempo un laboratorio per misurare la capacità dello Stato di ridurre le disuguaglianze regionali, e in particolare il gap strutturale Nord-Sud. Il quale, però, in un bilancio di ciò che ha significato per la sanità la riforma del titolo V della Costituzione, appare addirittura peggiorato su vari indicatori. A partire

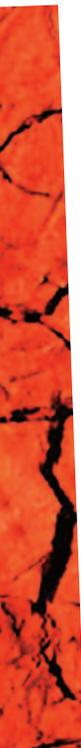
da una mobilità sanitaria che in un decennio ha sottratto, secondo la Corte dei Conti, 14 miliardi di euro dalle regioni del Sud, ridotte al rango di clienti di quelle del Nord, cui garantiscono la tenuta dei conti. Le regioni del Mezzogiorno, mediamente più giovani, ricevono una quota capitaria media inferiore a quella del nord e del Centro e faticano a contenere i fenomeni di mobilità, che portano via altre risorse.

Mentre la Legge 833/78, istitutiva del SSN, pone tra i suoi obiettivi il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese e l'articolo 32 della Costituzione vuole i cittadini uguali nella esigibilità del diritto alla salute, i dati derivanti dalla esperienza dei LEA documentano la persistenza di inaccettabili disuguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali, sia nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie sia negli esiti di salute, senza registrare alcuna reale convergenza dopo più di quarant'anni dalla nascita del SSN. Oggi le distanze tra le varie aree del paese si misurano non solo in km ma in aspettativa di vita (minore al Sud di 4 anni), tassi di mortalità evitabile (maggiori al Sud), speranza di vita in buona salute (20 anni tra i due estremi), mortalità infantile (doppia al Sud), mortalità materna al parto (mag-

giore al Sud). Anche nei servizi sociali il divario è enorme, tra i 583 euro spesi per abitante di Bolzano e i 53 di Messina. "I cittadini di serie A e quelli di serie B", di cui si parla spesso, non sono un rischio paventato ma l'iniqua realtà di oggi.

Il federalismo in sanità è, insomma, fallito. E non c'è motivo di pensare che possa salvarsi nella versione "a geometria variabile" che, anzi, rischia di favorire ulteriormente le spinte verso l'egoismo territoriale e il sovranismo regionale, aumentando l'entropia del sistema e le relative disuguaglianze.

**L'obiettivo del Ddl Calderoli** è, in tutta evidenza, quello di trattenere nelle Regioni, o meglio in alcune Regioni, più gettito fiscale, senza nemmeno indicare una soglia massima di compartecipazione al singolo tributo erariale che le Regioni potranno ottenere in sede di intesa. Le Regioni del Nord danno oggi allo Stato più di quanto ricevono, a differenza di quelle del Sud. Il saldo è negativo per Lombardia (-5090 pro-capite), Emilia Romagna (-2811), Veneto (-2680) e positivo per tutto il Sud (Campania +1380, Calabria +3086, Puglia +2440, Sicilia +2969) (CGIA, 2019). Diminuire, però, le disponibilità di risorse a livello centrale mette a rischio la possibilità per lo Stato di as-



solvere alle sue funzioni non delegabili e di colmare i divari esistenti in diversi settori, come salute e istruzione. Nello stesso tempo, alcune Regioni avranno la possibilità di garantire prestazioni diverse, per quantità e qualità, ai propri residenti, una sorta di LEPs di prima categoria, in violazione del principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini.

Pur senza considerare il Ddl Calderoli una sorpresa o un atto eversivo, non si possono nascondere dubbi e perplessità. Quali la mancanza di prerequisiti per richiedere ulteriore autonomia, così che anche Regioni in piano di rientro possano chiedere di espandere le competenze nella tutela della salute o lo scarso coinvolgimento del Parlamento, essendo l'intesa di fatto un accordo tra esecutivi. Soprattutto, non c'è alcuna chiarezza sul fronte delle modalità di finanziamento dei LEPs, vale a dire la soglia costituzionalmente necessaria per rendere effettivi i diritti civili e sociali, in un momento in cui l'Irap è in fase di sostanziale smantellamento e l'Irpef (su cui le Regioni già impongono un'addizionale) è solo una tassa sui lavoratori dipendenti e pensionati.

Un finanziamento difficile da realizzare in un sistema che non vuole "aggravare" per la finanza pubblica ma deve comporre la differenza del 25% di spesa sanitaria individuale tra Nord e Sud e quella della spesa pubblica allargata (17000 euro pro-capite al Nord, 13000 al Sud). E rispondere a quel 11% della popolazione che rinuncia alle cure per problemi economici o tempi di attesa. Quando la Germania affrontò il problema della riunificazione decise di trasferire ingenti risorse da Ovest a Est. In mancanza delle quali, Regioni che in partenza sono al di sotto della soglia minima di LEPs non potranno recuperare terreno, anche perché rimane vago il finanziamento di un fondo di perequazione. Contrariamente ai LEA, i LEPs non garantiscono la compatibilità del finanziamento con l'equilibrio del bilancio pubblico.

Quella che uno studioso come Gianfranco Viesti definisce "secessione dei ricchi" è destinata ad alimentare, nell'illusione di spendere meno dando servizi migliori, quelle disuguaglianze negli esiti di salute tra i territori che il Governo dichiara di volere abbattere. Rendendo l'accesso alle cure, e i loro esiti, funzioni del reddito e della residenza:

chi risiede in Regioni "forti" e avrà soldi si curerà, gli altri potranno solo aspettare in liste di attesa che ormai si misurano in semestri se non in anni.

La sanità rischia di diventare un bene pubblico per i residenti in una Regione e un bene di consumo in altre Regioni. Ma il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale perché forti sono i rischi per l'integrazione sociale e la stessa unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute. L'attuazione di maggiore autonomia richiesta dalle Regioni in sanità è inevitabilmente destinata ad amplificare le disuguaglianze di un SSN avviato, peraltro, lungo la china di una privatizzazione silenziosa, fino a legittimare, normativamente e in maniera irreversibile, il divario tra Nord e Sud. E questo proprio nel momento in cui il nostro Paese ha sottoscritto con l'Europa il PNRR, che ha l'obiettivo trasversale di ridurre le disuguaglianze regionali e territoriali.

**I poteri concessi in sanità** dal Ddl sono enormi e spaziano dalla mano libera su tariffe e tickets alla gestione dei fondi integrativi, con il rischio del risorgere di un sistema mutualistico-assicurativo, dalla governance delle aziende, con la possibilità di un sistema arlecchino più variegato di quello odierno, all'istituzione a livello di alcune regioni di quel contratto lavoro a scopo formativo per gli specializzandi che il Governo, o meglio le Università, si ostinano a negare a tutto il sistema nazionale anche in un momento in cui la carenza di professionisti è drammatica. Senza nemmeno prevedere una clausola di supremazia, essenziale, ad esempio, in caso di pandemia.

Preoccupa anche l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane e l'effetto calamita della possibilità di pagarle al di fuori dei vincoli del CCNL, mentre il tetto di spesa sul personale, che continua a esistere a livello nazionale, impedisce il reclutamento per via ordinaria. Un sistema di gettonisti istituzionalizzato e amplificato, paradigma di un mercato competitivo per l'ingaggio dei professionisti, nutrito dal dumping salariale e dalle contrattazioni regionali, che metterebbero una "pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sul ruolo dei sindacati a carattere nazionale" (GIMBE).

## il punto

### Anaao Assomed ritiene che si stia giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese

**Decentrare funzioni**, senza che nemmeno esistano evidenze, come rilevato dalla Corte dei Conti, per affermare che ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità economiche e nella gestione delle risorse aumentino il grado di efficienza dei servizi erogati, significa legittimare il divario Nord-Sud e frantumare un diritto della persona che la Costituzione definisce fondamentale. Un suicidio sociale oltre e prima che professionale e sanitario. Sottraendo al diritto alla salute una dimensione nazionale si mette in crisi il SSN e anche un'idea unitaria di Paese, di Repubblica e di Stato. In un'epoca in cui l'Italia ha scelto di delegare alcune materie alla competenza sovranazionale dell'Unione europea, per ragioni di armonizzazione e per avere maggiore peso geopolitico, è azzardato trasferire tutte le competenze previste dall'articolo 116 a una o più Regioni. Forte è il rischio che il progetto generi anche numerosi conflitti costituzionali tra Stato e Regioni.

Rafforzare il regionalismo in sanità significa insistere su una strada sbagliata. Si presti ascolto al Ministro Schillaci, secondo il quale "Per la salute è necessario che le Regioni siano in qualche modo guidate dal Ministero" perché "i gap che ci sono tra regione e regione, addirittura sull'attesa di vita, sono completamente inaccettabili in una nazione moderna". E alle parole del Presidente Mattarella nel discorso di fine 2022: "Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese - tra Nord e Meridione, per le isole minori, per le zone interne - creano ingiustizie, feriscono il diritto all'uguaglianza." Aggiungendo che: "Occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale si rafforzi".

# I CONTI IN "ROSSO" della sanità

Corte  
dei conti:

“Oltre metà delle  
regioni in deficit  
con un disavanzo  
totale di 1,47 mld”

**Publicato** il Rapporto sul Coordinamento della Finanza pubblica. Recupero delle liste d'attesa procede a rilento, sanità territoriale inadeguata, inefficienze negli ospedali e permangono differenze tra le Regioni. Occorre “migliorare l'assistenza e trovare un nuovo equilibrio tra ospedale e presidi territoriali, ma serve anche una risposta adeguata alle esigenze del personale sanitario. Un percorso che necessita di una riflessione attenta sul rilievo del settore nel quadro della programmazione nazionale”

“La spesa sanitaria è oggi, dopo la difficile fase pandemica, alla ricerca di nuovi equilibri. La contabilità nazionale ha di recente dato conto di un sistema che conferma, anche nel 2022, una spesa in riduzione in termini di prodotto e che assume, nelle previsioni del Governo nel DEF 2023, un profilo in continua flessione anche nel prossimo triennio. Una “normalizzazione” in attesa che i fenomeni demografici portino a nuovi incrementi. Si tratta di un quadro che trova nei conti regionali (diversi per natura, ma essi stessi fonte della contabilità pubblica) ulteriori elementi, che consentono di chiarire il percorso e valutarne le implicazioni anche guardando oltre i soli dati contabili”. È quanto sottolinea la Corte dei conti nel suo Rapporto sul Coordinamento della Finanza pubblica presentato oggi. Dove si sottolinea come “le difficoltà che ancora caratterizzano il sistema sanitario, provato dalla crisi pandemica, confermano la validità delle analisi su quali fronti intervenire per migliorare

l'assistenza e per trovare un nuovo equilibrio tra ospedale e presidi territoriali, ma richiedono anche una risposta adeguata alle esigenze del personale sanitario. Un percorso che necessita di una riflessione attenta sul rilievo del settore nel quadro della programmazione nazionale”.

### Le regioni con i conti sempre più in rosso.

Il risultato di esercizio, misurato quale differenza tra le entrate previste dallo Stato per la copertura dei LEA e le spese sostenute per l'assistenza sanitaria, si presenta in netto peggioramento. Le perdite crescono, passando dai 1.025 milioni di disavanzo del 2021 a poco meno di 1.470 milioni (erano 800 milioni nel 2020). Sulla lettura dei risultati dell'anno incide, poi, la considerazione nelle entrate dei ripiani dei disavanzi a carico delle aziende produttrici di dispositivi medici relative al quadriennio 2015-2018: l'importo consi-

derato nel bilancio 2022 (riferito ad un arco di cinque anni) è ben superiore a quello ipotizzabile per un singolo esercizio; la sua “sterilizzazione” porterebbe a un ulteriore peggioramento del risultato complessivo.

Il fenomeno è diffuso in tutte le aree del Paese, ma tocca in misura maggiore le regioni a statuto ordinario del Centro Nord. Presenta un risultato positivo la Lombardia, nonostante il forte calo subito nell'anno dalla voce relativa alla mobilità sanitaria netta, come effetto “ritardato” del blocco dell'assistenza nel 2020. Seppur a tassi più contenuti dello scorso biennio, la spesa sanitaria continua a crescere più delle entrate, ponendo le Amministrazioni di fronte alla necessità, come è avvenuto anche quest'anno, di “dirottare” al finanziamento del settore risorse aggiuntive per garantire l'equilibrio dei conti.

### Spesa pro capite: permangono grandi differenze tra le Regioni.

Nel 2022, la spesa sanitaria pro-capite al netto della mobilità (in altri termini, la spesa riferita alla popolazione residente nella regione) è stata pari a 2.241 euro, con un tasso di crescita rispetto al 2021 del 2,2 per cento. Dal 2019 ad oggi, le regioni non in Piano di rientro hanno registrato un incremento del co-

sto pro capite del 13,1 per cento (il 10,2 le altre). Sono le regioni del Nord a presentare le variazioni più significative sia nell'anno che nel periodo, con quelle a statuto speciale che aumentano la spesa in misura maggiore, rispettivamente del 3,6 e del 14,4 per cento. Guardando alla spesa sanitaria pro-capite, si accentua la variabilità interregionale, mettendo in luce non tanto le differenze nei bisogni delle popolazioni, quanto piuttosto le diverse capacità di reazione legate alle caratteristiche dei modelli di produzione dell'assistenza a livello regionale.

### Migliorano i Lea ma ancora molte criticità.

Il monitoraggio dei LEA relativi all'esercizio 2021, pur evidenziando un miglioramento generale dopo la battuta di arresto dell'anno precedente, con 14 regioni che raggiungono la sufficienza in ciascun livello di assistenza (rispetto alle 11 del 2020 ma alle 15 del 2019) indica il permanere di criticità, soprattutto nelle regioni meridionali. Continuano a rilevarsi valori estremamente contenuti, ad esempio, per gli screening oncologici effettuati nelle regioni in Piano, e solo parziale nel 2022 è stato il recupero delle prestazioni non effettuate durante la pandemia; il tasso di pazienti trattati in Assistenza domiciliare integrata (Adi) resta contenuto, soprattutto nel caso dell'indicatore per intensità di cura, che si colloca in ben 8 regioni al di sotto della soglia minima del 2,6 per cento. Se sono in miglioramento gli indicatori relativi all'area ospedaliera in termini di appropriatezza e di sicurezza e qualità delle cure, resta tuttavia eccessivo in tutto il Paese (ma soprattutto al Sud) il ricorso ai parti cesarei nelle strutture con un limitato numero di parti l'anno; come pure non è stata raggiunto nella maggior parte delle regioni meridionali l'obiettivo di interventi tempestivi per alcune patologie, quali la rottura del femore nei pazienti anziani, in cui gli esiti dell'operazione dipendono in modo cruciale dalla brevità dei tempi intercorrenti dal ricovero.

### Rete territoriale inadeguata e inefficienze negli ospedali.

Continuano a segnalare situazioni di inefficiente utilizzo delle risorse ospedaliere e, al contempo, una inadeguatezza della rete territoriale, gli indicatori legati agli accessi ai Pronto soccorso che, diminuiti durante la pandemia, sono aumentati nuovamente nel 2021, evidenziando come in numerose realtà territoriali gli ospedali siano il principale (e a volte l'unico) punto di rife-

TABELLA 1

### Spese, entrate e saldi Anni 2019-2022

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Nsis

	(per regioni in Piano e non - per aree territoriali - valori assoluti in milioni di euro)											
	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO senza coperture e senza ulteriori trasferimenti da Prov Autonome e Reg a Statuto Speciale				Ulteriori trasferimenti da PA e RSS e coperture presunte contabilizzate nei CE				Utili o perdite d'esercizio da NSIS (prima delle ulteriori coperture in sede di verifica)			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	1,7	48,1	58,8	-21,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	48,1	58,8	-21,0
VALLE D'AOSTA	-18,2	-18,7	-20,8	-37,0	22,4	22,6	21,6	40,4	4,2	3,9	0,7	3,4
LOMBARDIA	6,3	11,3	6,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	11,3	6,3	0,3
P. A. BOLZANO	-266,1	-310,2	-331,6	-297,4	293,8	337,3	339,9	301,6	27,6	27,1	8,3	4,3
P. A. TRENTO	-193,7	-201,3	-181,3	-243,3	193,7	201,4	181,4	243,3	0,0	0,0	0,0	0,0
VENETO	29,4	5,7	9,8	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	29,4	5,7	9,8	7,1
FRIULI V G	-128,8	-80,1	-89,8	-89,5	136,2	102,5	90,5	90,7	7,5	22,4	0,7	1,2
LIGURIA	-53,7	0,1	-35,4	-65,1	0,0	0,0	34,0	30,3	-53,7	0,1	-1,4	-34,8
EMILIA ROMAGNA	0,6	1,0	0,4	-99,9	0,0	0,0	0,0	15,0	0,6	1,0	0,4	-84,9
TOSCANA	-12,6	-91,3	-149,2	-76,2	0,0	0,0	24,8	0,0	-12,6	-91,3	-124,4	-76,2
UMBRIA	0,2	0,3	0,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,8
MARCHE	0,5	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3	0,3	0,0
LAZIO	108,4	84,4	0,0	-216,6	0,0	0,0	0,0	91,1	108,4	84,4	0,0	-125,5
ABRUZZO	-12,1	-15,4	13,9	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-12,1	-15,4	13,9	-0,1
MOLISE	-134,9	-41,2	-60,0	-43,5	17,8	18,1	19,8	20,5	-117,1	-23,2	-40,2	-23,0
CAMPANIA	37,1	27,3	14,5	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	37,1	27,3	14,5	7,9
PUGLIA	-38,2	-24,0	-132,8	-148,8	0,0	0,0	0,0	0,0	-38,2	-24,0	-132,8	-148,8
BASILICATA	0,8	4,3	3,5	-9,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	4,3	3,5	-9,9
CALABRIA	-221,6	-120,9	47,4	238,6	99,9	100,5	104,0	111,1	-121,7	-20,3	151,3	349,7
SICILIA	2,1	1,8	1,6	-247,8	0,0	0,0	0,0	249,7	2,1	1,9	1,6	1,9
SARDEGNA	-167,5	-84,9	-181,3	-128,3	178,7	111,6	199,5	86,6	11,3	26,6	18,2	-41,8
<b>Totale</b>	<b>-1.060,1</b>	<b>-803,6</b>	<b>-1.025,7</b>	<b>-1.469,9</b>	<b>942,6</b>	<b>894,0</b>	<b>1.015,4</b>	<b>1.280,4</b>	<b>-117,5</b>	<b>90,4</b>	<b>-10,3</b>	<b>-189,5</b>
Piano	-259,2	-88,0	-115,4	-410,4	117,7	118,6	123,7	472,4	-141,4	30,7	8,3	62,0
NoPiano	-800,9	-715,6	-910,2	-1.059,5	824,9	775,3	891,7	808,0	23,9	59,7	-18,6	-251,4
<b>Totale</b>	<b>-1.060,1</b>	<b>-803,6</b>	<b>-1.025,7</b>	<b>-1.469,9</b>	<b>942,6</b>	<b>894,0</b>	<b>1.015,4</b>	<b>1.280,4</b>	<b>-117,5</b>	<b>90,4</b>	<b>-10,3</b>	<b>-189,5</b>
RSO	-287,9	-110,2	-222,4	-426,5	117,7	118,6	182,5	268,0	-170,2	8,4	-39,8	-158,5
RSO Nord	-15,7	66,1	39,9	-178,6	0,0	0,0	34,0	45,3	-15,7	66,1	73,9	-133,3
RSO Centro	96,6	-6,3	-148,7	-292,0	0,0	0,0	24,8	91,1	96,6	-6,3	-123,9	-200,9
RSO Sud	-368,8	-169,9	-113,5	44,1	117,7	118,6	123,7	131,5	-251,1	-51,3	10,2	175,7
RSS	-772,2	-693,4	-803,3	-1.043,4	824,9	775,4	832,9	1.012,4	52,7	81,9	29,6	-31,0
RSS Nord	-606,7	-610,3	-623,6	-667,3	646,1	663,7	633,4	676,1	39,4	53,4	9,8	8,9
RSS Sud	-165,4	-83,1	-179,7	-376,2	178,8	111,6	199,5	336,3	13,3	28,5	19,8	-39,8

TABELLA 2

### I piani operativi di recupero: la spesa sostenuta rispetto alle risorse assegnate. Importi in migliaia

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della salute

\*Importi comunicati a marzo 2023

Regioni	Finanziamento Stimato* complessivo POR	Finanziamento L. 30 dicembre 2021, n. 234	Delta finanziamenti	Spesa rendicontata anno 2022	% finanziamento utilizzato	Residuo
Piemonte	37.196	36.863	332.791	38.910	106	-2.047
Valle d'Aosta	1.057	1.057	0	341	32	716
Lombardia	83.899	83.899	0	71.244	85	12.655
PA Bolzano	4.572	4.351	221.096	1.265	29	3.086
PA Trento	4.539	4.539	0	2.237	49	2.302
Veneto	45.731	40.981	4.750.142	32.586	80	8.395
Friuli V.G.	14.964	10.368	4.595.519	13.177	127	-2.809
Liguria	13.327	13.327	0	13.327	100	0
Emilia-Romagna	37.734	37.734	0	50.920	135	-13.186
Toscana	31.542	31.542	0	28.879	92	2.663
Umbria	7.437	7.437	0	4.597	62	2.840
Marche	12.862	12.862	0	4.672	36	8.189
Lazio	47.971	47.971	0	18.937	40	29.033
Abruzzo	11.201	10.934	267.131	5.390	49,3	5.544
Molise	580	2.557	-1.977.190	44	2	2.514
Campania	46.357	46.357	0	16.143	35	30.213
Puglia	32.899	32.899	0	21.956	67	10.942
Basilicata	4.649	4.649	0	3.780	81	870
Calabria	15.719	15.719	0	4.531	28	11.187
Sicilia	40.282	40.282	0	11.489	29	28.793
Sardegna	12.632	13.673	-1.041.365	3.571	26	10.102
<b>Totale</b>	<b>507.148</b>	<b>500.000</b>	<b>7.148.124</b>	<b>347.996</b>	<b>69</b>	<b>152.004</b>
Nord	243.019	233.119	9.899.548	224.007	92	9.113
Centro	99.811	99.811	0	57.085	57	42.726
Mezzogiorno	164.318	167.070	-2.751.424	66.904	41	100.166

rimento per l'assistenza. Difficoltà che trovano riscontro sia nel ritardo con cui è stato possibile recuperare le liste d'attesa dei ricoveri e della specialistica ambulatoriale accumulate durante la pandemia, sia nelle problematiche relative al personale soprattutto ospedaliero.

### Stabilizzazioni di personale al palo.

Nonostante la proroga di alcune misure adottate durante l'emergenza e la

possibilità di stabilizzare gli operatori sanitari, nel 2022 si sono rese sempre più evidenti le carenze di organico, specie in alcune strutture. In particolare, sono venute ad aggravarsi criticità nel funzionamento dei servizi di emergenza e urgenza, sia in riferimento all'utilizzo dei c.d. medici a gettone, sia, più in generale, in relazione alla disponibilità di risorse professionali necessarie a garantire il funzionamento di una componente cruciale del sistema di assistenza.

# I conti in “rosso” della sanità

TABELLA 3

## La spesa pro capite e saldi Anni 2019-2022

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Nsis

	Totale per residenti			
	2019	2020	2021	2022
PIEMONTE	2.020	2.114	2.208	2.224
VALLE D'AOSTA	2.150	2.405	2.588	2.705
LOMBARDIA	1.967	2.077	2.149	2.223
P. A. BOLZANO	2.458	2.706	2.844	2.836
P. A. TRENTO	2.291	2.433	2.472	2.710
VENETO	1.960	2.125	2.207	2.290
FRIULI V G	2.180	2.244	2.351	2.414
LIGURIA	2.209	2.272	2.372	2.462
EMILIA ROMAGNA	2.057	2.246	2.258	2.334
TOSCANA	2.051	2.216	2.285	2.281
UMBRIA	2.019	2.143	2.233	2.333
MARCHE	1.978	2.070	2.165	2.190
LAZIO	1.944	2.068	2.122	2.181
ABRUZZO	2.011	2.096	2.155	2.185
MOLISE	2.399	2.207	2.373	2.345
CAMPANIA	1.896	2.009	2.103	2.115
PUGLIA	1.960	2.036	2.145	2.169
BASILICATA	2.016	2.116	2.219	2.286
CALABRIA	2.051	2.098	2.087	2.041
SICILIA	1.955	2.048	2.143	2.183
SARDEGNA	2.121	2.185	2.338	2.413
<b>Totale</b>	<b>2.001</b>	<b>2.116</b>	<b>2.194</b>	<b>2.241</b>
Piano	1.955	2.050	2.128	2.155
NoPiano	2.032	2.160	2.237	2.298
<b>Totale</b>	<b>2.001</b>	<b>2.116</b>	<b>2.194</b>	<b>2.241</b>
RSO	1.989	2.107	2.179	2.224
RSO Nord	2.005	2.134	2.203	2.270
RSO Centro	1.987	2.120	2.187	2.225
RSO Sud	1.963	2.046	2.128	2.139
RSS	2.069	2.167	2.275	2.335
RSS Nord	2.265	2.397	2.500	2.590
RSS Sud	1.997	2.082	2.191	2.240

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

## Recupero liste d'attesa: usate solo il 70% delle risorse stanziare (vedi anche altro articolo a pag...).

L'attività di audit conclusa nel mese di aprile 2023 sulle attività volte alla realizzazione dei piani regionali di recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia fornisce anche un quadro dell'utilizzo dei finanziamenti stanziati. La spesa rendicontata a consuntivo del 4° trimestre 2022 ammonta a circa il 70 per cento del totale. La lettura dei dati evidenzia una forte disomogeneità che dai risultati conseguiti (proporzione delle prestazioni recuperate rispetto al totale delle posizioni in lista al 31.12.2021 e proporzione delle prestazioni recuperate rispetto al totale indicato nei Piani Operativi Regionali).

## La spesa sanitaria.

Nel 2022 la spesa sanitaria è cresciuta rispetto all'esercizio precedente del 2,9 per cento, raggiungendo i 131,1 miliardi. Continua la graduale flessione dell'incidenza in termini di prodotto rispetto ai livelli raggiunti durante la pandemia: dal 7,4 per cento del 2020, al 7,2 per cento del 2021, a poco più del 6,9 per cento dell'esercizio appena concluso.

La crescita registrata nell'anno è dovuta soprattutto agli esborsi per redditi da lavoro (quelli per la produzione diretta di servizi) che registrano un aumento del 5,7 per cento, sia per la sottoscrizione dei rinnovi contrattuali del personale non dirigente sia per la proroga nel ricorso al personale utilizzato per l'emergenza sanitaria di cui, in parte, è stata avviata la stabilizzazione. In

aumento di un ulteriore 3,7 per cento anche la spesa per consumi intermedi, che già nel 2021 aveva registrato un incremento consistente (+10 per cento); una variazione che interessa sia gli acquisti di farmaci (+9,6 per cento) sia gli altri consumi (+1,4 per cento).

Su tali andamenti incidono diversi fattori a volte contrastanti tra loro: nel caso dei farmaci, in senso accrescitivo va sottolineata la spesa per farmaci innovativi connessa all'aumento nella dotazione del fondo destinato a garantire il rimborso alle regioni delle spese sostenute (+100 milioni nel 2022, +200 nel 2023 e +300 a partire dal 2024), mentre in riduzione i proventi per il pay-back dei farmaci cresciuti in misura consistente nell'ultimo biennio. Sul fronte degli altri consumi intermedi, l'aumento delle spese per dispositivi medici (in crescita nei conti regionali dell'1,6 per cento) e, soprattutto nell'esercizio, di quelle connesse ai prodotti energetici è in parte compensato, come si è detto, dalla flessione dei pagamenti operati dal Commissario per il Covid e dalla attivazione del pay-back sui dispositivi medici.

Per il 2023 è previsto un ulteriore incremento del 3,8 per cento che porta la spesa a 136 miliardi, in flessione di 1 decimo di punto in termini di prodotto. Sulla previsione incidono soprattutto gli andamenti dei redditi da lavoro e dei consumi intermedi. I primi sono previsti crescere del 4,5 per cento: si tratta degli oneri connessi al rinnovo del trattamento economico del personale dirigente del SSN per il triennio 2019-2021, delle nuove assunzioni, delle misure introdotte con il d.l. 34/2023 e dei primi incrementi relativi al personale da impiegare nelle nuove strutture dell'assistenza territoriale.

Tra i consumi la crescita è trainata dalla spesa farmaceutica, sia per somministrazione diretta (connessa alla ridefinizione del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti), che per la riduzione degli importi del pay-back, riferito nel 2022 agli importi relativi a più esercizi. La previsione inoltre sconta l'operare del tetto sui dispositivi medici e del conseguente meccanismo del pay-back su cui incideranno certamente gli sviluppi che si avranno in termini di contenziosi. Limitata la variazione prevista per le prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market. La crescita del 3,4 per cento è da ricondurre prevalentemente all'aumento dovuto al rinnovo delle convenzioni per l'assistenza medico generica, di cui si prevede un aumento del 15,3 per cento.

TABELLA 4

## Avanzamento spesa sostenuta

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Regis

Miss. / Comp.	Risorse complessive	Spesa sostenuta a fine 2022 (a)	% di attuazione	Spesa sostenuta nel 2023 (b)	Spesa complessiva (a+b)	% di attuazione
<b>M1 Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura</b>	<b>40.291,5</b>	<b>7.547,5</b>	<b>18,7%</b>	<b>196,3</b>	<b>7.743,8</b>	<b>19,2%</b>
M1C1	9.722,0	519,0	5,3%	75,8	594,7	6,1%
M1C2	23.894,5	6.990,8	29,3%	116,5	7.107,3	29,7%
M1C3	6.675,0	37,7	0,6%	4,0	41,8	0,6%
<b>M2 Rivoluzione verde e transizione ecologica</b>	<b>59.458,6</b>	<b>11.133,9</b>	<b>18,7%</b>	<b>2,2</b>	<b>11.136,0</b>	<b>18,7%</b>
M2C1	5.265,0	0,2	0,0%	0,0	0,2	0,0%
M2C2	23.777,7	410,3	1,7%	0,0	410,3	1,7%
M2C3	15.361,7	8.801,4	57,3%	2,2	8.803,6	57,3%
M2C4	15.054,1	1.922,0	12,8%	0,0	1.922,0	12,8%
<b>M3 Infrastrutture per una mobilità sostenibile</b>	<b>25.396,7</b>	<b>4.239,5</b>	<b>16,7%</b>	<b>0,0</b>	<b>4.239,5</b>	<b>16,7%</b>
M3C1	24.766,7	4.225,1	17,1%	0,0	4.225,1	17,1%
M3C2	630,0	14,4	2,3%	0,0	14,4	2,3%
<b>M4 Istruzione e ricerca</b>	<b>30.876,0</b>	<b>1.273,2</b>	<b>4,1%</b>	<b>191,9</b>	<b>1.465,1</b>	<b>4,7%</b>
M4C1	19.436,0	1.088,5	5,6%	68,0	1.156,6	6,0%
M4C2	11.440,0	184,7	1,6%	123,8	308,5	2,7%
<b>M5 Inclusione e coesione</b>	<b>19.850,9</b>	<b>238,9</b>	<b>1,2%</b>	<b>749,4</b>	<b>988,3</b>	<b>5,0%</b>
M5C1	6.660,0	96,1	1,4%	70,4	166,5	2,5%
M5C2	11.215,9	109,2	1,0%	672,2	781,4	7,0%
M5C3	1.975,0	33,6	1,7%	6,8	40,5	2,0%
<b>M6 Salute</b>	<b>15.625,5</b>	<b>95,8</b>	<b>0,6%</b>	<b>15,5</b>	<b>111,2</b>	<b>0,7%</b>
M6C1	7.000,0	8,9	0,1%	8,2	17,0	0,2%
M6C2	8.625,5	86,9	1,0%	7,3	94,2	1,1%
<b>Totale complessivo</b>	<b>191.499,2</b>	<b>24.528,7</b>	<b>12,8%</b>	<b>1.155,2</b>	<b>25.684,0</b>	<b>13,4%</b>

# PERCHÉ

## Non si riescono a recuperare le prestazioni perse durante il Covid?

La **pandemia** da Covid, come noto ormai da tempo, oltre ai decessi e alla forte pressione sulle strutture ospedaliere ha causato ulteriori ritardi nelle liste d'attesa. Per riassorbire questi ritardi e garantire l'assistenza alle persone, i governi hanno messo in campo nel tempo diverse misure. Nel mentre, il Ministero della Salute ha indicato alcune categorie di prestazioni prioritarie sulle quali intervenire. Nel 2022 però, come sottolineato dalla Corte dei Conti, nessuna regione ha raggiunto in tutte le aree obiettivo le quote di recupero previste nei piani operativi.

Restano ancora diversi ritardi, nelle diverse regioni, in tema di ricoveri, screening e prestazioni ambulatoriali. Inoltre, la forte disomogeneità dei risultati conseguiti si proietta anche nell'utilizzo dei finanziamenti stanziati. Se nel Nord in media si è registrato l'utilizzo di circa il 92% delle risorse assegnate, la quota scende al 57% nel Centro e oltre il 40% nel Mezzogiorno. Il recupero dei ritardi accumulati resta un percorso ad ostacoli e si apre ulteriormente la forbice tra le diverse aree, soprattutto nel Mezzogiorno.

Nella legge di bilancio ha disposto la proroga per il 2022 delle misure previste a questo fine dall'articolo 76 del decreto legge 73/2021 (che a sua volta prorogava quelle disposte con il decreto legge 104/2020), entro un **importo massimo di 500 milioni a valere sulle disponibilità del Fsn** ripartito in base alle quote di accesso per il 2021. Le regioni hanno pertanto rimodulato i Piani per le liste d'attesa entro il 31 gennaio 2022. Per agevolare l'azione di recupero si è previsto, inoltre, che le regioni potessero **coinvolgere gli erogatori privati accreditati** attraverso l'integrazione degli accordi e dei contratti in essere. A tal fine è stata introdotta la possibilità di incrementare il limite previsto per tali accordi **fino a un massimo di 150 milioni**, secondo una ripartizione tra regioni operata in base al peso dell'assistenza specialistica e ospedaliera da privati nel 2011.

Dal lato del del **Ministero della salute**, inoltre, sono state **individuare tre categorie di prestazioni prioritarie**,



**Restano ancora** diversi ritardi, nelle diverse regioni, in tema di ricoveri, screening e prestazioni ambulatoriali. Inoltre, la forte disomogeneità dei risultati conseguiti si proietta anche nell'utilizzo dei finanziamenti stanziati. Se nel Nord in media si è registrato l'utilizzo di circa il 92% delle risorse assegnate, la quota scende al 57% nel Centro e oltre il 40% nel Mezzogiorno. Il recupero dei ritardi accumulati resta un percorso ad ostacoli e si apre ulteriormente la forbice tra le diverse aree, soprattutto nel Mezzogiorno

*Giovanni  
Rodriquez*

per le quali i Piani operativi regionali dovevano definire le modalità organizzative per colmare il gap assistenziale registrato rispetto al periodo pre-pandemico:

- i ricoveri per interventi chirurgici programmati;
- le prestazioni ambulatoriali (prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNGLA, esigenze regionali)
- le prestazioni afferenti alle tre campagne di screening oncologico (inviti e prestazioni diagnostico-terapeutiche per carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon-retto).

Come dicevamo, nel corso del 2022 nessuna regione ha raggiunto in tutte le aree obiettivo le quote di recupero previste nei piani operativi.

### Ricoveri programmati

Nel complesso nei piani operativi era previsto il recupero nel 2022 di circa l'81% di quelli che era stato necessario posporre a causa della pandemia. Nelle stime fornite nei piani **le prestazioni da recuperare erano circa 630 mila**. Di queste, poco meno del 40% erano riferibili a istituzioni del Nord-ovest, il 26% del Nord-est, il 14% al Centro e il restante 21% alle regioni meridionali.

Rispetto a tale obiettivo, in base ai dati raccolti dal Ministero della salute a **livello complessivo è stato recuperato circa il 66% di quanto era stato programmato**. Valore che rappresenta poco più del 54% delle liste d'attesa.

Il miglior risultato è stato consegu-

# Liste d'attesa

TABELLA 1

**I piani operativi di recupero: i ricoveri programmati**

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della salute

Regione	Liste di attesa al 01/01/2022	Volume di prestazioni inserite nel POR		% recupero stimata sul totale	Finanziamento stimato	Quote di recupero raggiunte rispetto al target
		(numero interventi chirurgici da effettuare anno 2022)				
Piemonte	132.334		132.334	100%	17.701.987 €	92%
Valle d'Aosta	2.403		2.403	100%	337.351 €	25%
Lombardia	66.957		56.907	85%	46.259.228 €	29%
PA Bolzano	3.368		3.368	100%	3.840.828 €	21%
PA Trento	3.600		3.600	100%	2.613.968 €	44%
Veneto	63.133		63.133	100%	23.730.832 €	72%
Friuli V.G.	27.173		5.330	20%	9.887.200 €	63%
Liguria	42.317		6.000	14%	3.584.421 €	14%
Emilia-Romagna	67.291		53.833	80%	17.765.535 €	80%
Toscana	37.151		37.151	100%	10.000.000 €	90%
Umbria	24.777		16.973	69%	3.036.700 €	74%
Marche	6.870		5.135	75%	5.467.022 €	32%
Lazio	17.270		19.011	110%	9.946.964 €	69%
Abruzzo	7.877		5.480	70%	5.927.956 €	66%
Molise	453		454	100%	280.000 €	65%
Campania	36.259		36.259	100%	17.471.210 €	22%
Puglia	24.463		17.124	70%	30.047.856 €	70%
Basilicata	6.769		2.671	39%	1.713.736 €	91%
Calabria	5.322		5.322	100%	3.443.411 €	27%
Sicilia	34.106		34.106	100%	21.270.600 €	40%
Sardegna	19.785		5.835	29%	5.683.486 €	29%
<b>Totale</b>	<b>629.678</b>		<b>512.429</b>	<b>81%</b>	<b>240.010.291 €</b>	<b>66%</b>
Nord	408.576		326.908	80%	125.721.350	72%
Centro	86.068		78.270	91%	28.450.686	78%
Mezzogiorno	135.034		107.251	79%	85.838.255	40%

to nel Centro che ha raggiunto il 78% di quanto programmato, riassorbendo il 71% delle prestazioni in lista d'attesa. Nel Nord dove è stato realizzato il 72% dell'obiettivo, il recupero ha raggiunto il 57% delle liste. Nelle regioni meridionali l'azione di recupero prevista si è fermata al 40%. Delle 135 mila prestazioni in liste d'attesa ne risulterebbero riassorbite il 32%. Nella tavola sono poi indicati i finanziamenti stimati per tale attività dei 500 milioni previsti. Il rapporto tra tali importi e il complesso delle liste d'attesa porta a valori molto diversi tra aree (e regione): si passa da una media di 308 euro a ricovero nel Nord, 330 nel Centro a 635 nel Mezzogiorno. Una differenza che, secondo il parere della Corte dei Conti, richiederebbe "un approfondimento" una volta disponibili i dati definitivi.

TABELLA 2

**I piani operativi di recupero: gli screening**

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della salute

Regione	Liste di attesa al 01/01/2022		Volume di prestazioni inserite nel POR		% recupero stimata sul totale			% prestazioni recuperate rispetto al target		
	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni	Inviti	Prestazioni	Finanziamento stimato	Inviti	Prestazioni	
Piemonte	903.753	434.894	903.753	434.894	100%	100%	3.617.251 €	100%	100%	
Valle d'Aosta	13.979	25.111	13.979	25.111	100%	100%	200.000 €	100%	89%	
Lombardia	1.494.923	936.159	1.447.324	840.961	97%	90%	11.334.968 €	97%	90%	
PA Bolzano	2.684	2.070	2.684	2.070	0%	100%	149.800 €	98%	93%	
PA Trento	13.000	10.050	13.000	10.050	100%	100%	247.651 €	100%	100%	
Veneto	169.213	146.552	169.213	146.552	100%	100%	1.813.813 €	63%	71%	
Friuli V.G.	48.610	34.957	-	8.570	0%	25%	53.500 €	14%	25%	
Liguria	175.346	109.660	35.000	30.000	20%	27%	904.732 €	20%	80%	
Emilia-Romagna	93.932	86.478	93.932	86.478	100%	100%	1.108.310 €	100%	99%	
Toscana	194.000	106.000	194.000	106.000	100%	100%	1.542.009 €	100	100	
Umbria					Recupero nel 2021					
Marche	516.095	44.517	92.897	8.903	18%	20%	1.333.033 €	82%	20%	
Lazio	69.000	430.662	69.000	430.662	100%	100%	2.635.408 €	100%	99%	
Abruzzo	57.608	66.385	41.954	45.156	73%	68%	2.045.653 €	95%	69%	
Molise	13.546	6.337	13.546	12.145	100%	192%	50.000 €	100%	85%	
Campania	548.163	166.865	548.163	166.865	100%	100%	5.823.737 €	21%	16%	
Puglia	552.315	160.354	552.315	160.354	100%	100%	3.022.252 €	90%	80%	
Basilicata	23.338	17.264	23.338	17.264	100%	100%	600.000 €	100	100	
Calabria	280.441	142.070	280.440	142.069	100%	100%	2.000.000 €	34%	9%	
Sicilia	366.060	64.800	366.060	64.800	100%	100%	2.271.486 €	96%	60%	
Sardegna	177.453	76.490	220.961	99.381	125%	130%	2.350.996 €	56%	44%	
<b>Totale</b>	<b>5.713.459</b>	<b>3.067.675</b>	<b>5.081.559</b>	<b>2.838.285</b>	<b>89%</b>	<b>93%</b>	<b>43.104.599 €</b>	<b>82%</b>	<b>67%</b>	
Nord	2.915.440	1.785.931	2.678.885	1.584.686	92%	89%	19.430.025	95%	91%	
Centro	779.095	581.179	355.897	545.565	46%	94%	5.510.450	95%	27%	
Mezzogiorno	2.018.924	700.565	2.046.777	708.034	101%	101%	18.164.124	61%	44%	

**Gli screening**

Molto differenti anche i risultati sul fronte delle liste d'attesa per gli screening sia guardando agli "inviti" che alle "prestazioni". Le prestazioni in lista d'attesa erano a inizio 2022 5,7 milioni di "inviti" e 3,1 milioni le prestazioni. Si concentravano soprattutto al Nord (51% degli inviti e 58,2% delle prestazioni). I recuperi stimati per il 2022 erano nel complesso elevati: rispettivamente l'89% e il 93% di quelli in attesa.

**A consuntivo il risultato è stato nel complesso positivo: risultano conseguiti, rispetto ai programmati, l'82% degli inviti e il 67% delle prestazioni.** Sarebbero stati così recuperati il 72% degli inviti e il 62% delle prestazioni.

**Un risultato che tuttavia presenta elevata variabilità territoriale.** Anche in questo caso fatta eccezione per l'Umbria che aveva conseguito il recupero delle liste già nel 2021, sono solo 5 le regioni che hanno raggiunto gli obiettivi in entrambi i casi, di cui 4 raggiungendo il totale del programmato e tutte collocate nel Centro Nord. In media risulta riassorbito il ritardo soprattutto nelle regioni del Nord. Il recupero in quest'area riguarda 87% degli inviti e l'81%. Nel Mezzogiorno e, soprattutto nel Centro (fatta eccezione per Umbria e Toscana che hanno recuperato tutte le prestazioni attese) la quota riassorbita è di molto inferiore all'obiettivo specie in termini di prestazioni (al 25% rispetto al 93,9% previsto nel Centro al 44% al 100% nel Mezzogiorno).

TABELLA 3

**I piani operativi di recupero: le prestazioni ambulatoriali**

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della salute

Regioni	Liste di attesa al 01/01/2022	Volume di prestazioni inserite nel POR		% recupero stimata sul totale	Finanziamento stimato	Quote di recupero raggiunte
		(numero prestazioni da effettuare anno 2022)				
Piemonte	2.991.739		2.991.739	100	15.876.393	80%
Valle d'Aosta	4.538		4.538	100	520.029	100%
Lombardia	2.253.794		1.227.516	54	24.277.449	75%
PA Bolzano	13.982		10.110	72	3.840.828	66%
PA Trento	16.998		16.998	100	1.677.320	100%
Veneto	268.829		268.829	100	20.186.742	83%
Friuli-Venezia Giulia	482.663		71.590	15	5.664.300	15%
Liguria	377.721		135.000	36	8.837.417	36%
Emilia-Romagna	1.726.095		1.726.095	100	18.869.548	91%
Toscana	300.000		300.000	100	20.000.000	100%
Umbria	58.453		58.453	100	4.400.000	94%
Marche	102.453		99.254	97	6.061.587	31%
Lazio	692.390		692.390	100	35.388.146	75%
Abruzzo	51.298		44.207	86	3.227.587	89%
Molise	5.300		4.300	81	250.000	27%
Campania	2.629.094		2.629.094	100	23.061.567	7%
Puglia	374.156		261.909	70	2.850.867	70%
Basilicata	218.875		194.170	89	6.068.155	34%
Calabria	746.934		746.934	100	10.275.489	13%
Sicilia	130.452		130.452	100	16.739.989	48%
Sardegna	410.671		247.775	60	4.597.030	10%
<b>Totale</b>	<b>13.856.435</b>		<b>11.861.353</b>	<b>86</b>	<b>232.670.443</b>	<b>57%</b>
Nord	8.136.359		6.452.415	79	99.750.026	81%
Centro	1.153.296		1.150.097	100	65.849.733	79%
Mezzogiorno	4.566.780		4.258.841	93	67.070.684	15%

## Prestazioni ambulatoriali

Riguardo infine alle prestazioni ambulatoriali, a fronte di una quota di recupero prevista all'86% il risultato ottenuto si attesta al 57% del programmato.

Anche in questo caso sono le regioni del Nord, cui erano riferibili oltre il 58% delle liste, a ottenere i risultati più positivi: il recupero raggiunge l'81% di quanto previsto nel piano operativo regionale. Buono anche il dato delle regioni centrali che in media raggiungono oltre il 79% delle prestazioni in attesa ma partendo da un carico inferiore in termini di prestazioni (al Centro ne sono riferite il 9,7% a fronte di un peso in termini di popolazione di oltre il doppio) e con un obiettivo di recupero da completare nell'anno. **Molto limitati invece gli esiti nel Mezzogiorno** dove, fatta eccezione per Abruzzo e Puglia, le prestazioni recuperate sono insoddisfacenti: in media il 15% di quanto previsto, il 14% delle liste quota che si riduce ancora ove si escludano le due regioni con buona performance.

## I finanziamenti stanziati

La spesa rendicontata a consuntivo del 4° trimestre 2022 ammonta a circa il 70% del totale. La lettura dei dati evidenzia una forte disomogeneità che dai risultati conseguiti si proietta anche nell'utilizzo dei finanziamenti stanziati. Se nel Nord in media si è registrato l'utilizzo di circa il 92% delle risorse assegnate (molto più limitati i valori sia nella Valle d'Aosta che nella PA di Bolzano), nel Centro e soprattutto nel Mezzogiorno le quote scendono considerevolmente: al 57% nel Centro (ma come media di andamenti diversi tra Toscana e Umbria rispettivamente al 92 e al 62% a fronte dei valori molto limitati di Lazio e Marche), a poco oltre il 40% nel Mezzogiorno (in cui si distinguono i risultati di Puglia e Basilicata rispettivamente al 67 e al 81%).

**L'attività di recupero non è certamente finita.** Il decreto-legge 198/2022 ha indicato il percorso che le regioni e Province Autonome possono compiere per garantire la completa attuazione dei Piani operativi. Il decreto, al contempo, pone nella loro disponibilità la scelta sulle destinazioni delle risorse correnti, non utilizzate al 31 dicembre 2022, essendo l'obiettivo dell'Amministrazione di supportare le regioni nel prosieguo delle attività di recupero delle prestazioni.

**Il recupero dei ritardi accumulati resta ancora un percorso ad ostacoli.** La

TABELLA 4

### Le prestazioni ambulatoriali: un confronto 2019-2022

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Agenas

	Ecografia dell'Addome - Codice 88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	Ecografia Ginecologica/Ostetrica - Codice 88.78.88 - 78.2	Elettrocardiogramma - Codice 89.52	Prima Visita - Codice 89.7	Ginecologia/Ostetrica - Codice 89.26.1 - 89.26.3	Prima Visita - Codice 89.13	Neurologia - Codice 89.13	Prima Visita Oculistica - Codice 95.02	RM Muscoloscheletrica - Codice 88.94.1 - 88.94.2	TC del capo - Codice 87.03 - 87.03.1	Visita di Controllo - Codice 89.01	Totale complessivo
Numero prestazioni 2019												
Nord	1.991.801	673.197	2.416.774	10.491.225	700.665	531.220	1.517.007	679.395	401.858	17.133.691	36.536.833	
Centro	633.142	206.875	1.062.400	4.645.768	357.277	231.817	716.748	214.615	131.157	6.746.610	14.946.409	
Mezzogiorno	1.185.944	193.707	1.748.426	6.643.641	232.548	401.587	860.889	349.342	268.010	8.691.318	20.575.412	
Totale	3.810.887	1.073.779	5.227.600	21.780.634	1.290.490	1.164.624	3.094.644	1.243.352	801.025	32.571.619	72.058.654	
Numero prestazioni 2022												
Nord	1.933.994	635.971	1.879.595	9.155.275	585.477	490.047	1.129.818	727.584	429.938	14.555.801	31.523.500	
Centro	579.881	192.803	734.854	3.956.672	307.370	190.312	573.557	217.805	138.088	5.786.577	12.677.919	
Mezzogiorno	1.008.402	167.694	1.381.048	5.294.534	190.059	314.929	594.226	341.291	278.631	6.728.597	16.299.411	
Totale	3.522.277	996.468	3.995.497	18.406.481	1.082.906	995.288	2.297.601	1.286.680	846.657	27.070.975	60.500.830	
numero prestazioni per 1000 abitanti 2019												
Nord	72	24	87	380	25	19	55	25	15	620	1.323	
Centro	53	17	90	391	30	20	60	18	11	568	1.259	
Mezzogiorno	58	10	86	327	11	20	42	17	13	428	1.012	
Totale	64	18	87	364	22	19	52	21	13	545	1.205	
numero prestazioni per 1000 abitanti 2022												
Nord	71	23	69	334	21	18	41	27	16	532	1.152	
Centro	49	16	63	337	26	16	49	19	12	494	1.081	
Mezzogiorno	51	8	69	266	10	16	30	17	14	338	818	
Totale	60	17	68	312	18	17	39	22	14	459	1.025	
indice Italia = 100 2019												
Nord	113	136	100	104	118	99	106	118	109	114	110	
Centro	84	97	102	108	140	100	117	87	83	104	105	
Mezzogiorno	92	53	98	90	53	101	82	83	98	79	84	
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
indice Italia = 100 2022												
Nord	118	138	101	107	117	106	106	122	110	116	112	
Centro	83	97	93	108	143	96	126	85	82	108	106	
Mezzogiorno	85	50	102	85	52	94	77	79	97	74	80	
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Agenas



disponibilità dei dati relative ad un campione di prestazioni di specialistica ambulatoriale (fonte Agenas) consente di guardare anche al mancato recupero di livelli di attività pre-crisi. Si tratta di 10 prestazioni di cui 5 relative a esami radiologici (ecografia all'addome e ginecologica, elettrocardiogramma, TC del capo e RM muscoloscheletrica) e 5 relative a visite (prime visite generiche, ginecologiche, neurologiche, oculistiche e di controllo).

**Il confronto tra le prestazioni rese nel 2019 e quelle relative all'esercizio appena concluso restituisce un quadro molto netto:** solo in due casi (TC al capo e RM muscoloscheletrica) guardando ai dati nazionali si registra una crescita, anche se non distribuita omogeneamente tra le regioni (rispettivamente del 3,5 e del 5,7%). In tutte le altre tipologie lo scostamento è ancora rilevante. Superiori alla media le flessioni per elettrocardiogramma (-23,4%) e visite oculistiche (-25,8%). Dati che nascondono differenze terri-

toriali: per quanto riguarda gli elettrocardiogrammi la flessione supera in media il 30% nelle regioni centrali, mentre nell'oculistica sul dato nazionale incide la riduzione del 31% delle regioni del Mezzogiorno con accentuazioni particolari in Calabria (-48,4%) e in Sardegna (-38,5%). Si riducono tra il 14,4 e il 16,9% le altre visite ambulatoriali, ma con quote sempre superiori alla media nelle regioni del Mezzogiorno.

Se ne trae un quadro che nel complesso, oltre a segnare un gap nelle prestazioni sanitarie ancora significativo in maniera più diffusa delle attese nell'uscita dalla pandemia, offre una immagine molto netta di come la crisi sanitaria abbia contribuito ad aumentare le differenze di performance tra aree: fatto cento il dato nazionale in tutte le specializzazioni **si apre la forbice tra le diverse aree e soprattutto nel Mezzogiorno, dove le prestazioni per mille abitanti registrano valori in molti casi inferiori all'importo medio per mille abitanti.**

# Assunzione degli specializzandi mediante il “decreto Calabria”

**Il presente vademecum, con relative FAQ, ha la duplice finalità di agevolare le aziende sanitarie e i medici specializzandi nel processo di assunzione e di chiarire tutti i dubbi e perplessità**

L'articolo 1 comma 548-bis della legge 145 del 2018 (il cosiddetto “Decreto Calabria”) ha normato la possibilità per i medici specializzandi di essere assunti a tempo determinato, con automatica conversione del contratto a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialità, a partire dal 3° anno di corso di specializzazione. Tali assunzioni, che possono avvenire in tutti gli ospedali facenti parte della rete formativa di qualsiasi scuola di specializzazione della propria disciplina, sono normate da uno specifico accordo quadro, siglato dai Ministeri dell'Università e Salute e la Conferenza Permanente delle Regioni, in cui vi sono illustrati le modalità di assunzione, le responsabilità del neo-assunto e lo svolgimento dell'attività teorica e pratica. Con l'approvazione definitiva dell'articolo 14 comma 1 della Legge 34 del 2023 (il cosiddetto “emendamento ANAAO”) vi sono state 3 importanti implementazioni:

- 1 l'assunzione degli specializzandi diventa temporalmente strutturale, perdendo il suo status di misura emergenziale,
- 2 raddoppia da 18 a 36 mesi il tempo di assunzione
- 3 introduce l'assunzione d'ufficio degli specializzandi da parte dell'azienda sanitaria dopo 90 giorni dalla sua richiesta di assunzione all'università in cui lo specializzando risulta iscritto. Tale assunzione, difatti, avviene anche in caso di diniego o mancata risposta dell'Università.

Per ricevere assistenza, inviare una e-mail ad [anaaogiovani@anaao.it](mailto:anaaogiovani@anaao.it)

## Riferimenti Normativi

- A “Decreto Calabria” (Art. 1 comma 548-bis Legge 145 del 2018)
- B Accordo Quadro per l'assunzione dei medici specializzandi
- C “Emendamento ANAAO” (Art. 14 comma 1 Legge 34 del 2023)

A cura del Settore  
Anaaogiovani e  
Associazione ALS

Vademecum  
per i medici  
e le aziende  
sanitarie

Parte

1



## FAQ

### ● Gli specializzandi possono partecipare ai concorsi pubblici per dirigente medico?

Sì, possono partecipare gli specializzandi iscritti dal 3° anno dei corsi di specializzazione, ovvero dal 25° mese di formazione. Tale possibilità di partecipare ai concorsi è divenuta strutturale, quindi senza alcuna scadenza temporale, con il cosiddetto “Emendamento ANAAO” (Art. 14 comma 1 Legge 34 del 2023). Dal momento in cui uno specializzando risulta iscritto al 3° anno di specializzazione, potrà iscriversi ai concorsi pubblici per titoli ed esami.

### ● Con quale tipologia di concorsi gli specializzandi possono essere assunti mediante il cosiddetto “DL Calabria”?

Gli specializzandi possono partecipare e successivamente essere assunti esclusivamente mediante i concorsi a tempo indeterminato per titoli ed esami. Pertanto, gli avvisi pubblici non permettono l'assunzione mediante il cosiddetto DL Calabria.

### ● Per quanto tempo si può essere assunti a tempo determinato?

Per un massimo di 36 mesi e fino al conseguimento del titolo di specialità con l'automatica assunzione a tempo indeterminato. Pertanto, tutti gli specializzandi assunti non devono in alcun caso tornare nella propria scuola di specializzazione a svolgere alcuna attività pratica.

### ● In quali strutture gli specializzandi possono essere assunti?

Possono essere assunti, nelle medesime condizioni e regole, in tutte le strutture italiane facenti parte delle reti formative di tutte le scuole di specializzazione della disciplina frequentata. Ad esempio, uno specializzando in Chirurgia Generale può essere assunto in tutti gli ospedali facenti parte della rete formativa di tutte le scuole italiane di Chirurgia Generale, dal Piemonte alla Sicilia.

### ● Non so se un determinato reparto fa parte della rete formativa di una scuola di specializzazione, come posso fare?

Le reti formative sono aggiornate annualmente a seguito degli annuali accreditamenti delle scuole di specializzazione. Attualmente sono disponibili le reti formative aggiornate al 2022. Il non accreditamento non comporta la decadenza del contratto già stipulato. Per visionare le reti formative, suddivise per le tre branche, clicca qui <https://als-fattore2a.org/news/reti-formative-ufficiali-delle-scuole-di-specializzazione-2021/>

### ● A quanti concorsi posso iscrivermi?

Puoi iscriverti a tutti i concorsi che ritieni opportuno sostenere.

Segue a pagina 16

**La spesa globale**, nell'anno in corso, per lo sviluppo dell'Intelligenza Artificiale (AI) è di circa 154 miliardi di dollari e la previsione di spesa entro il 2026 è di 300 miliardi e fin qui nulla di particolare essendo investimenti nel settore tecnologico per rendere più "fruibile" la vita di tutti i giorni ma qualche dubbio e timore tutto ciò deve far sorgere.

In recenti studi pubblicati sull'*Economist* e dalla Stanford University si delinea lo scenario che ci attende e soprattutto il cambio di paradigma nel lavoro. Se l'AI sostituirà numerose mansioni, ora di competenza del singolo, si delineano già le attività maggiormente a rischio come quelle di Dipendente Amministrativo, di Avvocato e financo di Ingegnere.

Se l'applicazione ChatGpt può scrivere testi adattandone addirittura la forma lessicale all'autore appare evidente come le attività di mera "segreteria" saranno rese autonome da qualsivoglia apporto umano ma la Medicina di Laboratorio come affronterà tutto ciò e soprattutto i suoi professionisti sono pronti ad una sfida che potrebbe relegarli a semplici spettatori e non più ad attori, per quanto di competenza, del Sistema Salute.

**I miliardi di dati** che tutti i giorni vengono prodotti dai Laboratori Clinici sono la linfa inesauribile dell'AI insieme ai dati dei pazienti raccolti sia nei reparti ospedalieri che negli studi medici. Continuiamo, giustamente, a parlare di privacy, di sicurezza dei dati (cybersecurity), ma gli sviluppi in questo settore non marcano certo alla velocità degli sviluppi dell'AI. Ci indigniamo quando qualche Hacker viola i server degli ospedali e chiede un riscatto minacciando di diffondere quanto raccolto, ma siamo così sicuri che non ci siano indebite assunzioni di dati che non vengono utilizzate a scopo estorsorio ma al fine di costruire raffinati algoritmi per le diagnosi in AI? Non parliamo poi di quanto potrebbe essere vantaggioso per le Big Pharma avere questi dati senza dover effettuare costose e lunghe sperimentazioni superando le numerose barriere burocratiche compresi i Comitati Etici.

Ci ricordiamo tutti dello scandalo Theranos e della sua protagonista Elizabeth Holmes (condannata per frode a più di 11 anni di carcere) che asseriva di fare tutte le diagnosi di Laboratorio da una singola goccia di sangue, oggi ci troviamo dinanzi a qualcosa di completamente diverso e per certi versi affascinante se



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

non fosse pericoloso in mani inadeguate. Pensate a quanti milioni di dati possono essere incrociati per una singola malattia raccogliendoli da migliaia di pazienti con l'evidente risultato di non dover più sottoporre i singoli pazienti ad estenuanti sedute diagnostiche (potrebbe rappresentare il lato positivo della vicenda) ma quante diagnosi e terapie non richiederebbero più l'intervento di specialisti che inconsciamente negli anni hanno fornito i dati per gli algoritmi dell'AI (il lato negativo).

**La Medicina di Laboratorio**, per sua caratteristica, è sempre stata alfiera dello sviluppo tecnologico e quindi è la maggior protagonista, con i Big Data prodotti, dello sviluppo e delle ricadute dell'AI sulle attività cliniche e per questo dovrà ritagliarsi uno spazio di altissima professionalità di cui l'AI dovrà essere strumento ma non sostituto dell'uomo a cui competerà quel "clic" sul computer che non rappresenterà l'ok a quanto la tecnologia ha prodotto ma una definizione corretta di percorso diagnostico.

Affrontare l'argomento "Intelligenza Artificiale" può certo sembrare oggi precoce in un Paese come il nostro in cui i Sistemi Informatici tra Ospedali non si parlano e il paziente è costretto ancora a recarsi in ambulatorio con faldoni di carta che raccontano la propria storia clinica. Quello che dispiace che non sembra esserci percezione che una rete comune a tutti non solo semplificherebbe la vita ai pazienti ed ai clinici ma consentirebbe un unico impegno di cybersecurity e non una parcellizzazione di sforzi che risultano poi in contrasto tra

di loro facilitando l'ingresso degli Hacker nei sistemi.

Ci sarebbe da chiedersi come mai i sostenitori delle Centrali Uniche di Acquisto, prima tra tutte CONSIP, non si siano mai coordinate su questo argomento, ma abbiano, singolarmente, selezionato sistemi diversi consentendo un'anarchia informatica in un mondo, quello della Sanità, dove il linguaggio dovrebbe essere comune e soprattutto i dati pregressi del paziente di Milano che si trova in Ospedale a Messina possano essere letti; affrontare questi argomenti sembra fantascienza dimenticandosi che con l'AI la fantascienza è già realtà.

**La differenza** tra l'Intelligenza Artificiale e quella Umana è che la prima agisce secondo logiche predefinite, chiare, e finalizzate ad uno scopo predeterminato mentre la seconda si esprime attraverso la personalità del singolo individuo con il proprio bagaglio culturale che non è replicabile e soprattutto genera e costruisce l'AI.

Sembra paradossale ma l'uomo sta generando il proprio sostituto, almeno dal punto di vista professionale, giusto o sbagliato che sia questa realtà non può essere lasciata all'intraprendenza dei singoli, intesi come persone o Società High Tech, ma deve essere assolutamente regolamentata e controllata con determinazione.

Non basta parlarne ma bisogna agire, ad ogni livello, ognuno con la propria responsabilità coscienti che la partita è appena iniziata e l'arbitro non conosce il regolamento; perché non c'è.

# IL SINDACATO È MORTO. VIVA IL SINDACATO

## editoriale

PIERINO DI SILVERIO  
Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

Segue da pagina 1

tra gli iscritti, con gli iscritti e per gli iscritti, cercando di ridurre le distanze che naturalmente si creano tra strutture di vertice e strutture periferiche in una Associazione che ha raggiunto lo storico numero di 25000 iscritti.

Il lavoro da fare però è ancora tanto. Un nuovo Governo, difficoltà economiche crescenti, scarsità di risorse e di investimenti in sanità, tentativi ripetuti di parcellizzazione asimmetrica dei servizi sanitari, e, soprattutto, disaffezione dei medici e dirigenti sanitari rispetto a quel luogo in cui sogniamo di entrare fin da studenti, oggi percepito come una gabbia dalla quale uscire appena possibile. L'ospedale non è più la meta agognata né il punto di arrivo di una storia naturale del "fare il medico", di un percorso formativo lungo più di 10 anni. Complici il peggioramento delle condizioni di lavoro, e delle retribuzioni, nonché il fallimento della programmazione dei fabbisogni formativi specialistici, i medici cominciano a rifuggire lo status di dipendente per muoversi come autonomi cottimisti di lusso, gettonisti nomadi costruendo una vera e propria migrazione professionale. L'insieme di questi elementi condiziona inevitabilmente le sorti del nostro SSN.

**È questo il trend** che occorre invertire. Senza soldi, leggi e volontà politica non sarà facile ricostruire un ruolo politico e sociale, restituire al nostro lavoro un diverso valore, anche salariale, trovare diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino noi, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

Come riconosce anche il Ministro della Salute, le nostre conoscenze e competenze professionali sono il pre-requisito del rilancio del Servizio Sanitario pubblico e nazionale. Superando anche la logica anti ospedaliera che da tempo domina programmi e strategie politiche, istituzionali, professionali.

**La crisi di valori** che viviamo, in cui il tempo, variabile da sempre considerata indefinita e incontrollabile, ha assunto un valore inestimabile sovvertendo le precedenti gerarchie, ci induce a scelte coraggiose. Occorre inventarsi un nuovo modello di cura, nuovi modelli di rappresentanza, nuovi modi di essere e fare sindacato per affrontare i prossimi appuntamenti legislativi, contrattuali e progettuali.

**Per quanto ci riguarda**, intendiamo guardare al futuro, non dimenticando il passato, ma vivendo con positiva criticità il presente. Affrontando nell'unità il viaggio nei doveri e nelle responsabilità che abbiamo verso la nostra professione e verso i cittadini del nostro Paese. Consapevoli che solo l'apertura di una nuova stagione da parte di tutte le forze che hanno a cuore il patrimonio e la sorte del SSN potrà salvarlo, portando sulla scena i diritti dei cittadini e quelli del nostro lavoro. Non si tratta solo del destino della sanità pubblica, ma della stessa idea di società, di comunità, di democrazia.

**La sfida è per tutti:** cittadini, istituzioni, partiti, sindacati. Noi faremo la nostra parte con la speranza e la capacità di sognare, quella che ci faceva sognare di diventare medici. Se abbiamo realizzato quel sogno vuol dire che i sogni sono possibili. E che un po' è vero che sono i sogni che fanno andare avanti il mondo.

Segue da pagina 14

### ● Come posso monitorare i concorsi pubblici che vengono banditi?

ANAAO Giovani ha istituito una newsletter settimanale e gratuita per ricevere tutti i concorsi a cui gli specializzandi possono partecipare. È possibile iscriversi alla newsletter qui [https://www.anaao.it/nl\\_concorsi\\_specializzandi.php](https://www.anaao.it/nl_concorsi_specializzandi.php)

### ● Gli specializzandi possono partecipare solo ai concorsi pubblici a tempo indeterminato della propria specializzazione?

No, possono partecipare anche ai concorsi pubblici delle specializzazioni equipollenti ed affini a quella da loro frequentata ([per dettagli](https://als-fattore2a.org/news/equipollenze-affinita/)).

Vademecum  
per i medici  
e le aziende  
sanitarie

Parte  
1

### ● Mi sono iscritto a un concorso, sono tra gli ammessi, ho ricevuto la lettera di convocazione ma ho deciso di non presentarmi, cosa devo fare?

Basta non presentarsi e risulterai assente. Se cambiassi idea, per sostenere la prova concorsuale occorrerebbe portare un documento di riconoscimento in corso di validità.

### ● Mi sono iscritto a un concorso di una branca equipollente o affine alla mia, sono risultato tra gli ammessi, cosa comporta per me?

Sarai un concorrente come gli altri, ci sarà probabilmente un punteggio minore nella valutazione dei titoli.

### ● Gli specializzandi, in sede concorsuale, hanno un trattamento diverso dagli specialisti?

No, l'iter è lo stesso: devono sostenere 3 prove propedeutiche l'un l'altra: una prova scritta, una prova pratica e una prova orale.

# Segui la tua Associazione sui social!



Tutti i giorni sulle nostre pagine  
le NOTIZIE piu' IMPORTANTI in tempo reale!



su Facebook @AnaaoAssomed



su Twitter @anaao\_assomed



su LinkedIn @AnaaoAssomed



su Instagram @anaao\_assomed



su Tik Tok @anaaoassomed



E sul sito: [www.anaao.it](http://www.anaao.it)

**Invita i Colleghi  
a seguirci!**

# 2020 Sì

**ANAAO ASSOMED**  
DALLA PARTE DEI MEDICI  
E DIRIGENTI SANITARI.  
**SEMPRE**

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

